

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas



Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

“Gestión de la Salud en Argentina”

Tesis que para obtener el grado de:
Maestría en Gestión Actuarial de la Seguridad Social

Presenta:

Ana María Buzzi

Buenos Aires, Argentina 2014

***“La misión de la Salud Pública es el cumplimiento del
interés público en asegurar las condiciones en
las cuales las personas pueden estar sanas”***

(Definición del Comité Especial del Instituto de Medicina de Estados Unidos)

Agradecimientos

En verdad, todas las páginas de éste trabajo deberían ser tributo y agradecimiento a aquellos que a sabiendas o no, lo han hecho posible:

A mi Familia, que me ha ayudado, contenido, cuidado y animado desde que tengo memoria

Al Dr. CP Luis Alberto Calatroni, cuya grandeza de espíritu y hombría de bien, entre otras cualidades, me han ayudado a *crecer* desde que nos conocemos

A mis hijos Mariana y Maximiliano Calatroni, por su inmensa paciencia y comprensión

A mis Amigos, que conociéndome profundamente, me han brindado lo mejor que un ser humano puede sentir: saber que al extender la mano, levantar la mirada, sonreír, llorar, hablar, callar, siempre están *compartiendo todo sin condiciones*

Al Lic. Pablo Rey, con quien he tenido el gusto de trabajar en la gestión de organizaciones de salud, con quien siempre pensamos que era posible el cambio

A la Dra. CP Raquel Curti, con quien he tenido el gusto de trabajar en la gestión de organizaciones de salud y previsión social, y cuya calidad humana y profesional, han sido para mí imprescindibles a lo largo de nuestra vida

A mis colegas de la Maestría en Gestión Actuarial de la Seguridad Social, que a lo largo del arduo camino recorrido, siempre entendieron la importancia de nuestra labor JUNTOS, para afrontar nuevos y viejos desafíos, sin cuyo apoyo incondicional no hubiera sido posible llegar a culminar este sueño

A mis Maestros y Profesores

Al Dr. Eduardo Melinsky y al Profesor Eduardo Santín, quienes, como director y co – director respectivamente, de esta Tesis con una gran dedicación colaboraron de manera inestimable en las correcciones, adecuaciones y mejora de este texto.-

Índice

	Página
Agradecimientos	3
Resumen	6
Capítulo 1	
Presentación del Trabajo	9
Objetivos	10
Definiciones de los conceptos relevantes	10
Hipótesis	13
Metodología	13
Capítulo 2	
Contexto del sistema de salud argentino	18
Capítulo 3	
Información Demográfica	27
Condiciones de Salud	27
Capítulo 4	
Capacidad, desempeño organizacional y gerencial	30
Capítulo 5	
Planteo y fundamentación de las hipótesis del trabajo	33
Desarrollo de las condiciones básicas: políticas, unidad Responsable de la conducción y delimitación geográfica poblacional	33
Capítulo 6	
Desarrollo de las capacidades de liderazgo y gerencia	40
Capítulo 7	
La educación para la función gerencial y el liderazgo en el sector salud	54
Capítulo 8	
Desarrollo del sistema de comunicación e información	68

Capítulo 9	
Nuevos Fundamentos Organizacionales de los SILOS	76
Capítulo 10	
Organizaciones Gubernamentales como Unidades de Acción	92
Capítulo 11	
Organizaciones Independientes de Origen Comunitario	96
Capítulo 12	
Problemas Operativos de los SILOS	104
Capítulo 13	
Articulación entre organizaciones (Trabajo en Red)	124
Capítulo 14	
Gestión Participativa	128
Capítulo 15	
Desarrollo económico financiero (Administración financiera)	129
Capítulo 16	
Capacidad y desempeño técnico asistencial	141
Capítulo 17	
A modo de conclusión	154
Bibliografía	156
Anexo I	158
Referencias	166

Resumen

La definición de la mejor política de salud es uno de los desafíos más complejos de la formulación de políticas públicas en Argentina, convergiendo diversas características provenientes de la particular definición que, en el país, tiene la organización federal, sindical, tecnológica, productiva y laboral, por citar algunas. En un país que gasta en torno al 10% de su Producto Interno Bruto (PIB) en servicios públicos de salud, seguros sociales y privados, el conflicto entre intereses ha dado origen a un mapa institucional donde, frecuentemente, ha resultado difícil determinar con claridad los objetivos e instrumentos de las políticas públicas.

De manera especial, en un mercado que combina altos niveles de gasto con asimetría informativa, las políticas públicas se han comportado como un verdadero “blanco móvil”, donde la solución de un problema mediante alguna modalidad de intervención pública, puede derivar en nuevas deficiencias que, a su vez, requerirán algún modo de intervención pública adicional.

Puestos a hacer un balance de la evolución de largo plazo del sistema de salud argentino, debemos dar cuenta de los impresionantes avances logrados en los indicadores sanitarios, especialmente durante el segundo siglo de vida de la Nación, así como de los desafíos que deben ser enfrentados para alcanzar una cobertura efectivamente universal, equitativa y de calidad. De hecho, la persistencia de los problemas es una clara muestra de la complejidad de los desafíos futuros y las dificultades en avanzar con las reformas necesarias. De manera especial, se debe hacer notar que las soluciones suelen exceder el ámbito exclusivo de la política sanitaria, dando cuenta de la importancia de considerar los diferentes determinantes del estado de salud de una población. En este trabajo se presentarán una serie de rasgos característicos que servirán para orientar el debate de futuras reformas sectoriales, en especial:

- A pesar de que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud son cuantiosos, la persistencia de viejos problemas y la emergencia de nuevos desafíos obligarán a encarar reformas que mejoren la eficiencia y la equidad del sistema. La excesiva fragmentación del gasto, con una escasa participación del sector público, explica bastante de esta historia.

- La cobertura de los diferentes seguros, además de fragmentada, es baja en la percepción de los beneficiarios.

Teniendo en cuenta las limitaciones de los sistemas de protección social basados en el empleo formal, no es esperable una expansión significativa y pronta. Por ello, la oferta a cargo del sector público será cada vez más importante.

- La oferta pública de servicios de salud (universal y gratuita), marcada por un fuerte proceso de descentralización, reproduce los desequilibrios regionales y no logra compensar los problemas distributivos. Ello llama la atención sobre la necesidad de rejerarquizar el rol del gobierno nacional en la compensación de las inequidades, lo que, dada la escasa participación del gasto público nacional en el sector, parece de difícil instrumentación si no se consideran modificaciones presupuestarias y la negociación de acuerdos entre Nación y Provincias para potenciar los recursos disponibles mediante incentivos en el financiamiento.

- El gasto de la seguridad social se encuentra repartido entre obras sociales nacionales, PAMI y obras sociales provinciales. Las reformas de la década de 1990 han reducido el efecto redistributivo de las obras sociales. El desafío es integrar los distintos mecanismos y fuentes de financiamiento para alcanzar mayores niveles de solidaridad.
- El sistema se encuentra débilmente gobernado y regulado. El escaso peso del gasto del gobierno nacional inhibe la coordinación y supervisión de la oferta pública. Si bien existe la Superintendencia de Servicios de Salud, esta no alcanza a regular a las obras sociales provinciales, al PAMI ni al sector privado. La falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

En consecuencia, la organización de los servicios de atención de la salud en Argentina padece tres tipos de fragmentaciones que obstaculizan la construcción de un sistema equitativo: fragmentación de derechos, regulatoria y territorial. En el primero de los sentidos, cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo. Sin duda, esta **fragmentación de derechos** es fuente de inequidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas.

La multiplicidad de fuentes de financiamiento, con una fuerte participación de recursos de base contributiva es un obstáculo importante pero no insalvable para lograr un sistema más integrado y equitativo. Diferentes intentos de reforma reciente, entre las que se cuentan el incremento del financiamiento destinado al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) y la introducción de cápitas ajustadas por riesgo son pasos en el sentido correcto de un sendero de reformas que deberán persistir en el tiempo para que tengan efectos importantes en materia de equidad y cohesión social.

No obstante, entendemos que difícilmente puedan lograrse avances sustantivos en la organización del sector en la medida en que la lógica de intervención surja de un marco regulatorio que repita la fragmentación del mercado y esté ausente la visión integradora (**fragmentación regulatoria**).

Adicionalmente, sobre un escenario caracterizado por serias desigualdades territoriales, donde los indicadores sanitarios son altamente dependientes del desarrollo económico de cada región, el proceso de descentralización fiscal ha tenido una multiplicidad de respuestas locales, en lo referido tanto a la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia.

Como resultado de esta **fragmentación territorial**, cada provincia constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones presupuestarias, sus políticas sanitarias – locales y regionales-, perfiles diferenciados de demandas, marcos regulatorios específicos (por lo general cuentan con regulaciones sanitarias propias, legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública, etc.) y diferente grado de desarrollo de la oferta privada. Aquellas provincias que intentaron integrar a los hospitales al sistema de salud provincial tuvieron resultados mucho más favorables que aquellas en las que predomina la desorganización.

A través del desarrollo de los temas seleccionados en este trabajo, para demostrar la hipótesis planteada, se intentará dar una respuesta a la descripción de los problemas detectados en el sistema de salud argentino.

“Tenemos que esforzarnos más por comprender que por explicar”. Vaclav Havel

Capítulo 1

1. Tema a desarrollar:

“Gestión de la Salud en Argentina”

1.1. Título del Trabajo:

“Descentralización de la gestión: Sistemas locales de salud”

1.2. Descripción del Problema:

“Fragmentación del sistema de salud en Argentina y consecuentemente, inequidad en los servicios a la población”

1.3. Contexto:

“El análisis se desarrollará para el sistema de salud argentino a nivel global”

1.4. Utilidad, relevancia y justificación:

La Republica Argentina gasta en torno al 10% de su PIB en servicios públicos de salud, seguros sociales y privados, el conflicto entre intereses ha dado origen a un mapa institucional donde, frecuentemente, ha resultado difícil determinar con claridad los objetivos e instrumentos de las políticas públicas.

Se hace imprescindible discutir los desafíos que debe enfrentar el país a través de su sistema de salud, en el que entre otras situaciones observables, se presenta como una de sus características la fragmentación que se manifiesta de tres maneras: fragmentación de derechos, fragmentación institucional y fragmentación territorial.

El trabajo está destinado a brindar una alternativa de gestión a las personas que deben tomar decisiones en la gestión de los servicios de salud en Argentina, considerando que tal problemática es una cuestión de Estado y por lo tanto indelegable, que debe garantizar la accesibilidad de la población a los diversos estamentos prestadores del

servicio, atendiendo a las particulares características regionales, sanitarias, económicas, educativas, sociales y epidemiológicas en las que el país está inmerso.

La Unidad de Análisis está circunscripta al Sistema de Salud en la Argentina.

El tipo de investigación que se llevará a cabo al efecto del presente trabajo, según los medios empleados, es el Estudio Descriptivo con el propósito de brindar una propuesta al sistema de Salud Argentino.

Justificación: la riqueza del estudio es la profundidad y no la extensión.

Es un diseño para los estudios de gestión en administración de salud con un sentido de redireccionamiento del gasto que a tal fin, se destina en nuestro país.

2. Objetivos del Trabajo

2.1.- Objetivo General

Proponer un modelo de gestión descentralizada a través de la implementación de sistemas locales de salud, como posible solución al problema descrito precedentemente, de manera de diseñar una estrategia que permita equilibrar la fragmentación y accesibilidad a los recursos de salud en Argentina, dada la imprescindible descentralización que este modelo conlleva.

2.2.- Objetivos Específicos

- ✓ Analizar el ordenamiento y la gestión organizacional del sistema de salud argentino.
- ✓ Proponer, a través de un rediseño tanto de la gestión como de un cambio en la aptitud para la conducción y regulación del sistema de salud argentino
- ✓ Comparar los requisitos de implementación de un sistema de gestión descentralizada con las características actuales del sistema de salud en la Argentina.
- ✓ Identificar los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud argentino para asegurar igualdad de derechos en materia de servicios de salud.

3. Definiciones de los conceptos relevantes ¹

3.1 Atención comunitaria de la Salud:

El modelo de atención comunitaria, hace que la atención sea más integral, con un carácter de no asilar y buscando un menor tiempo de estadía.

Se hace imprescindible la participación de otros sectores de la sociedad en el quehacer amplio y multidimensional de la salud. La participación comunitaria en la solución de los problemas relacionados con la salud de sus habitantes requiere que las organizaciones de masas,

políticas, instituciones gubernamentales o no, centros productivos, instituciones de los sub-sectores del sistema de salud, etc., se involucren en las acciones requeridas para ello.

Este modelo de atención exige una participación comunitaria no sólo en la detección de problemas, sino en la toma de decisiones y en el accionar, entonces nos daremos cuenta que el equipo de salud no debe determinar las prioridades aisladamente. Es imprescindible que la comunidad con sus líderes, organismos, empresas, etc., tenga una participación activa en este proceso. ⁱⁱ

3.2. Planificar y programarⁱⁱⁱ:

No constituyen meramente el conjunto de las reflexiones sistemáticas que preceden y presiden la acción, a modo de actividad intelectual que pudiera realizarse en aislamiento y soledad. Hay muchas cosas concretas que hay que hacer, mucho ordenamiento por realizar, mucha interacción humana y tiempos por compartir y muchas concesiones mutuas por negociar, previos a una acción fecunda.

Si en algo ha cambiado en los últimos años este proceso de planificación y programación en salud, es en la modalidad participativa que adoptó, transformándolo cualitativamente por la incorporación del punto de vista de otros y la conjunción de saberes de las diferentes profesiones que trabajan para ella y las distintas disciplinas académicas así como de las comunidades

3.3 Sistemas locales de Salud^{iv}:

De acuerdo a lo plasmado en las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se define a los sistemas locales de salud, entre otras, como:

- ✓ Un conjunto de recursos de salud interrelacionados, ya sea sectoriales o extrasectoriales, responsables del desarrollo de la salud de una población definida, en un área geográfica delimitada.
- ✓ Una respuesta organizativa a los procesos de democratización del Estado, así como una respuesta sectorial para lograr mayores grados de equidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud, asegurando la participación social.
- ✓ Un nuevo perfil de actuación para la atención de la salud, resultante de un funcionamiento dirigido y coordinado de todos los recursos en un espacio determinado, aunando diferentes disciplinas para el cambio en los procedimientos técnicos de la prestación de servicios e incorporando el trabajo en red, para dar atención integral a los problemas, tanto de las personas como del medio
- ✓ Una táctica operativa para acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria y sus componentes esenciales, en las que se visualiza a los sistemas locales como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada, que es el Sistema Nacional de Salud.

- ✓ Los sistemas locales de salud, aparecen como ideas fuerza, como modelo ideal, como direccionalidad que perfila un modelo de actuación deseable en el campo de la salud, en la medida que resumen un conjunto de hipótesis aceptadas entre los administradores de la salud acerca de lo que es más eficaz y eficiente para proveer salud.

3.4. Equidad^v:

Hace referencia a la equiparación o a la disminución de las diferencias existentes entre grupos poblacionales respecto de la cobertura y acceso a servicios, o de su situación de salud o esfuerzo económico social requerido para mantenerla.

3.5. Cobertura y acceso^{vi}:

Constituyen dos conceptos relacionados; la cobertura incluye la perspectiva de la oferta y acceso de la población demandante.

La cobertura hace referencia a la oferta del sistema, sus organizaciones, recursos y a su producción expresada en bienes y servicios, real o potencialmente utilizables por la población. El acceso expresa la utilización o consumo real o potencial de esa oferta por parte de la población, su posibilidad de llegada o acercamiento a los servicios del sistema.

3.6. Descentralización:

En los sistemas locales de salud se plantean las formas de organización descentralizadas como las más deseables, ya que esta modalidad facilita la gobernabilidad y la operación del sistema, posibilitando además la participación más directa de diferentes actores sociales. Hace referencia a la vez, a los esfuerzos de transformación en la gestión y operación del Estado mediante la redistribución del poder en provecho de las comunidades locales y también a la localización de facultades decisorias en determinada autoridad o en niveles dados de las organizaciones, con posibilidad de ejercer influencia e introducir premisas de cambio en la toma de decisiones.

Se diferencia de la delegación en cuanto ésta implica la concesión por parte de la instancia superior de determinada competencia a una inferior, quedando las decisiones de ésta sujeta a las pautas que surgen de la autoridad central.

3.7 Actores:

Se refiere a los distintos organismos, instituciones, disciplinas, individuos que se constituyen como parte e interactúan dentro del sistema de Salud Argentino

3.8 Subsectores componentes del sistema de salud Argentino:

El sistema de salud tiene las características propias de un país federal donde las jurisdicciones provinciales no han delegado en el gobierno nacional lo referente a la atención de salud. El sistema tiene tres grandes subsectores: público, privado y de la seguridad social (los dos últimos fuertemente conectados entre sí por el sistema indirecto de contratación de servicios).

3.9. Niveles de Pobreza:

Está interpretado por la fluctuación de los ingresos y las restricciones al acceso a los servicios sociales considerados derechos fundamentales de la población.

3.10. Desigualdad:

Interpretado desde los problemas de los sistemas de salud, significa que los pobres carecen de acceso a servicios básicos de salud, por diferentes motivos.

3.11 Ineficiencia:

Interpretado desde los problemas de los sistemas de salud, significa que gran parte del dinero que se gasta en salud, se desperdicia: Los Recursos Humanos en Salud, están mal distribuidos y mal supervisados.

3.12. Trabajo en redes:

Es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos, para el logro de fines comunes.

3.13. Gerencia: Utilizaremos, a lo largo de este trabajo, el concepto de gerente denominando así a quien está a cargo de la dirección o coordinación de la organización, empresa o Institución, o bien de una parte de ella, como es un departamento o un grupo de trabajo.

Otro concepto muy parecido pero más amplio es el **directivo**, el cual proviene de su etimología del latín “dirigere”, y significa ordenar en muchas direcciones, por lo cual su tarea es básicamente de tipo administrativa (no operativa). Es entonces aquel que dirige, suponiendo una relación de liderazgo, es quien ordena, guía y dispone de un emprendimiento o una parte de aquel.

4. Hipótesis

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) constituyen una herramienta pertinente para implementar en la República Argentina.

5. Metodología

El tipo de investigación, según los medios empleados, es el estudio descriptivo, no experimental y transversal, a partir del diagnóstico efectuado, se realizará una propuesta de mejora al sistema de Salud Argentino.

5.1. Unidad de análisis: El sistema de salud argentino

5.1.1 Variables e indicadores

▪ **Categorización y operacionalización de variables:**

Variable	Dimensión	Indicador
1.- Capacidad y desempeño organizacional y gerencial	a) Aptitud para la conducción del sistema	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de las condiciones básicas: políticas, unidad responsable de la conducción y delimitación geográfico – poblacional. ✓ Desarrollo de las capacidades de liderazgo y gerencia. ✓ Desarrollo del sistema de comunicación e información
	b) Ordenamiento y gestión organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Descentralización ✓ Articulación entre organizaciones (trabajo en red) ✓ Gestión participativa
	c) Desarrollo económico – financiero (administración financiera)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de las relaciones entre la población aportante, los entes aseguradores, el Estado y las organizaciones prestadoras, tanto financiadores como prestadores de servicios de salud
2.- Capacidad y desempeño técnico asistencial	a) Adecuación del sistema a necesidades y demandas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudios demográficos sociales y epidemiológicos sobre necesidades y demandas ✓ Estudio de la oferta real y potencial de las organizaciones existentes ✓ Definición de la estructura y el nivel de utilización deseable
	b) Atención a las personas con un nuevo perfil de actuación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención a la demanda espontanea ✓ Focalización de las acciones en grupos poblacionales en riesgo biológico social o con daños específicos (programas selectivos)

5.2. Método de recolección de datos

La recolección de información se hará a través de datos secundarios, por ejemplo: de bibliografía ad hoc, preparada tanto por organismos oficiales como privados, del ámbito local o internacional.

5.3. Fuentes secundarias

Ejes de Implementación	Fuentes
Aptitud para la conducción del sistema	Secundaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Serie HSP-UNI / Manuales Operativos PALTEX – Organización Panamericana de la Salud ✓ Anuario estadístico de la Rep. Argentina – 2010/2011- INDEC ✓ Redes Integradas de Servicios de Salud
Ordenamiento y gestión organizacional	Secundaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Serie HSP-UNI / Manuales Operativos PALTEX – Organización Panamericana de la Salud ✓ El sector Salud en la República Argentina: Su estructura y comportamiento – Jorge Katz
Desarrollo económico financiero (Administración financiera)	Secundaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Serie HSP-UNI / Manuales Operativos PALTEX – Organización Panamericana de la Salud ✓ Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011 ✓ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Indicadores básicos Argentina 2012
Adecuación del sistema a necesidades y demandas	Secundaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Serie HSP-UNI / Manuales Operativos PALTEX – Organización Panamericana de la Salud ✓ La reforma a la Seguridad Social en Salud de Colombia y la Teoría de la Competencia regulada –

	Mauricio Restrepo Trujillo
La atención a las personas, con un nuevo perfil de actuación	Secundaria: ✓ Serie HSP-UNI / Manuales Operativos PALTEX – Organización Panamericana de la Salud
La atención del medio ambiente (calidad y vigilancia ambiental)	Secundaria: ✓ Serie HSP-UNI / Manuales Operativos PALTEX – Organización Panamericana de la Salud
Suficiencia y adecuación de recursos	Secundaria: ✓ Serie HSP-UNI / Manuales Operativos PALTEX – Organización Panamericana de la Salud ✓ Informe sobre el desarrollo mundial 2010 – Banco Mundial

Desarrollo del trabajo

“No es una gran cosa lamentar una injusticia. Lo que hay que hacer es repararla”. Abert Camus

Capítulo 2

1.- Contexto del sistema de salud argentino

Con carácter previo a nuestro desarrollo y propuestas, es menester realizar una muy breve descripción del sistema de salud en Argentina.

En primer término, debemos mencionar que los sistemas de salud provienen de dos modelos genéricos:

- a) los servicios nacionales de salud, en los que los recursos pertenecen al Estado y se financian mediante impuestos generales, y
- b) los de seguridad social, donde los recursos pueden ser estatales o privados y se financian mediante alcúotas del salario.

En nuestro país, y en América Latina en general, predominaron sistemas pluralistas en los que coexistieron diferentes componentes:

- a) subsistemas de servicios públicos financiados por el Estado;
- b) subsistemas de seguridad social, de origen estatal, financiados mediante aportes salariales y dirigidos a trabajadores formales, cuyos prestadores fueron predominantemente privados, y
- c) subsistemas privados a través de entidades aseguradoras con o sin fines de lucro.

Un rasgo determinante de nuestros países latinoamericanos ha sido la permanencia de grandes sectores de la población en circuitos de economía no registrada, por lo que las coberturas de la seguridad social no los alcanzan acabadamente.

Podemos expresar que el rasgo más relevante del Sistema de Salud argentino está determinado en primer término, por la organización federal del país, de modo que las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud (y también educación).

A esta condición estructural debe agregarse la pluralidad de iniciativas y jurisdicciones, así como su persistente fragmentación institucional, que acentúa la dispersión de los centros de decisión.

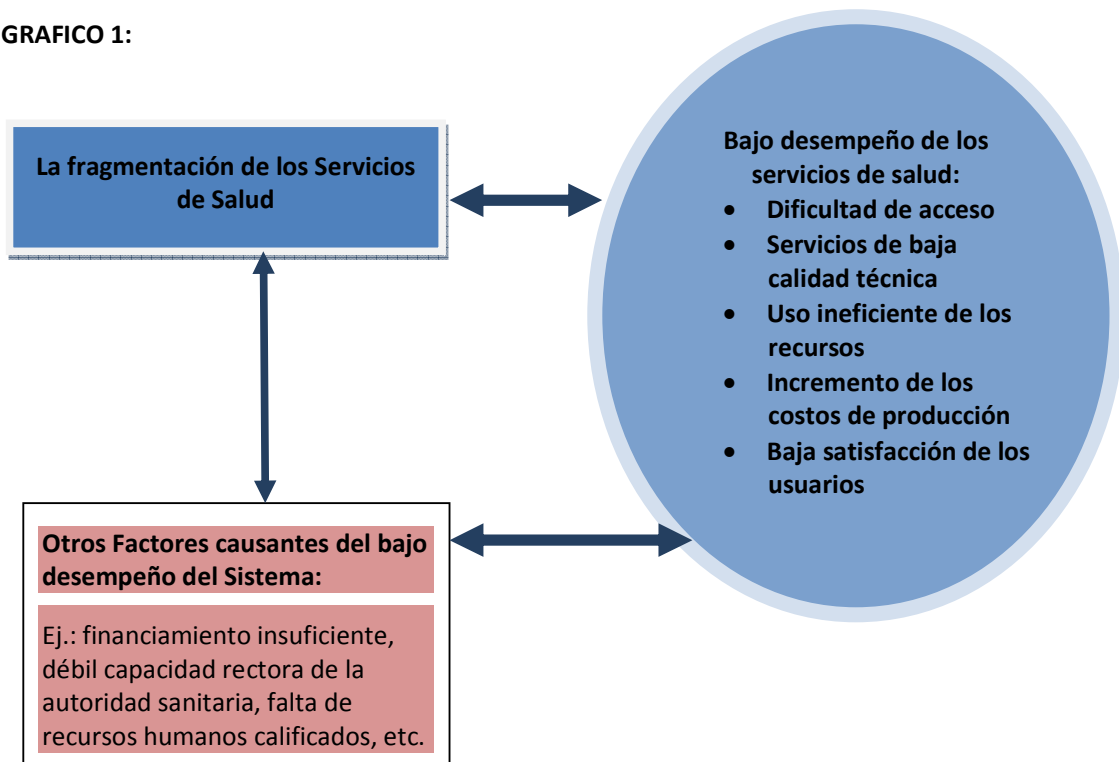
La fragmentación de los servicios de salud genera:

- a) dificultades en el acceso a los servicios
- b) prestación de servicios de baja calidad técnica

- c) uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles
- d) incremento innecesario de los costos de producción
- e) baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos

Veremos un grafico con los elementos detallados precedentemente:

GRAFICO 1:



La creación de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) en 1991 logró concentrar la recaudación de todos los aportes y contribuciones de Obras Sociales, Jubilaciones y Subsidios Familiares, pero en lo relativo a Obras Sociales solo actúa como ente distribuidor, sin poder para establecer normas ni regulaciones

En lo referente a las autoridades sanitarias y la administración de los recursos asistenciales, existe una distribución de facultades decisorias y de regulación entre la Nación y las provincias, cuyo equilibrio les impide concentrar atribuciones suficientes para planificar reformas trascendentes en la gestión global del sistema, vemos como funciona esto, esquemáticamente en la tabla siguiente:

Tabla I:

Facultades decisorias de las jurisdicciones nacionales y provinciales

Nivel nacional	Nivel provincial
<ul style="list-style-type: none">- Planificación y diseño de programas preventivos nacionales.- Financiación y distribución de programas de asistencia social.- Regulación de las Obras Sociales nacionales y/o sindicales (SSS).- Cobertura de patologías de baja incidencia y alto costo (APE).- Administración del PAMI en todas las jurisdicciones (INSSJP).- Laboratorios de investigación y producción (ANLIS).- Regulación de policía farmacéutica y tecnológica (ANMAT).	<ul style="list-style-type: none">- Administración de hospitales y centros de salud públicos.- Administración local de programas preventivos de nivel nacional.- Administración de la Obra Social provincial.- Atención local de los programas nacionales de asistencia social.- Relaciones institucionales locales con asociaciones de prestadores.- Regulación del poder de policía sanitaria y bromatológica.- Regulación de matriculación y habilitación de servicios privados.

Referencias de la tabla:

SSS: Superintendencia de Servicios de Salud.

APE: Administración de Programas Especiales.

INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PAMI: Programa de Asistencia Médica Integral del INSSJP

ANLIS: Administración Nacional de Laboratorios de Investigación en Salud.

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología.

Dentro de los establecimientos públicos, (salvo algunas excepciones como los hospitales Garrahan y Posadas), todos los hospitales son administrados por las 24 jurisdicciones provinciales. Existen, no obstante, otros hospitales dependientes del nivel nacional, pero se encuentran fuera de la cartera de Salud, como los de las Fuerzas Armadas y de Seguridad y los universitarios. Según información del Ministerio de Salud de la Nación¹, el país cuenta con 3311 establecimientos con internación (153.065 camas en total), de los que 1271 son públicos y 2040 privados.

Según su tamaño, los públicos promedian 64.4 camas por establecimiento y los privados 34.9, lo que permite suponer una gran cantidad de sanatorios de pequeñas dimensiones e infraestructura precaria. A esto deberían agregarse 14.534 establecimientos ambulatorios, de los que 6.456 son públicos y proveen el primer nivel de atención, y 8.078 privados, y cuentan con la mayor densidad de recursos tecnológicos de atención ambulatoria. Pese a que la mayor cantidad de camas pertenece al subsector estatal, en términos de atención médica y facturación, los servicios privados concentran aproximadamente el 67% del movimiento económico.

No obstante lo expresado, la mayor fragmentación se observa en el campo de la seguridad social, dado que por ejemplo, en 2011 se contabilizaban 290 Obras Sociales nacionales reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, (SSS), de las que 207 se encuadran

¹ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Indicadores básicos Argentina 2012

como sindicales, 27 de personal de dirección, 1 de administración mixta y 55 de otras categorías. Además existen otras que, aunque también son nacionales, están fuera del alcance regulatorio de la SSS: las de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las del personal universitario y las de los Poderes Legislativo y Judicial. También en el nivel nacional debe incluirse a la mayor entidad del país, el Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Por último, deben agregarse 24 obras sociales provinciales, reguladas por legislaciones locales que, junto con el PAMI, representan entre el 40 y el 70% de la población cubierta en los distintos escenarios provinciales. Este heterogéneo conjunto comparte sus pautas operativas con las entidades gremiales de prestadores -por ejemplo federaciones médicas, asociaciones de clínicas y sanatorios-, que actúan como intermediarias en el circuito administrativo de facturación y cobranzas entre las obras sociales y los prestadores individuales.

Podemos establecer también que la población de mayor poder adquisitivo es afiliada a las denominadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), ya sea por contratación directa o por tercerización de la cobertura a través de una Obra Social. Este fenómeno se debe a que éstas últimas, delegan la gestión de sus afiliados de más altos ingresos a una EMP, a fin de evitar su migración hacia otras obras sociales. Desde la sanción de la Ley 26 682 en 2011, la regulación de las EMP quedó en la órbita de la SSS. La verdadera dimensión de la Medicina Prepaga es un tema controvertido, dado que no existen registros unificados de usuarios en poder de autoridades regulatorias. Además de las empresas más conocidas, existe un conjunto de entidades mutuales, pequeños planes de alcance local, cooperativas, abonos de sanatorios privados o de empresas de emergencias, que duplican la cantidad de población que habitualmente se registra en este subsector. Asimismo debe tenerse en cuenta que una parte significativa de la población cuenta con doble cobertura, lo que complica aún más establecer su tamaño real.

A éste universo, hay que agregarle la población que carece de cobertura, ya sea porque no tiene capacidad contributiva o porque se desenvuelve en la economía informal, y es usuaria de los servicios públicos a los que accede en forma gratuita, incluyendo medicamentos básicos. El alcance de los servicios estatales es amplio e incluso son accesibles en barriadas marginales de las ciudades. La principal dificultad se presenta en localidades aisladas, de baja densidad de población, donde debe resolverse prioritariamente el traslado a centros de mayor complejidad. Fuera de los aspectos asistenciales, los organismos estatales administran un conjunto de programas preventivos, que no se limitan a los usuarios de servicios públicos sino que alcanzan a toda la población, como vacunaciones, planes materno-infantiles, prevención de endemias (Chagas, dengue, sida), saneamiento ambiental, educación sanitaria y otros.

Las dimensiones económicas del sistema deben explorarse en diferentes fuentes y estimaciones, debido precisamente a la diversidad de actores que conforman el Sector Salud. Una primera aproximación consiste en estimar el gasto global y la participación de cada subsector ejecutando esos recursos. La inequidad del Sistema se refleja en la existencia de un componente importante del denominado “gasto de bolsillo”, que se estima en el orden del 30%, y cuyo componente mayor, corresponde a gastos de farmacia. Del total del gasto público, aproximadamente un 25% es ejecutado por la Nación y el resto por las provincias, pero dentro del Estado nacional se distribuye entre diferentes carteras, por lo que el Ministerio de Salud nacional ejecuta menos del 4% del gasto global del Sector.

TABLA II

Gasto aproximado en salud por jurisdicción (en millones de pesos)

Jurisdicción	Gasto estimado (a)	%
Pública	36 140	27.3
Obras Sociales (b)	48 314	36.6
Medicina prepaga	7 449	5.6
Gasto de bolsillo	40 301	30.5
Total	132 204	100.0

(a) En millones de pesos por año. Paridad en 2010: US\$ 1 = \$ 3.81 a 3.99.

(b) Incluye Obras Sociales nacionales, provinciales y PAMI

Comparando el gasto de la Argentina con el de otros países latinoamericanos, se observa que está ubicada entre los de mayor gasto en dólares de la Región, según puede observarse en la tabla siguiente:

TABLA III

Gasto en salud por habitante en América Latina (en dólares) ²

PAIS	GASTO EN SALUD (EN U\$S)
Argentina	892
Bolivia	118
Brasil	1.121
Chile	1.075
Cuba	606
República Dominicana	296
Ecuador	332

² Elaboración propia en base a datos de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP> 03 de Febrero 2014

El Salvador	251
Guatemala	214
Colombia	432
Costa Rica	943
Nicaragua	125
Haití	58
Honduras	193
Paraguay	352
Perú	289
Uruguay	1.105
México	620
PROMEDIO	501

Un abordaje más profundo requiere considerar al Sistema como un mercado de bienes y servicios, donde diferentes actores gestionan la cobertura de salud a segmentos variables de la población, en base a un conjunto de fondos recaudados por diversas vías.

Se presenta la distribución estimada en 2009, de una serie que tiene al menos 10 años de continuidad (Tabla IV). Puede observarse que más del 16% de la población cuenta con doble cobertura. Esta cifra es coincidente con datos de la SSS de 2003, cruzando padrones de beneficiarios de Obras Sociales (OS) nacionales y provinciales, que mostraban un 15% de afiliados a OS provinciales con cobertura adicional de una OS nacional. Por otro lado, el gasto de bolsillo aparece subestimado (21.5%) con respecto al consignado en la Tabla II.

TABLA IV

Dimensiones estimadas del mercado de salud en 2009 (en pesos) (d)

Cobertura	Población ^(a)	%	Recaudación ^(b)	%
Obras Sociales nacionales	14 513 956	36.2	29 072	28.5
Obras Sociales provinciales	6 291 186	15.7		
INSSJP - PAMI	4 065 000	10.1	9 181	9.0
Medicina Prepaga y mutuales	4 620 000	11.5	12 807	12.5
<u>Subtotal con cobertura</u>	<u>29 490 142</u>	<u>73.5</u>	-	-
Menos: con doble cobertura	- 6 613 520	- 16.5	-	-
<u>Con cobertura consolidado</u>	<u>22 876 622</u>	<u>57.0</u>	<u>51 060</u>	<u>50.0</u>
Sin cobertura	17 257 803	43.0	29 016	28.5
Otros gastos (c)	-		21.931	21,5
<u>Población total</u>	<u>40 134 425</u>	<u>100.0</u>	<u>102 007</u>	<u>100.0</u>

^(a)En millones de habitantes, porcentajes agregados.

^(b)En millones de pesos por año, porcentajes agregados. Paridad en 2009: US\$ 1 = \$ 3.46 a 3.80.

^(c)Incluye gastos de bolsillo, gastos directos de las empresas y otros gastos indirectos de instituciones no lucrativas.

^(d)Key Market en base a datos de Ministerios de Economía y Salud, INDEC, ISalud, ACAMI, ADEMP, AFIP, COSSPRA y SSS. En: http://www.ieco.clarin.com/economia/saludpais-gasta-paga_0_266973529.html; publicado el 23/5/2010.

Por último, a fin de observar el comportamiento de los distintos componentes del Sistema en función de los recursos que disponen, puede estimarse el flujo financiero que circula dentro del Sector, teniendo en cuenta el origen de los fondos, qué tipo de entidad los administra y el destino de los gastos. En este análisis se calcula el gasto mensual de cada segmento de usuarios, según su cobertura y el destino de las erogaciones. De este modo surge una comparación de la magnitud del gasto en salud según el nivel de ingresos, y los subsidios cruzados que existen entre los diferentes subsectores: por ejemplo los programas preventivos de las autoridades sanitarias alcanzan a toda la población, tenga o no cobertura; los beneficiarios de Obras Sociales a menudo utilizan los servicios públicos sin declarar su cobertura.

TABLA V

Estimación del flujo financiero mensual por usuario según servicios y cobertura en 2010 (en \$)

Subsector	Origen de fondos	Gasto (a)	Destino	Cobertura	Gasto (b)	Destino
Público	Ministerios y Secretarías	15.6	Programas	Sin cobertura	15.6	Programas
		167.0	Servic. públicos		117.0	Servicios públicos
Obras Sociales (OS)	OS nacionales OS provinciales INSSJP-PAMI	159.0	Servicios privados, farmacia, servicios públicos	Con cobertura	167.0	Servicios privados
		233.0				Servicios públicos
		28.3				Servicios públicos
Privado	Seguros privados Gasto de bolsillo	397.0	Servicios privados, farmacia		15.6	Programas
		84.7				

(a) Estimación del gasto mensual por usuario, según origen de los fondos y destino del gasto.

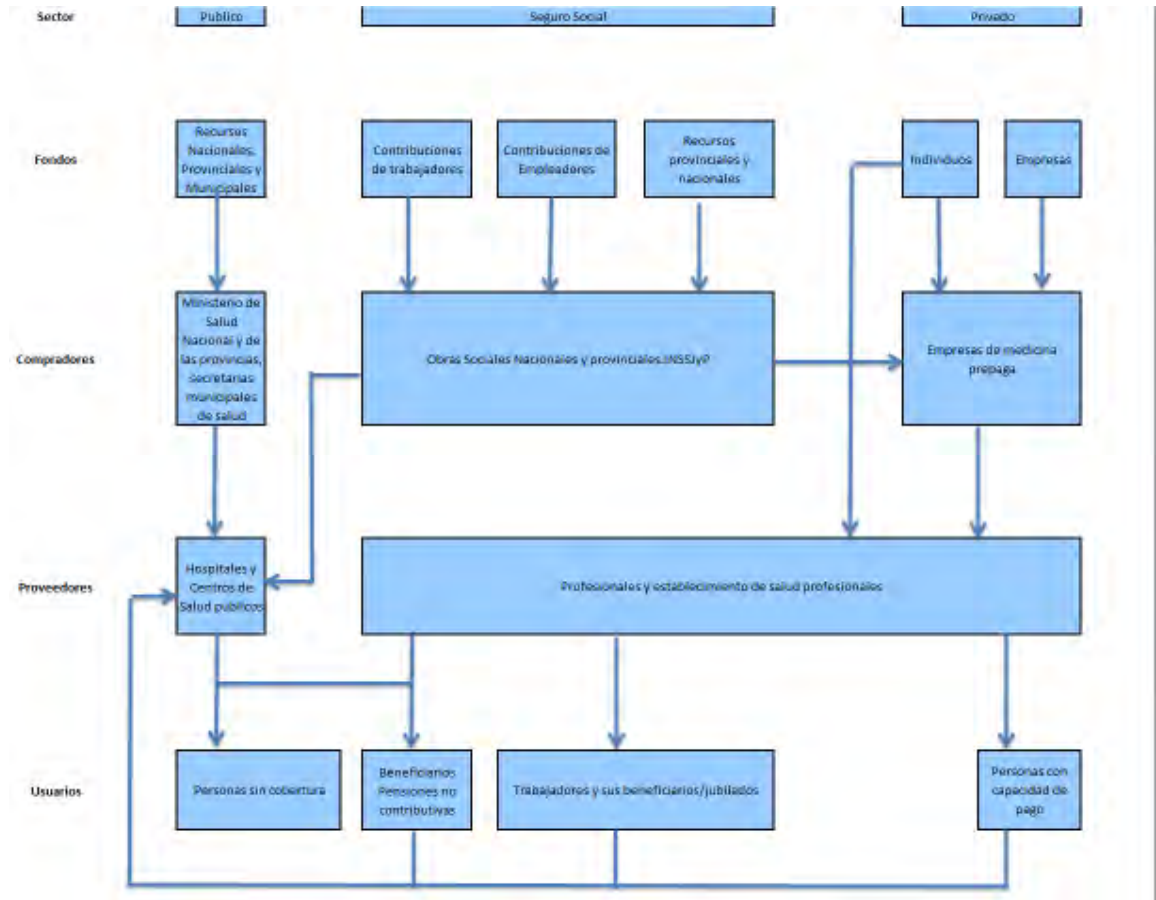
(b) Estimación del gasto mensual en usuarios sin y con cobertura, según destino del gasto.

OS: Obras Sociales.

Fuente: ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA HUGO E. ARCE Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló, Buenos Aires. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 414-418. Consultado en <http://www.scielo.org.ar/> febrero 2014.-

En conclusión, el país realiza un gran esfuerzo global en materia de salud, pero sus resultados no se ven reflejados en indicadores de morbilidad que estén por debajo de los de otros países que tienen un gasto menor. La marcada fragmentación y dispersión de centros de decisión entre distintos actores ha determinado un equilibrio que impide abordar reformas estructurales de fondo. La autoridad sanitaria nacional no reúne poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cambios trascendentes; para hacerlo debe concitar consensos muy amplios, que escapan a su capacidad de influir sobre los poderes provinciales y los recursos que gestiona.

Esquemáticamente:



“Los grandes problemas están en la calle”. Friedrich Nietzsche

Capítulo 3

1.- Información Demográfica:

Es dable mencionar asimismo, que la población en Argentina, según datos del último censo nacional (2010), es de 40,5 millones de habitantes, de los cuales el 49% son hombres y el 51% mujeres. Se estima que para el año 2015, la tasa de crecimiento poblacional será del 0.91%, llevándola entonces a 42.4 millones. Geográficamente, aproximadamente el 89.4% habita en zonas urbanas y un tercio reside en la zona metropolitana de Buenos Aires, ciudad que concentra, el 40% del Producto Bruto Interno del país.

La estructura poblacional, a su vez, presenta un proceso de envejecimiento notorio, debido a diferentes factores: el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, el descenso de la mortalidad general y el incremento de la vida al nacer.

En la tabla siguiente observamos esa evolución:

Tabla VI

Año	% de Adultos Mayores
1895	2.5
1947	3.9
2010	10

Fuente: www.indec.mecon.ar/

2.- Condiciones de Salud:

En la tabla siguiente, observamos resumidamente, los principales indicadores básicos para Argentina:

Tabla VII

Población total (Censo Año 2010)	40.5 millones de habitantes
----------------------------------	-----------------------------

Población de 60 años y más (2010)	5.8 millones de habitantes
Esperanza de vida (ambos géneros)	75.2 años
Esperanza de vida a los 60 años	17.3 años
Tasa de mortalidad general	7.9
Tasa de mortalidad Infantil	11.9
Tasa de mortalidad materna	4.4
Gasto en salud total como % del PBI	9.6
Población con cobertura de Obra Social	18.7 millones
Población sin cobertura de Obra Social	21.8 millones

Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica - AÑO 2012- Serie 5 - Número 56-Diciembre de 2013-

Algunas de las formulas utilizadas para arribar a los resultados precedentes³:

a) TASA BRUTA DE MORTALIDAD:

$$\frac{\text{Nro.de defunciones acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Población total de la zona geográfica dada en mitad del mismo año}} \times 1000$$

La **TASA BRUTA DE MORTALIDAD** relaciona todas las muertes acaecidas en una población dada con la población total, midiendo así la disminución de la misma a causa de las muertes. Si bien es muy utilizada, ya que generalmente se dispone de los datos para su cálculo, deben adoptarse ciertos recaudos.

Dado que la mortalidad varía con la edad, la tasa bruta puede ser engañosa cuando las poblaciones que se comparan no tienen una composición similar según la edad y el sexo. Las poblaciones compuestas por una elevada proporción de personas de edad avanzada en las que la mortalidad es más alta, mostrarán naturalmente tasas brutas de mortalidad más elevadas que las de las poblaciones más jóvenes.

b) TASA DE MORTALIDAD MATERNA:

$$\frac{\text{Nro. de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 10000$$

³ Estadísticas Vitales. Información Básica - AÑO 2012- Serie 5 - Número 56-Diciembre de 2013- consultado 13/5/2014

La mortalidad materna constituye un importante problema de investigación, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socioeconómicas generales.

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

- **Defunciones obstétricas directas:** son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas;

- **Defunciones obstétricas indirectas:** son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

La mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

c) TASA DE MORTALIDAD INFANTIL:

$$\frac{\text{Nro. de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

La **TASA DE MORTALIDAD INFANTIL** relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año.

Es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud y, debido a su especial utilidad, es necesario calcular e interpretar correctamente sus valores.

Uno de los errores más frecuentes es el que proviene de una incorrecta aplicación de la definición del hecho y de la inscripción del mismo. Existe una tendencia a inscribir como defunciones fetales a los niños que, aun habiendo nacido vivos, mueren inmediatamente. O sea, que podría haber una sub-inscripción de nacidos vivos y también de las defunciones infantiles, situación que influye en el cálculo de las tasas de mortalidad infantil. Otro factor a considerar es la omisión de registro del nacimiento y la defunción.

Nota: Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior

Ahora sí, con un panorama global sobre nuestro sistema de salud, se desarrollan a continuación en forma de ejes, los indicadores correspondientes a las variables mencionadas en el punto 5.1 anterior: ^{vii}

“No se puede vivir de una ideología que no se transforme inmediatamente en actos”. André Malraux

Capítulo 4

1 Capacidad, desempeño organizacional y gerencial:

El fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) es una estrategia propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, su propósito principal es el de impulsar la toma de decisiones en los sitios donde se generan los problemas y, por consiguiente, propiciar la descentralización de facultades y recursos hacia las instancias periféricas del Sistema de Salud.

Dentro del contexto internacional, el fortalecimiento de los SILOS ha sido definido como una táctica operacional para impulsar el desarrollo de las acciones comprendidas en la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), habida cuenta de que este desarrollo no depende solamente de que se dicten políticas nacionales al respecto, sino de la capacidad técnico-administrativa de los SILOS para traducir dichas políticas en programas operativos que respondan a las necesidades específicas de la población local.

El desarrollo de la capacidad técnico-administrativa de los SILOS ha estado limitado por factores organizacionales, por falta de capacidad gerencial de su personal, por indefinición de las funciones que debe efectuar y, en general, por insuficiente apoyo administrativo y financiero desde los niveles estatal y nacional.

1.a.- Aptitud para la conducción del sistema

La aptitud para la conducción se sustenta por un lado, en una serie de condiciones de carácter normativo jurídico y económico financiero, y por otro en las capacidades de liderazgo y gerencia de los niveles directivos en relación con la estructura y dinámica local del poder.

Se deben recordar a que se denominan “estrategias” de salud pública: son las diferentes formas que adopta el arte de dirigir los esfuerzos de la sociedad hacia los objetivos que fueron resumidos por la Organización Mundial de la Salud en el horizonte de “salud para todos”.

La “salud para todos” significa pues que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado.

Por “salud” ha de entenderse un estado personal de bienestar, es decir, no sólo la disponibilidad de servicios sanitarios, sino un estado de salud que permita a una persona llevar una vida social y económicamente productiva. Esta “salud para todos” obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, ignorancia, agua no potable, viviendas no higiénicas, etc.), así como a resolver problemas puramente médicos, como la falta de profesionales, de camas de hospital, de medicamentos y vacunas, etc.

En este sentido:

- Salud para todos significa que la salud ha de considerarse como un objetivo del desarrollo económico y no sólo como uno de los medios de alcanzar dicho desarrollo;
- Salud para todos exige, en último término, la instrucción general. Al menos, y mientras esta última no sea una realidad, exige una mínima comprensión de lo que la salud significa para cada individuo;
- Salud para todos es, por consiguiente, un concepto global cuya aplicación exige el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, tanto como en la medicina y en la salud pública.

La asistencia médica no puede, por sí sola, llevar salud a una población hambrienta que vive en villas de emergencia. Una población sujeta a esas condiciones necesita un modo de vida totalmente distinto y nuevas oportunidades de alcanzar un nivel más elevado.

Cuando un gobierno adopta la “salud para todos” se compromete a fomentar el progreso de toda la población en un amplio frente de desarrollo y resuelto a estimular a cada individuo para conseguir una mejor calidad de vida. El ritmo que el progreso en este objetivo siga dependerá de la voluntad política de cada país, de cada región, provincia, estado o municipio.

Para alcanzar entonces este principal objetivo de “salud para todos”, la salud pública comenzó a desarrollar, en los últimos decenios del siglo XX, dos estrategias trascendentales:

- La atención primaria de la salud (APS)
- Los sistemas locales de salud (SILOS)

PLANTEO DE HIPOTESIS Y FUNDAMENTACIÓN

“El objetivo de la ciencia no es abrir las puertas de la sabiduría infinita, sino poner límite al infinito error”. Galileo Galilei

Capítulo 5

A continuación plantearemos las hipótesis y su fundamentación en el camino del cambio de nuestro sistema de salud:

1.a.1.- Desarrollo de las condiciones básicas: políticas, unidad responsable de la conducción y delimitación geográfica poblacional

La implementación de las condiciones básicas en la práctica encuentra grandes dificultades, en parte por el marco legal existente, en parte por las deficiencias o las distorsiones en la comprensión del significado y más habitualmente, por las consecuencias últimas de la descentralización en lo que hace al manejo del poder, ya que al momento de transferir poder, dinero y capacidades, existen grandes resistencias en los órdenes centrales. Es por ello que las actitudes de los decisores al respecto, resulta fundamental.

Un importante supuesto, aun teniendo en cuenta el contexto político – económico imperante hoy día, consiste en que la capacidad de conducción de los sistemas locales de salud recaerá en el Estado, como principal responsable y dinamizador de los procesos requeridos. Se hace referencia así a la capacidad del subsector público de dar direccionalidad al accionar de los distintos actores del sistema y de promover las condiciones necesarias, ejerciendo influencia en el contexto del sistema local, interviniendo cualitativamente y por supuesto, ordenando sus propios recursos.

En tal sentido, el presente intento de operacionalización de un sistema local de salud está fundamentalmente dirigido, entonces, a los que tienen esas responsabilidades en ese subsector.

La accesibilidad geográfica es otro factor importante, pues si no existen vías de comunicación a los centros de referencia, se hace difícil conformar la red de servicios.

La delimitación de sistemas locales de salud en áreas urbanas, encuentra otro tipo de dificultades, tales como:

1. La falta de información desagregada para el recorte propuesto,
2. La presencia de hospitales de referencia nacional difícilmente integrables,
3. La falta de niveles primarios de atención o relatividad de la autoridad transferida debido a la proximidad de los poderes centrales (caso frecuente en los sistemas locales cercanos o pertenecientes a las áreas metropolitanas)

No obstante la situación descripta precedentemente:

1º) Se considera factible la implementación de dichos parámetros en la República Argentina ya que la decisión política depende del grado de acuerdo y voluntad de los dirigentes. En cuanto a la unidad responsable de la conducción, existen actualmente los organismos oficiales y entes que regulan el sistema.

Fundamentación:

Lo antedicho, encuentra su fundamento en el documento: *La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas, (OPS/OMS 2007)*

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un Sistema de Salud Basado en la APS supone:

“Un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad”.

Específicamente en nuestro país, se ha desarrollado, a través del Ministerio de Salud de la Nación, el Plan Federal de Salud, cuyo objetivo es Lograr un Sistema de Salud equitativo e integrado, con un rol activo de un Estado garante del bienestar de la población y donde la estrategia de Atención Primaria de Salud, (APS) es la organizadora de todo el sistema.

En tal sentido, el Ministerio de Salud de la Nación, dentro de los anuncios de las acciones para fortalecer la Estrategia Atención Primaria de la Salud, destacó lo siguiente:⁴

⁴ www.minsal.gov.ar. Consultado 4/2/2014

El Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS) se enmarca dentro del Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), que tiene como objetivo principal consolidar un modelo basado en la atención primaria de la salud (APS)

Es producto de una donación de la Unión Europea, y llega a su concreción mediante la suscripción del Convenio de Financiación Número ALA/2005/17-606, firmado entre la Unión Europea y la República Argentina en Diciembre de 2005.

*Su **objetivo general** es contribuir a mejorar la salud integral de los habitantes de siete provincias de las regiones NOA y NEA a partir del fortalecimiento del sistema de salud.*

*Su **objetivo específico** es fortalecer el modelo de gestión y de atención de salud pública en siete provincias de las regiones NOA (Catamarca, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán) y NEA del país (Corrientes, Chaco y Misiones), en un período de cuatro años, a partir de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud de la EAPS.*

Zona de intervención y beneficiarios

El Proyecto se centra en siete provincias y sus sistemas públicos de salud: Misiones, Corrientes y Chaco por el NEA y Santiago del Estero, Jujuy, Tucumán y Catamarca por el NOA.

Los beneficiarios finales (grupo meta) del Proyecto son los habitantes pertenecientes a la zona de influencia de estos efectores y que se ubican en la franja de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Monto y duración

El monto de la donación asciende a €20.000.000 y tiene una duración de 4 años.

Resultados y lógica de intervención

El Proyecto está diseñado en tres componentes complementarios que favorecen el logro de sus objetivos. Cada uno de ellos apunta a solucionar los aspectos más críticos de APS en los sistemas provinciales de salud y aspira a introducir cambios en una cultura organizacional altamente centrada en la atención hospitalaria de la enfermedad, que distorsiona los valores de la salud; por lo que el Proyecto se enfoca en la organización de la red de atención, la capacitación del recurso humano del primer nivel y la participación de la población en torno a los cuidados de la salud.

Resultados:

Resultado 1: El Sistema Público de Salud Nacional y de las siete provincias beneficiarias ha fortalecido su gestión y funcionamiento institucional desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Este resultado se orienta a mejorar la gestión de la APS a nivel nacional y provincial, mediante el fortalecimiento del rol de rectoría del MSAL y de los MSP; y a consolidar la EAPS política sanitaria prioritaria. En el nivel provincial impactará indirectamente en la totalidad del sistema, a través de la elaboración y propuesta de planes provinciales de APS, marco para la

organización de las redes socio- sanitarias destinadas a asegurar el acceso y calidad de la atención y contención a los grupos más vulnerables.

La propuesta de fortalecimiento acompañará la estrategia provincial de definición de políticas sanitarias y de planificación programática en la adecuación y calificación de los recursos humanos; el diseño y el armado de los sistemas de información y comunicación; la organización de las redes de atención y otros servicios; y las actividades de sensibilización y de generación de consensos locales participativos

Para ello se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- ✓ *Fortalecimiento del rol de rectoría del Ministerio de Salud en la implementación de la EAPS.*
- ✓ *Diseño, adopción e implementación de planes estratégicos provinciales de fortalecimiento de la EAPS.*
- ✓ *Capacitación en aspectos de gestión y planificación estratégica para los equipos responsables de las provincias y de las zonas sanitarias.*
- ✓ *Mejora del sistema de información de salud.*
- ✓ *Mejora del equipamiento de las unidades gestoras y administrativas de la red de salud*

Resultado 2: El Sistema Público de Salud de las siete provincias beneficiarias ha fortalecido su red de salud mejorando la cobertura de sus servicios, el uso racional de los recursos, la calidad de la atención y la capacidad de resolución, en coordinación con otros proyectos del sector.

El modelo pretendido a través de la EAPS, es la construcción de un sistema social donde los distintos niveles que lo componen actúen de manera coordinada y articulada, en función de las necesidades y características socio - culturales de cada comunidad.

El sistema se estructura sobre la base de redes de referencia y contrarreferencia (R/CR) consistente en el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten ofrecer una prestación adecuada al usuario del servicio de salud, y armonice con los recursos existentes, niveles de atención y grado de complejidad, de accesibilidad creciente, con la debida oportunidad y eficacia. Dicho régimen facilita el flujo de usuarios y el uso racional y costo/ beneficioso de los recursos en las etapas diagnósticas y terapéuticas.

Las actividades se orientarán hacia la organización del primer nivel de atención, la capacitación de los recursos humanos, el mejoramiento del acceso y la calidad de las prestaciones, a la vez de generar los mecanismos necesarios para optimizar la articulación con el segundo y tercer nivel.

Para ello se realizarán las siguientes actividades.

1. *Capacitación a los equipos de salud en programación local, EAPS para no profesionales y manejo de patologías y problemas de salud prevalentes.*

2. Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia, mediante la necesaria coordinación de los distintos niveles, desarrollo e implementación de los instrumentos específicos.
3. Identificación, elaboración e implementación de programas de salud costo-efectivos para disminuir la incidencia y mortalidad de determinadas patologías de alta prevalencia y problemas sociales y sanitarios, detectados y definidos como prioritarios en el Plan Estratégico Provincial de APS.
4. Refacción / ampliación / mejora de la infraestructura de los establecimientos de salud del primer nivel de atención priorizados por el Proyecto según criterios técnicos.
5. Mejora del equipamiento e insumos médicos de la red de APS de los establecimientos de salud del primer nivel de atención priorizados por el Proyecto.

Resultado 3: Las estrategias locales de prevención y promoción de la salud han sido desarrolladas e implementadas con enfoque familiar y comunitario.

Para lograr el desarrollo de estrategias locales de prevención y promoción de la salud es esencial promover la participación comunitaria facilitando la formación de espacios de discusión, que posibiliten que los individuos y los grupos sociales sean capaces de expresar sus necesidades, plantear las preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales, culturales, para hacer frente a sus necesidades.

Para ello se llevarán a cabo actividades de capacitación, campañas de información, intercambios de experiencia e implementación de iniciativas comunitarias contemplando en todos los casos el acervo cultural de cada comunidad y estableciendo pactos en los que las partes involucradas pondrán en juego su responsabilidad, compromiso y reconocimiento obteniendo resultados satisfactorios para sus demandas y preocupaciones.

Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Identificación de los principales actores que intervienen en la prevención y promoción de la salud, a partir del trabajo con grupos focales, reuniones y encuentros con amplia participación comunitaria.
2. Capacitación de los actores de la comunidad identificados en higiene y saneamiento básico, detección precoz, manejo y referencia de patologías prevalentes, así como otras necesidades identificadas por los responsables de áreas y establecimientos de salud de las provincias de intervención.
3. Implementación de acciones de información, educación y comunicación (IEC) sobre educación sanitaria, nutrición, violencia, y otros temas prioritarios, definidos por los responsables de área y establecimientos de salud y otros actores del sector en el ámbito de influencia de los establecimientos del primer nivel de atención priorizados.
4. Difusión e intercambio de experiencias exitosas.

5. *Implementación de iniciativas comunitarias en el área de la salud.*

Para ello el modelo sanitario deberá estar basado en la construcción de REDES de atención con base en la estrategia de APS, de asegurar la cobertura efectiva de atención primaria a toda la población, propiciando su participación responsable, y cuyo objetivo es Inducir la demanda por servicios de salud a los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) en lugar de hacia los hospitales

2º) En cuanto a la delimitación geográfica poblacional, no reviste un inconveniente ya que se cuenta en el país con información inherente a la composición de la población, su distribución y recursos disponibles.

Fundamentación:

A tal efecto se detallan a continuación algunas de las informaciones disponibles en la Argentina:

INDEC – Anuario Estadístico de la República Argentina

Este material posee dentro de su contenido, información inherente a:

Población:

- 1) Composición y distribución
- 2) Grupos Poblacionales
- 3) Indicadores Demográficos
- 4) Proyecciones y estimaciones
- 5) Recursos hospitalarios

Establecimientos asistenciales:

- 6) Establecimientos asistenciales del subsector oficial por dependencia administrativa, según provincia. Total del país.

Camas:

- 7) Promedio de camas disponibles en establecimientos asistenciales del subsector oficial, por provincia. Total del país.
- 8) Promedio días-camas disponibles y habitantes por cama en establecimientos asistenciales del subsector oficial, según división político-territorial.

En el Informe “Indicadores Básicos 2012” se recopila los últimos datos disponibles en el país provenientes de diversas fuentes oficiales, y que contiene la siguiente Información:

- ✓ Indicadores demográficos
- ✓ Socioeconómicos
- ✓ Recursos
- ✓ Acceso
- ✓ Cobertura
- ✓ Morbilidad
- ✓ Mortalidad y Salud Materno-infantil
- ✓ Indicadores generales del país

Además, incluye un monitoreo de los indicadores de seguimiento de los “*Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*” más directamente relacionados con salud.

Digamos por último que “la región no es sólo un concepto geográfico, sino también un concepto organizacional y gerencial. Para Castellanos (1985), serían las **unidades básicas de administración**. Según Sheps y Madison (1977), en el proceso de regionalización, la asignación de recursos y la organización de instituciones complejas es alcanzada cuando se trata de una determinada región específica.

Para estos últimos autores, el término regionalización puede ser utilizado con precisión sólo cuando existe un nivel central, -municipal, provincial o nacional- responsable para la normatización de los servicios de salud y una ejecución de nivel local.

“Lo importante es saber ver. El que sabe ver comprende y predice. Se anticipa” Leonardo Da Vinci

Capítulo 6

1.a.2.- Desarrollo de las capacidades de liderazgo y gerencia

La capacidad de gerencia puede identificarse con la capacidad de conducción, si se entiende como función de la gerencia: liderar, articular, innovar, concretar, negociar las condiciones, obtener los recursos necesarios, dar direccionalidad al proceso de desarrollo del sistema local de salud, controlar y regular.

Se considera factible la implementación de dichos parámetros en la República Argentina ya que las capacidades de liderazgo y gerencia son roles que pueden cumplir gran cantidad de los Profesionales altamente capacitados de distintas disciplinas vinculadas a la temática en cuestión.

Fundamentación:

En oportunidad de iniciar la Maestría en Gestión Actuarial de la Seguridad Social, se nos indicó que el perfil del egresado era compatible con el siguiente objetivo: *Las competencias definidas para su desempeño permitirán al egresado contar con la capacidad técnica para cumplir como responsable de programas que permitan mejorar los sistemas de seguridad social, favoreciendo la toma de decisiones con base en las metodologías implementadas.*

Su formación le permitirá tomar parte activa como asesor o tomador de decisiones para el diseño e implementación de metodologías relacionadas con la planificación de sistemas de seguridad social.

Al cabo de sus estudios, el egresado habrá adquirido una sólida formación teórico – metodológica, adecuada para la reflexión académica, investigación empírica y gestión de sistemas de seguridad social.

A su vez, la mayoría de las carreras académicas vinculadas a la Administración en el sector salud, están orientadas a la amplia gama de organizaciones de servicios de salud, que se diferencian, según sus objetivos y modalidades, de dos formas: los financiadores que recaudan y administran los recursos económicos utilizados para pagar los servicios (prepagas, obras sociales, etc.); y los prestadores, que son quienes prestan los servicios y facturan a los financiadores.

En la actualidad, estos roles tienden a confundirse, pues aparecen nuevas formas: Los financiadores adquieren sus propios sanatorios, y los prestadores asumen riesgos propios de los financiadores. Estos cambios están generando una creciente demanda de profesionales especializados, y aquellos que cuenten con una buena formación en la administración de este

tipo de organizaciones, ocuparán lugares de privilegio en este mercado de trabajo, de manera que *Capacitarse en esta profesión es asegurarse el futuro*.

Dimensiones gerenciales de los SILOS

Para la instalación de los sistemas locales de salud, con nuevas responsabilidades y formas de interacción organizacional, se exige una capacidad gerencial antes poco demandada. La mayor aproximación con la comunidad hace que los dirigentes locales sean más fiscalizados en cuanto a su eficiencia y responsabilizados por el aumento, calidad y equidad en la distribución de los servicios.

Las prácticas tradicionales de estos dirigentes de cumplir reglas administrativas, de aceptar los reducidos presupuestos que les son asignados, y de esperar mejores días, siempre y cuando no haya alteraciones políticas en los escalones superiores, ya no son suficientes para una era de expectativas crecientes sobre la eficacia de los servicios de salud.

La nueva acción gerencial requiere capacidad de interferir en la realidad con visión de largo plazo y de progreso continuo en la prestación de servicios. La participación y descentralización en la gestión de la salud hace que los dirigentes del sector se sientan estimulados a nuevos emprendimientos e instados a buscar nuevos recursos, en este sentido, su capacidad gerencial pasa a ser notada, evaluada y, muchas veces responsabilizada, por los éxitos y fracasos en la prestación de los servicios.

Sin embargo, la eficacia gerencial de un dirigente no es producto exclusivo de su capacidad individual, sino también del contexto en el que actúa. Por ejemplo, un SILOS puede combinar diferentes tipos de organizaciones que ofrecen oportunidades desiguales para el ejercicio de las funciones gerenciales. En los últimos años, el énfasis que ha sido dado a la capacidad gerencial para el suceso organizacional, ha llevado a una generalización excesiva sobre el bajo impacto del contexto, inclusive el público y el privado.

Para comprender mejor las nuevas necesidades gerenciales del sector salud, serán examinadas a continuación, no solo las dimensiones contemporáneas de la capacitación gerencial, sino también las diferencias de condiciones para la acción entre dirigentes públicos y privados.

La función gerencial en el mundo contemporáneo

El mundo contemporáneo, constantemente ha sido descrito como lleno de problemas y desafíos, los cuales solo pueden resolverse a través de un gran esfuerzo de cambio, adaptación e innovación.

El cambio también ha sido presentado como una de las grandes características de los tiempos modernos. Surge, de forma cada vez más intensa, como consecuencia de una mayor acción del ser humano sobre los factores ambientales que condicionan su propia existencia, además, la búsqueda de mayor bienestar genera fuerzas sociales diversas, que contribuyen a la alteración constante de la situación.

Cualquier servicio, producto o plan desarrollado dentro de una organización, por más moderno que sea, en verdad es resultado de la unión de conocimientos obsoletos. La velocidad de los cambios sociales y económicos, así como la rapidez de las innovaciones tecnológicas, desactualizan rápidamente lo existente.

Ninguna empresa o institución pública puede considerarse moderna y actualizada, a no ser por rápidos momentos.

Ninguna organización está libre de las presiones sociales y tecnológicas o puede ser autosuficiente en la producción de ideas nuevas.

La innovación se realiza en una enorme variedad de campos del saber que, directa o indirectamente, se entrelazan y producen impactos en productos y/o servicios que, aparentemente, eran inmunes a estos avances, la obsolescencia puede surgir en áreas inesperadas y causar sorpresas a las organizaciones que están cómodamente ajustadas a lo que hacen.

Hoy, se describe el mundo como en permanente mutación y siempre en busca de un equilibrio dinámico, pero, desde la perspectiva del cambio, el actual debate no es únicamente sobre la constatación de problemas o sobre la evolución rápida del mundo contemporáneo.

La gran preocupación se centra en las posibilidades del ser humano de conducir y direccionar el proceso de cambio para el progreso y para la solución de problemas urgentes. Se trata de innovar a través de la “intervención planificada y controlada”, lo cual contrasta con los cambios originados por catástrofes naturales, desequilibrios ambientales, fuerzas sociales espontáneas, o también, provocados por algunos líderes carismáticos y movimientos revolucionarios.

Conducir el cambio significa no solo tener valores que especifiquen el fin deseado, sino también, habilidades para controlar el proceso social que lleva a aquel fin, por lo tanto, el cambio es un desafío que provoca alteraciones en la manera como las personas ven y comprenden el mundo, en la forma de comportarse y de buscar nuevos valores.

El cambio, es una alteración significativa en las estructuras, actitudes y comportamientos existentes; depende de objetivos, estrategias y acciones concretas. El cambio, no es una consecuencia natural de la práctica administrativa, pero sí es resultado de una acción planeada, donde las habilidades gerenciales desempeñan un papel fundamental. La atención gerencial garantiza la sobrevivencia, la relevancia, la actualidad, la satisfacción comunitaria y la calidad de lo ofrecido.

Comprendiendo la realidad gerencial en el sector salud

Como en otras organizaciones, también la administración de instituciones de salud se torna cada día más difícil, en virtud de la velocidad de las transformaciones que desactualizan la tecnología, los procesos de prestación de servicios, el orden institucional y las dimensiones gerenciales.

La intensidad de los cambios sociales externos a las organizaciones de salud, generan no solo el desafío de la adaptación constante, y de la innovación continua y sistemática de los procesos de prestación de servicios, sino también de la capacidad gerencial.

Las habilidades recomendadas para que una persona se pueda convertir en un buen administrador de servicios de salud, han variado en los últimos años y se refieren, fundamentalmente, a ver la gerencia como algo ambiguo, imprevisible, intermitente, fragmentado y a corto plazo, en lugar de las tradicionales perspectivas de un cargo racional de planificación, análisis y dirección a mediano y largo plazo.

Lo imprevisible, los cambios rápidos y las tecnologías innovadoras han revolucionado el mundo cotidiano de un gerente, problemas de creciente complejidad se interponen con frecuencia en su rutina, exigiendo atención y solución inmediata.

Esos problemas contemporáneos también tienen su componente de novedad:

- ✓ No desaparecen o se resuelven por sí mismos;
- ✓ Son difíciles de detectar o prevenir por medio del análisis anticipado;
- ✓ Causan mayores daños si no son controlados o solucionados de inmediato;
- ✓ Exigen una solución urgente, inclusive antes de ser analizados y de que se conozcan sus principales componentes;
- ✓ Jamás se conocerán totalmente los principales componentes del problema;
- ✓ Tienden a ser tratados al mismo tiempo que nuevos problemas de igual relevancia y de necesidad inmediata;
- ✓ Exigen para su solución más allá del sentido común y la buena intención de las personas.

El trabajo de un gerente busca la integración y coordinación efectiva de los recursos disponibles, es por tanto un trabajo incompleto, que exige no sólo encontrar nuevos recursos, sino también la transformación de las tareas internas, para acomodar nuevas informaciones, demandas y necesidades.

Las referencias básicas de un gerente son siempre la *misión*, los *objetivos* y las *responsabilidades sociales* del sector que dirige.

Se trata de un trabajo complejo, desgastante, que combina presiones de corto y largo plazo, exige una visión global en un medio cambiante, fragmentado y con constantes tendencias a la división.

Sin embargo, la mayoría de los dirigentes del sector salud sólo toman contacto con la gerencia cuando asumen su primera función administrativa. A menudo, llegan sin ninguna preparación para la función y, muchas veces, presumiendo que su experiencia técnica, o el buen sentido, o la práctica en funciones de liderazgo, son suficientes para garantizar un buen desempeño gerencial.

A pesar de ser extremadamente útiles, esos factores en la práctica resultarían insuficientes para lograr el desempeño gerencial deseado, (y las organizaciones de salud, a lo largo y ancho de nuestro país, son un palmario ejemplo de esto) pero, como la creencia en ellos es acentuada, merecen un examen más cuidadoso.

Insuficiencia de la experiencia técnica

El preconceito en este sentido, es que el ejercicio de una función técnica especializada en el área de la salud, suministra a las personas los conocimientos y las habilidades necesarias para el ejercicio de funciones de jefatura o dirección. Muchas veces hasta se presume, que entre más capacitación técnica mayores son las posibilidades de un buen desempeño gerencial.

En la mayor parte de las grandes organizaciones, la elección de jefes y dirigentes se hace a través de criterios de carrera y está altamente influenciada por los patrones de competencia técnica individual. Así, las personas que durante algunos años se destacaron por su gran habilidad y capacidad de ejecutar bien sus funciones técnicas, son elevadas a la posición de comando.

Muchas veces, en ese recorrido de *buen técnico a jefe*, la organización puede perder un gran técnico y ganar un administrador nada más que razonablemente competente, e incluso hasta mediocre. Esto ocurre porque en el ascenso de la función técnica a la de dirigente, el individuo, por falta de comprensión de la función gerencial, no logra redefinir el conjunto de deberes para con la institución, permaneciendo en la función de ejecutivo con la misma concepción anterior.

El individuo que aún no posee una concepción clara de la función gerencial, tiende a encararla como un trabajo técnico, análogo al anterior, y con las desventajas de tener responsabilidad sobre tareas administrativas, que frecuentemente destacan como "innecesarias, irrelevantes, burocratizadas ", y sirven únicamente para impedir que él contribuya técnicamente para el bien de la institución.

Ese individuo acaba frustrándose porque en la función, el trabajo gerencial tiende a alejarlo de su realidad de técnico. Se sorprende con la burocracia y se queja de la carga excesiva de trabajo administrativo diciendo, por ejemplo, frases del estilo "desde que asumí esta función no me queda tiempo para hacer aquellas cosas importantes que hacía antes, ahora me toca participar en reuniones, contestar cartas, atender personas externas, etc.". Sienten que las cosas relevantes que pensaban que podrían hacer cuando fueran jefes, escapan de sus manos.

La frustración del individuo puede aumentar cuando se da cuenta que otros técnicos que no fueron promovidos, tienen tiempo para capacitarse en nuevas tecnologías y desarrollarse profesionalmente, y él, que era el mejor y fue ascendido, no tiene ya esa oportunidad.

En esa situación se producen dos tipos de reacciones:

En primer lugar, los individuos que son más agresivos en su trabajo, o bien buscan y asumen tareas técnicas que deberían permanecer en los niveles descentralizados, para tener algo agradable que hacer y sentir un mínimo de satisfacción personal, o interfieren continuamente en el trabajo descentralizado, diciendo cosas como: "eso debe realizarse de esta manera y no de aquella forma porque yo trabajé allí durante 10 años y sé que esta es mejor que la otra".

El resultado, en ambos casos, es una gran centralización de la organización, que se hace más burocrática y más onerosa, solo por un deseo individual de realización profesional y por la incompreensión de las funciones directivas.

En segundo lugar, las personas menos agresivas en su trabajo (en muchos casos excelentes profesionales de la salud que llegan a ocupar el cargo de jefe), se declaran completamente vencidas ante su incapacidad de desempeñar esas funciones. Por encontrarse en puestos de responsabilidad temen que un error administrativo comprometa su pasado de continuados aciertos técnicos, y comienzan, entonces, a mostrarse prudentes en exceso y hasta renuentes a adoptar decisiones.

Estas personas viven según la premisa de que la prudencia es virtud. Se vuelven indecisos, tienen miedo de decir que sí, porque piensan que se convierten en cómplices de un grupo, y tienen temor de decir que no, porque piensan que así menoscaban su influencia en otro grupo. Caen entonces en la costumbre del "tal vez", o del "puede ser".

Para decir algo positivo de todo esto, se puede afirmar que lo primero que tiene que aprender una persona cuando llega a ocupar un cargo de dirección, es que la naturaleza de su trabajo ha cambiado. Antes era técnico, ahora es dirigente. Su trabajo anterior se basaba en la ejecución racional de un proceso; ahora se basa, en gran parte, en la toma de decisiones racionales. Antes tenía que saber el *cómo*, ahora tiene que saber el *qué*. Antes tenía que ser un especialista en técnicas, ahora tiene que ser un especialista en objetivos. Tiene que saber distinguir entre hacer las cosas apropiadamente y hacer las cosas apropiadas.

Al continuar viendo el trabajo como algo racional, rutinario y previsible, terminan por frustrarse por la intermitencia, variación y fragmentación; se sorprenden por las presiones de corto plazo y problemas persistentes porque pensaban que el cargo era algo contemplativo y de grandes análisis, para la dirección a mediano y largo plazo.

El asumir un cargo de administración o dirección requiere cambios fundamentales que se muestran resumidamente a continuación:

Perspectiva de la gerencia en contraposición a las funciones técnicas

<u>Perspectiva de las funciones técnicas</u>	<u>Perspectiva de la gerencia</u>
1. Obtención de resultados por medio del propio esfuerzo	1. Obtención de resultados por medio del esfuerzo de otros
2. Orientación prioritaria a la profesión y técnicas de trabajo	2. Orientación prioritaria a objetivos y resultados del trabajo colectivo
3. Acceso a información e instrumentos de trabajo por proceso interno	3. Acceso a información sobre todo por análisis de las relaciones de la organización (interfases) y su ambiente
4. Control de las tareas por una perspectiva de ejecución racional	4. Control de las tareas con una perspectiva de decisión y opción
5. Presiones de corto plazo para las tareas previsibles	5. Presiones para preocuparse también con perspectivas de mediano y largo plazo
6. Trabajo racionalmente previsible rutinario	6. Trabajo fragmentado, intermitente e imprevisible
7. Tendencia a adquirir una perspectiva de la organización limitada y sectorial	7. Tendencia a adquirir una perspectiva de la organización basada en factores de contexto externo
8. Relaciones humanas internas altamente centradas en grupos de referencia específicos	8. Relaciones humanas variadas y basadas en relaciones jerárquicas internas y personas y grupos externos
9. Comunicación interpersonal normalmente restringida a un bajo número de interlocutores	9. Comunicación interpersonal intensa, diversa y con alto número de interlocutores
10. Trabajo potencialmente evaluado por categorías específicas, visibles y de corto plazo	10. Trabajo potencialmente evaluado por categorías ambiguas y con impacto de mediano y largo plazo

La insuficiencia del sentido común

Como existe poca inversión en la capacitación gerencial, sin oportunidades claras de formación avanzada a lo largo de una carrera profesional, pasa a predominar en el sector, la visión del sentido común sobre la función gerencial. Se presume que individuos poseedores de algunas cualidades, tanto innatas como adquiridas en la vida profesional, se pueden tornar buenos dirigentes. Se reduce así la selección de dirigentes a una simple selección y contratación de

personal, ayudando a reforzar la perspectiva de inutilidad de la formación profesional para la gerencia.

La perspectiva del sentido común se basa en la creencia de que personas de buen sentido, hábiles en el manejo de la autoridad, capaces de tomar buenas decisiones en su campo profesional y conocedores de los procedimientos burocráticos de la institución en que van actuar, se pueden tornar buenos dirigentes. Estas cualidades, a pesar de ser importantes en la vida práctica, prueban ser insuficientes para el ejercicio de la función gerencial.

Por otro lado, se nota entre los practicantes de la gerencia, que no tienen una perspectiva clara de la naturaleza de la función gerencial, es decir, que los problemas administrativos de su área (salud) son diferentes de los problemas de otros sectores. Para entenderlos, es preciso vivirllos, experimentarlos y conocerlos realmente a través de la práctica.

El énfasis en la especialidad de los problemas administrativos es muchas veces colocado también en términos de una organización o de sus unidades internas. Afirman esos administradores que los problemas de la unidad organizacional dirigida por ellos, son tan específicos que difieren no solo de otras organizaciones del propio sector, sino también de otras unidades de una misma institución.

Por más verdaderos que sean estos argumentos pretenden mostrar menos diferencias entre profesionales y organizaciones y más defender profesionales de un área o proteger una cultura organizacional de supuestas amenazas de cambio en las prácticas administrativas vigentes. Son en general, temores infundados provenientes del desconocimiento sobre la potencialidad del uso de nuevas habilidades gerenciales. La ventaja y las posibilidades de nuevos conocimientos gerenciales, pueden ser vistas en los siguientes argumentos:

- 1) El desarrollo de habilidades gerenciales significa una adición o complemento a la formación de profesionales de otras áreas, inclusive los de administración. De ninguna forma es un sustituto a cualquier tipo de conocimiento y de otras habilidades. Con el entrenamiento gerencial no se pretende herir el *status* de otras profesiones, pues el objetivo no es crear un nuevo grupo profesional. Se desea, apenas, suministrar a los profesionales de otros campos, como el de la salud, un conjunto de nuevas habilidades que les facilite el ejercicio de funciones gerenciales con mayor eficiencia y eficacia.

Mitos sobre cualidades básicas y suficientes para el ejercicio de funciones gerenciales:

Cualidades	Mitos sobre la suficiencia	Patrones de reclutamiento consecuentes	Realidades sobre la insuficiencia
Buen sentido	El buen sentido es la cualidad central del gerente. La visión del sentido común y la experiencia son suficientes para la administración eficiente de una organización.	Personas razonables, incapaces de riesgos indebidos y con gran experiencia de trabajo.	Buen sentido y experiencia son requisitos para todas las funciones importantes. La complejidad de los sistemas organizacionales modernos exige habilidades gerenciales que excedan a las que pueden ser aprendidas por el buen sentido y la experiencia.
Autoridad del cargo	La autoridad del cargo es fuente de legitimidad y poder suficiente para influenciar personas y obtener los comportamientos administrativos deseados.	Personas hábiles en el uso del poder y de la autoridad y con visión de mando.	El comportamiento administrativo de un individuo es producto de un conjunto inmenso de factores internos y externos a su medio de trabajo y gran parte de ellos, incontrolable por la autoridad jerárquica.
Calidad de la decisión	La calidad técnica de la decisión política es la base principal para obtener el consenso y para una respuesta adecuada del medio organizacional. Implementación eficiente es la consecuencia técnica y natural de una buena decisión política.	Profesionales capacitados y de competencia comprobada en el ejercicio de funciones técnicas, típicas de la organización que pretende dirigir.	La implementación es un proceso de la misma naturaleza y susceptible de las mismas influencias técnicas y políticas, como la formulación de directrices. La capacidad técnica del dirigente es importante, pero la calidad de la decisión no garantiza una implementación eficiente.

Conocimiento de procedimientos burocráticos	El conocimiento de la "máquina administrativa" o sea, el dominio de los procedimientos administrativos normalmente usados en una organización, es suficiente para alcanzar los resultados deseados.	Personas con experiencia en el ejercicio de funciones burocráticas y conocedoras de leyes, normas y procedimientos administrativos pertinentes.	El conocimiento de procedimientos burocráticos es una ayuda para la acción eficiente en el <i>status quo</i> administrativo, pero poco tiene que ver con la capacidad de decisión e innovación que constituyen las habilidades gerenciales modernas.
---	---	---	--

- 2) La formación y el entrenamiento gerencial constituyen, especialmente, una oportunidad de desarrollo personal.

Confieren al individuo una nueva visión de sí mismo, de su carrera, de su futuro y de su organización. La historia de la formación gerencial ha probado que la adquisición de otras habilidades crea nuevas alternativas para el individuo en términos de carrera y de vida en el trabajo, además de contribuir para reforzar el poder, el liderazgo y el reconocimiento de los que ya son dirigentes. Amenazas presentadas por los individuos, antes de involucrarse con la formación gerencial, más tarde resultan ser meros fantasmas que a veces invaden la mente de algunas personas cuando se enfrentan con algo que juzgan totalmente extraño o desconocido.

- 3) La formación gerencial no produce sorpresas negativas, procura presentar nuevas perspectivas de análisis, comprensión y solución de los muchos problemas administrativos, que les es familiar a los dirigentes por su experiencia de trabajo.
- 4) La adquisición de habilidades gerenciales no pretende ser una amenaza a una organización o a sus unidades. La transmisión de nuevos valores, nuevas creencias y habilidades a los individuos, posibilita, sin duda, alteraciones en el sistema de valores de la organización en que trabajan. Pero, esa alteración solo es posible, cuando tales personas juzgan esos valores positivos y enriquecedores para sí mismos y para sus instituciones.

Por lo tanto, la acción para el cambio organizacional siempre debe orientarse para alcanzar un mayor desarrollo institucional. Las amenazas, cuando existen, se dirigen a las ideas obsoletas, a los patrones organizacionales que se volvieron inútiles y al poder de quienes lo ostentan en función de sus conocimientos restringidos. Personas con más conocimientos y habilidades adquieren mayor auto confianza y ayudan a crear un clima organizacional positivo de seguridad y credibilidad en el éxito futuro.

El crecimiento, desarrollo y complejidad alcanzados por los sistemas e instituciones de salud ya no requieren de dirigentes cuyas acciones y decisiones sean fundamentadas exclusivamente en su buen sentido y en experiencias pasadas. Es necesario desarrollar la capacidad gerencial para responder a nuevas demandas y necesidades, así como también para buscar soluciones alternativas para antiguos o nuevos problemas. Además, es preciso crear instituciones fuertes,

flexibles, capaces de garantizar servicios eficientes a largo plazo, lo cual exige una acción gerencial estratégica de habilidad más compleja.

Así, se puede decir que la complejidad de la organización moderna exige habilidades administrativas que van mucho más allá de las proporcionadas por la experiencia y el sentido común. Por ejemplo, se puede observar que las grandes organizaciones contemporáneas exigen de sus gerentes habilidades:

- Interpersonales, que van más allá de lo normalmente requerido en las relaciones profesionales de grupos pequeños;
- De decisión, para enfrentar los riesgos y la incertidumbre no solo en las pequeñas opciones cotidianas, sino también en la dirección futura y de largo alcance para la organización;
- Estrategias para redefinir la misión y los objetivos, teniendo en cuenta el análisis de factores externos e internos en el ambiente de la organización, con grandes cambios sociales y políticos;
- De manejo de recursos de poder, en un ambiente de organización cada vez más pluralista y menos influenciado por el uso de la autoridad.

La insuficiencia de la práctica de liderazgo

Por causa de la importancia de las funciones de liderazgo en el mundo de hoy, se ha desarrollado la creencia que el ejercicio del papel de líder en asociaciones comunitarias, profesionales, clubes deportivos, etc., enseña las principales habilidades gerenciales. Las habilidades de liderazgo son esenciales en la gestión, pero no son las únicas.

La diferencia entre gerentes y líderes, en cierta forma un tanto arbitraria, merece hacerse para resaltar las habilidades más importantes en la dirección de grandes organizaciones. Muchas personas se tornan líderes y por eso alcanzan posiciones gerenciales de alto nivel, pero fallan porque sus habilidades de liderazgo resultan insuficientes. De la misma forma, gerentes que se desarrollan en posiciones de dirección en grandes organizaciones, fracasan por su falta de liderazgo.

Existen habilidades típicas, tanto de gerencia como de liderazgo, que no son mutuamente excluyentes. Gerentes y líderes se desarrollan a través de diversas maneras de pensar y actuar, pero las habilidades de unos pueden ser útiles y enseñadas a los otros.

Por ejemplo, dirigentes que no son líderes, se acostumbran a trabajar con procesos y funciones administrativas y, muchas veces, a través de comunicación indirecta. Los gerentes visualizan objetivos, metas, estructuras organizacionales y procuran llevar a las personas a comportarse de manera de alcanzar resultados predeterminados; buscan esos resultados centrándose en el propósito de actuar en el control y en procedimientos lo más previsible posible.

Los dirigentes que trabajan más con dimensiones racionales, necesitan de escenarios y de programación para visualizar nuevas oportunidades; procuran ser más analíticos, racionales y menos emotivos y, por lo tanto, son más tolerantes porque tienen menos convicciones fruto de pasiones; trabajan con alternativas de acción y procuran ser lo más pragmático posible, incentivando a las personas a actuar según una dirección predeterminada.

Los líderes, por otro lado, trabajan con las emociones e ideas de las personas, a través de contactos directos, se guían por visiones o alternativas de futuro, no tienen objeción en romper estructuras y procesos para colocar en práctica las nuevas ideas y enfrentan problemas de forma más activa y menos acomodada a las circunstancias existentes. Son más creativos y más propensos a alterar objetivos para facilitar el compromiso de todos con un ideal común. Los líderes, por enfatizar la imaginación y visión, indican más rápidamente nuevas posibilidades de desarrollo; procuran no esconder sus emociones y, por lo tanto, poseen estilos más dramáticos e imprevisibles.

La separación entre habilidades de gerencia y liderazgo, sirve para mostrar la importancia del aprendizaje de habilidades diversas para construir una nueva manera de dirigir grandes proyectos y organizaciones.

A continuación se muestra la separación existente entre habilidades gerenciales y de liderazgo, presentada en forma de contraposición con la finalidad de resaltar sus diferencias:

Principales diferencias entre habilidades gerenciales y de liderazgo

Gerentes	Líderes
(Que se desarrollaron en la práctica gerencial sin adquirir habilidades de liderazgo)	(Que se desarrollaron en el ejercicio del liderazgo pero sin práctica gerencial en grandes organizaciones)
<p>1. Se relacionan con las personas de acuerdo a los papeles que desempeñan en la organización.</p> <p>2. Prestan atención al significado que las tareas individuales tienen para los resultados, concentrándose en objetivos, estructuras y personas. Procuran ser prácticos, incentivando a los funcionarios a actuar según el curso predeterminado.</p> <p>3. Usan datos e investigaciones como base de previsión y acción, es por eso que necesitan de escenarios y de programación para visualizar nuevas oportunidades.</p> <p>4. Procuran ser más analíticos, racionales y menos emotivos y, por lo tanto, son más tolerantes por tener menos convicciones como fruto de pasiones.</p> <p>5. Creen que conflictos, emociones no controladas y acciones irracionales conducen a la ineficiencia y al desastre organizacional.</p> <p>6. Intentan cambiar a las personas a través de los procesos organizacionales; creen que modificando los procesos, se modifican las decisiones.</p> <p>7. Temen al caos y a la desorganización y creen que es imperativo imponer orden por medio de controles formales.</p> <p>8. Pueden caer en la trampa del control excesivo: valorizan los controles sobre sí mismos, sobre otros gerentes y los subordinados.</p> <p>9. Saben calcular y manipular</p>	<p>1. Se relacionan con las personas de forma intuitiva y empática.</p> <p>2. Prestan atención al significado de las tareas individuales, concentrándose más en ideas y personas y en crear realidades a partir de esas ideas.</p> <p>3. Usan imaginación y visión para definir futuras alternativas y, por lo tanto, indican más rápidamente nuevas posibilidades de desarrollo.</p> <p>4. Procuran no esconder sus emociones y, por lo tanto, poseen estilos más dramáticos e imprevisibles.</p> <p>5. Parecen más cómodas tratando con emociones y conflictos.</p> <p>6. Intentan cambiar a las personas a través de sus propias emociones y sentimientos.</p> <p>7. Aceptan imperfecciones con más tranquilidad y creen en el desarrollo a través de la armonización y equilibrios frágiles y temporales.</p> <p>8. Pueden caer en la trampa del propio entusiasmo: valorizan su capacidad de contagiar a otros con sus propias ideas.</p> <p>9. Son inconsistentes en la consecución de</p>

<p>comportamientos para obtener resultados (a veces, las personas no tienen conocimiento de esa manipulación).</p> <p>10. Hacen el juego político de manera defensiva, sin revelar claramente que se están defendiendo para garantizar lo máximo posible el trabajo de equipo.</p> <p>11. Pueden, a veces, percibir a los subordinados como rivales y opositores.</p> <p>12. Poseen más el sentido de pertenecer a una organización; perpetuar y fortalecer su organización es una razón de orgullo y suceso personal.</p> <p>13. Miden el éxito y la satisfacción personal por la capacidad de introducir cambios mediante un plan pre-elaborado, donde se controlan factores diversos, inclusive comportamientos individuales.</p>	<p>resultados; se muestran más vulnerables a factores que afectan su autoestima, alternando períodos de gran entusiasmo con períodos de depresión.</p> <p>10. Hacen el juego político de forma agresiva buscando conquistar espacios de poder, estableciendo claramente quién puede ganar o perder.</p> <p>11. Tienen a ver a sus subordinados más como fuente de apoyo y de lealtad.</p> <p>12. Poseen más el sentido de pertenecer a un grupo de personas; fortalecer el grupo es más importante que conservar estructuras y procesos organizacionales.</p> <p>13. Miden el éxito y la satisfacción personal por la capacidad de agregar y comprometer un gran número de personas con ideales comunes.</p>
--	--

“Lo mejor que podemos hacer es olvidarnos de las experiencias conocidas y prepararnos para las nuevas oportunidades y los nuevos problemas [...] como deshacernos de nuestro mal hábito de mirar el presente con los ojos del pasado” Shimon Peres

Capítulo 7

La educación para la función gerencial y el liderazgo en el sector salud

La gestión es el arte de pensar, de decidir y de actuar; de lograr el éxito, de obtener resultados que pueden ser definidos, previstos, analizados y evaluados, pero que tienen que ser alcanzados a través de las personas y en una interacción humana constante.

Por un lado, la gestión puede tratarse como algo científico, racional, donde los análisis y las relaciones de causa y efecto se enfatizan para prevenir y anticipar acciones de forma más consecuente y eficiente. Por otro lado, se tiene que aceptar la existencia, en la gestión, de una fase de imprevisibilidad y de interacción humana, que le confiere una dimensión ilógica, intuitiva, emocional, espontánea e irracional. Los dirigentes deben entender la gestión moderna en ambos sentidos

La formación en el lado racional y técnico de la gestión, permite a los individuos una gran capacidad analítica, entenderán mejor los problemas organizacionales y sabrán analizarlos, o sea, los descompondrán en diferentes partes y los reordenarán en busca de una nueva solución. Se trata de una habilidad importante y crucial en el mundo de hoy. Constituye normalmente, el objetivo y el énfasis de los estudios en escuelas de administración.

Los profesionales de la administración son formados para ser técnicos, analistas y proyectistas; para interferir en la realidad a través de pasos secuenciales, previamente estructurados de acuerdo a una lógica de naturaleza científica.

Las posibilidades de convertirse en buenos o malos dirigentes son prácticamente las mismas que en cualquier otra profesión. Sí pueden tener la ventaja de conocer la dimensión analítico-racional-científica de la administración, pero al mismo tiempo, al igual que cualquier otro profesional, tienen que adquirir la capacidad gerencial en el arte de pensar y juzgar, para decidir y actuar mejor.

El vicio en el pensamiento excesivamente técnico, restringido a un área o profesión (como ingeniería o medicina, por ejemplo), puede ser una desventaja para el ejercicio de la función gerencial. La visión extremadamente técnica es análoga a la visión a través de un túnel: se ve la luz o el ambiente al final, pero limitados a la dimensión del diámetro de ese túnel. En la profesión, se ve solamente un camino oscuro por la impenetrabilidad de los rayos de otros conocimientos.

Así, el aprendizaje sobre la gestión para formar dirigentes y líderes no se debe limitar al dominio de técnicas administrativas, que sirven apenas para mejorar las estructuras y procedimientos organizacionales. Mejorar lo que existe es importante, pero aprender cosas

nuevas es crucial para la sobrevivencia y la relevancia. Rutinizar técnicamente la institución únicamente contribuye a que los actuales dirigentes ejecuten las tareas de sus antecesores, y que sus sucesores hagan lo mismo.

Especialistas en técnicas administrativas son esenciales, pero no son difíciles de encontrar en el mercado de trabajo. La capacidad gerencial es muy escasa y hasta rara, pues exige habilidades más complejas: capacidad analítica, de juicio y de decisión, así como de liderazgo, para enfrentar riesgos e incertidumbres. Además, el mundo moderno exige de los dirigentes una gran capacidad de negociación entre intereses y demandas múltiples y de integración de factores organizacionales cada día más ambiguos y diversos.

Esa capacidad gerencial moderna sólo se consigue a través de una visión interdisciplinar más amplia. No se trata de un proceso educacional para formar un producto, es abrir un camino para nuevos valores y alternativas.

El arte de pensar y juzgar que caracteriza la gerencia, exige mayor amplitud y lateralidad de pensamiento. Por eso, se recomienda a los dirigentes que adquieran formación de vanguardia, para estimular su mente y curiosidad en la búsqueda de nuevos horizontes y perspectivas sobre la realidad en que están insertos.

La educación es un proceso mediante el cual el individuo adquiere nuevos valores, reconstruye su experiencia y aumenta el grado de comprensión sobre sí mismo y sobre la realidad en que vive. Así, el proceso educativo ocurre en todos los momentos de la vida de un individuo en contacto con el mundo que lo rodea.

La adquisición de nuevos conocimientos y valores ocurre de forma asistemática, en conversaciones, lecturas, experiencias de trabajo, actividades culturales, de placer, etc., y es altamente acentuada en el mundo moderno debido a la intensidad y a la variedad de los medios de comunicación. No obstante, el aprendizaje puede ser organizado con un fin específico a través de la sistematización de conocimientos.

Respecto al aprendizaje gerencial, este debe basarse no sólo en los conocimientos sistematizados por la teoría, sino también, incorporando formas de usufructuar los conocimientos producidos por la experiencia individual, tanto interna como externa a la organización en que se trabaja.

Los conocimientos sistematizados por la teoría administrativa pueden adquirirse en lecturas y en cursos de instituciones especializadas en la formación gerencial (como por ejemplo la Maestría en Gestión Actuarial de la Seguridad Social CIESS-UBA). Se deben aprovechar las perspectivas más modernas, con la confianza de que son las más útiles que el estado presente del arte y de la ciencia administrativa pueden ofrecer.

La experiencia adquirida en el trabajo es valiosa para el dirigente. La observación de prácticas gerenciales (buenas y malas) en la solución de problemas y en la conducción de destinos de la organización ayuda a formar actitudes y valores individuales sobre el trabajo gerencial. Por otro lado, en el ejercicio de las funciones gerenciales, la experiencia puede ser enriquecida si el trabajo incluye contactos externos constantes, trabajos en grupo, rotación en cargos gerenciales y, especialmente, cuando se trata de una persona que acepta evaluaciones de

superiores, colegas y subordinados. La experiencia individual de trabajo debe ser conocida por otros, inclusive para que puedan reevaluar la propia.

Se puede decir, que el objetivo último de todo el desarrollo gerencial es fortalecer la capacidad de acción de los dirigentes. Tener dominio cognitivo, analítico o conocer alternativas de comportamiento sólo hace sentido, en la gerencia, si ese dominio conduce a una acción más eficaz.

Acumular conocimientos e ideas sobre administración puede ser importante, sin embargo, por sí solo no conduce a la acción esperada o deseada. El conocimiento sobre alternativas de comportamiento informa al individuo respecto a nuevas posibilidades pero, no es suficiente para alterar comportamientos. De la misma forma que el conocimiento sobre los males del cigarrillo no lleva al médico a dejar de fumar, el conocimiento sobre liderazgo no llevará necesariamente al dirigente a liderar mejor.

La habilidad de actuar, en su dimensión individual, depende de características construidas en la vida y susceptibles de ser reconstruidas en programas de desarrollo gerencial. En este sentido, los programas de formación y entrenamiento gerencial deben constituir parte importante del desarrollo personal.

La acción gerencial es una expresión individual de autonomía, de reflexión y seguridad, de conocimiento de sí mismo y de su papel en la organización en que trabaja. Además, la acción refleja el compromiso, la auto-disciplina y la capacidad de adaptación personal para alcanzar una misión. La habilidad de la acción gerencial une, por lo tanto, toda la dimensión de seguridad suministrada por el conocimiento administrativo, con el comportamiento personal en la búsqueda de nuevos horizontes.

La gerencia en el área pública

En los últimos años, gran parte de lo que ha sido propuesto para la mejoría del servicio público, ha enfatizado la necesidad de nuevas funciones, compromisos y patrones de eficiencia de dirigentes y gestores públicos.

El aprendizaje gerencial es el proceso por el cual un individuo adquiere nuevos conocimientos, actitudes y valores con relación al trabajo administrativo; fortalece su capacidad de análisis de problemas, toma conciencia de alternativas de comportamiento; conoce mejor sus propios estilos gerenciales y obtiene habilidades para una acción más eficiente y eficaz en determinados contextos organizacionales.

En las críticas frecuentes que se hacen sobre la administración pública, inclusive de la salud, han surgido propuestas alternativas para que los gestores públicos adquieran comportamientos semejantes a los ejecutivos privados. Se asume que el éxito de grandes empresas privadas depende de la eficacia de sus dirigentes y, por analogía, se recomienda la formación y desarrollo de gestores públicos similares a lo que se hace para el sector privado.

Esas propuestas aparecen cada día con mayor intensidad y hasta integrando visiones más globales de reinstitucionalización o de reinención del gobierno. Así, surgió la idea de desarrollar la capacidad estratégica, emprendedora e innovadora del dirigente público. Se

resalta, continuamente, la libertad de acción, iniciativa y flexibilidad aliada a nuevas habilidades de gestión.

La visión estratégica del emprendedor, aplicada a la gestión pública, llevaría al dirigente público a un grado mayor de libertad: sería la libertad para buscar nuevos recursos, involucrarse con la comunidad o clientela específica, asociarse con otras instituciones, inclusive privadas, y liberarse de las normas, reglas y procedimientos administrativos, incluyendo los presupuestarios. La visión del emprendedor enfatiza el cambio, la innovación y la medida de su trabajo en función de nuevos resultados y de productividad.

En este caso, el asunto se trata de si puede un dirigente público comportarse más libremente sin herir principios democráticos y de controles públicos. La referencia, aquí, es apenas a los principios porque las leyes y reglas administrativas son mutables y variables de acuerdo con la región, país o institución pública.

Pese a la validez de estas propuestas, se nota las diferencias fundamentales que se interponen entre las posibilidades de acción de un dirigente público y de un ejecutivo empresarial, que resalta el conflicto entre expectativas en la acción de un dirigente público y de un ejecutivo privado.

El mercado tiene la posibilidad de brindar indicadores a las organizaciones privadas, que no solo determinan los criterios para el establecimiento de objetivos, sino también, producen los elementos básicos de integración y acción organizacionales. No obstante, en las organizaciones públicas, tanto los objetivos como el crecimiento de la organización están determinados por otros factores y los objetivos no son suficientes, por sí solos, para generar la acción integradora de la organización.

Los objetivos en el área pública son resultado de procesos deductivos de los valores y expectativas existentes en el ámbito político. La integración de los objetivos en el proceso organizacional se realiza en una fase posterior. Por eso, en las organizaciones públicas la integración organizacional, a través de objetivos no está garantizada. Tiene que conquistarse mediante procesos administrativos más complejos.

A continuación, se muestra de manera esquemática, el conflicto entre valores prevalecientes en el espíritu emprendedor privado y el papel democrático del gestor público:

Dimensiones del conflicto	Visión privada de los deberes del gestor	Visión pública de los deberes del gestor
Autonomía vs. responsabilidad pública	Actuar con autonomía en la búsqueda de nuevos recursos, oportunidades y patrones de productividad	Limitar su acción a criterios de subordinación política y de respeto a las normas burocráticas

Visión privada del interés organizacional vs. visión del interés público	Tener "visión" sobre futuras alternativas y llevar a sus funcionarios a incorporar esa visión para el alcance de resultados	Tener "visión" sobre el interés público y procurar incorporar valores de ciudadanía en las decisiones públicas
Secretos empresariales vs. transparencia pública	Mantener reserva sobre las acciones empresariales, principalmente en lo que afecta directamente la posición de la empresa en el mercado	Hacer públicas todas las informaciones y contribuir para el control público de las decisiones gubernamentales
Riesgo vs. prudencia	Asumir riesgos calculados para maximizar valores del emprendimiento	Actuar con prudencia y parsimonia para minimizar pérdidas y daños al patrimonio público

No reconocer las diferencias facilita los diagnósticos que culpan excesivamente al gestor público por todos los defectos de su servicio. Para comprender y mejorar las posibilidades de acción de un dirigente público es necesario tener en cuenta no sólo las dimensiones éticas y valorativas de la gestión pública, sino también, las condiciones del contexto organizacional.

La función ejecutiva se caracteriza normalmente por la capacidad individual de trabajar en la formulación de objetivos y en la ejecución de medios para alcanzarlos. Es una función percibida esencialmente como organizacional, donde los objetivos de la organización deben servir como punto de partida para definir las estructuras y métodos de acción que mejor respondan a las demandas y a los apoyos recibidos externamente. Así, en principio, la estructura de poder organizacional es dependiente de las funciones específicas que la organización pública o privada desempeña en el ambiente en el cual está inserta.

El ejercicio de la función gerencial en el área pública extrapola los límites tradicionales de poder, impuestos por los objetivos organizacionales.

Los dirigentes públicos, cuando asumen posiciones ejecutivas, traen consigo casi un mandato de lealtad a grupos externos, a los cuales tienen que responder. Su base de poder es normalmente mucho más amplia que la sugerida por los objetivos de cualquier organización pública en forma aislada.

Así, el dirigente precisa tener objetivos genéricos y específicos que provoquen la incorporación y apoyo (políticos entre otros) de los que se benefician de su acción organizacional. Es en esa definición de objetivos, que surgen las principales dificultades, incongruencias y paradojas,

dado que necesita, para su supervivencia, mucho más del apoyo político que obtiene por la amplitud y ambigüedad de los objetivos, que por el alcance de los mismos.

En el área pública, los objetivos son definidos de manera de provocar alianzas visibles, de conseguir apoyo necesario para la obtención de recursos y de generar promesas y crear esperanzas de que realmente serán logrados.

La amplitud de la política formulada para la obtención de apoyo externo puede producir internamente efectos gerenciales adversos, tales como:

- ✓ Convertirse, en un instrumento gerencial inútil de acción y decisión, no suministrando ninguna dirección para conseguir resultados.
- ✓ Ser interpretada de forma variada y contraria a lo pretendido, e inclusive ignorada. Las directrices administrativas, por más específicas que sean, siempre dejan margen a interpretaciones y desviaciones, y más aquellas que son formuladas sin especificaciones.
- ✓ Enfrentarse con valores e intereses enraizados en la organización, propios de grupos e individuos que a lo largo del tiempo aprendieron a adaptarse y a resistir a grupos anteriores que la dirigían.

En ese sentido, es importante resaltar que la dimensión política de la administración pública puede llegar a oponerse a la lógica gerencial de eficiencia que se procurará alcanzar a través de las propuestas de cambio planteadas en este trabajo y consideradas imprescindibles para la puesta en funcionamiento efectivo de los SILOS en Argentina.

La tentación de introducir métodos modernos de gerencia en el gobierno, de manera análoga a lo que se hace, por ejemplo, en una empresa privada que funcione adecuadamente, se puede acentuar en el momento en que se efectúan cambios políticos. Sin embargo, los esfuerzos en ese sentido, en la mayoría de los casos, son muy difíciles de concretar.

La lógica administrativa no es la lógica política. La eficiencia y la eficacia son producto de la definición de prioridades económicas para la concentración de recursos; la desigualdad planeada en el uso de recursos garantiza la eficiencia.

La lógica democrática en la política es que todos los intereses tienen que ser articulados y procesados equitativamente antes de pensar en prioridades.

La concentración de recursos, según criterios de prioridades económicas, es políticamente onerosa, pues deja a una parte de los solicitantes explícitamente desatendida. Además, en períodos de reformas políticas y económicas se refuerzan las ideas de “contingencias” de todas las acciones administrativas y de compensación de déficits sociales pasados, contribuyendo a la atención de mayor número de solicitantes en detrimento de escalas de prioridades que económicamente podrían generar más eficiencia en el uso de recursos.

Así, la distribución desigual de recursos tiende a atender intereses políticos legítimos de diversos solicitantes y puede comprometer la eficiencia económica. La administración pública

se efectúa, por lo tanto, mucho más dentro de un juego político que de un juego económico similar al de las empresas privadas.

En el sentido político, vale recordar que las transacciones de la organización pública con su clientela, son advertidas por las autoridades públicas (políticos y administradores) y por organizaciones públicas aún antes de conocer los productos y los servicios de esas organizaciones. Esas transacciones valorizan las dimensiones políticas de las relaciones externas, al contrario de lo que acontece comúnmente en la administración privada, donde las transacciones públicas se realizan a través del conocimiento de productos y servicios.

En el área privada, el administrador procura saber cuál es su público, aunque este no necesariamente conocerá al administrador. La evaluación de su acción por el público se limita a productos y servicios prestados según una elección individual inmediata.

Gran parte de los productos y servicios públicos no es plausible de evaluación por parte de los usuarios mediante opciones inmediatas de uso o no uso. Son servicios ofrecidos a todos de forma irrecusable y de aceptación obligatoria. Su evaluación solo puede ser realizada a través de mecanismos políticos e institucionales más complejos, susceptibles de ser accionados en momentos predeterminados (como elecciones), o de presiones políticas diversas de efecto temporal más duradero. Esos mecanismos posibilitan evaluar más a las autoridades gubernamentales responsables por su prestación que a los productos y servicios.

Como la organización pública presta servicios al público, pero no es directamente responsable frente a él, y no es, por lo mismo, sancionada, la única forma que tiene a su alcance el público para evaluar la organización es el cuestionamiento de sus políticas y acciones. La posibilidad de cuestionamiento deja vulnerables a las autoridades gubernamentales y administradores públicos y debilita la imagen y las condiciones operacionales de la entidad pública cuestionada.

En función de las características de la gerencia pública, se presentan a continuación algunas sugerencias sobre las habilidades gerenciales que el dirigente público debe adquirir en el ejercicio de sus funciones, que se definen más para facilitar el ejercicio de su función gerencial que para proponer otras nuevas, válidas para dirigentes públicos y privados, es decir, son habilidades de adaptación a la función gerencial y a la especificidad de las organizaciones públicas.

Son definidas para el dirigente público sobre la premisa de que la base del poder político y de garantía de permanencia en el cargo sobrepasa los límites de la autoridad del propio cargo. De la misma forma, la definición de objetivos y su alcance es altamente dependiente de factores políticos externos. Así, la autoridad del cargo puede ser constantemente amenazada, inclusive por los propios subordinados, lo que exige el uso de habilidades políticas, tanto para la formulación de directrices como para todo el proceso de cambio.

Para ilustrar y resaltar algunas variaciones, se sintetiza algunas diferencias para la acción gerencial entre dirigentes públicos y privados:

Dirigentes públicos	Dirigentes privados
1. Subordinados a instancias superiores con autoridad, responsabilidad y objetivos múltiples y contradictorios.	1. Poseen autoridad sobre los objetivos del órgano que dirigen, limitándolos de tal forma que sean alcanzados.
2. Luchan constantemente (los 365 días del año), por mayores recursos presupuestarios.	2. Tienen poder sobre el presupuesto indicativo y variable conforme el desempeño.
3. Enfrentan problemas de gran responsabilidad y visibilidad pública en cortos espacios de tiempo.	3. Los problemas que enfrentan son de poca visibilidad pública y los períodos de tiempo son mayores.
4. En general, no pueden despedir o sustituir personal.	4. Pueden contratar, dimitir y sustituir personal.
5. Trabajan con empleados que se juzgan independientes, en un contexto de poder, donde la lealtad favorece la transferencia de "poder" a empleados de relativamente baja jerarquía.	5. Trabajan con empleados que tienen clara conciencia de la subordinación jerárquica, cuyo contexto de poder favorece la jerarquía.
6. Carecen de poder sobre el sistema de recompensas y sanciones, que en la mayoría de los casos están reglamentados mediante normas legales, independientemente del desempeño y del supervisor.	6. Pueden distribuir recompensas, beneficios y sanciones, conforme el desempeño y el resultado del trabajo.
7. Estabilidad en el empleo, pero no en la función gerencial; este cargo es vulnerable o negociable por pertenecer a una compleja red de poder y, además, no controlan los instrumentos básicos de la gerencia, presupuesto, personal e informaciones.	7. Su estabilidad en el empleo está en permanente riesgo, dependiendo del compromiso y, especialmente, de su contribución para la organización; son dueños del cargo, y como tal, mantienen el control de los instrumentos básicos de la gerencia.
8. Tienden a ser poco/nada recompensados	

<p>por la lealtad organizacional, pero sí, seleccionados y reconocidos formalmente por poseer habilidades políticas de gestión.</p> <p>9. Traban (internamente) luchas políticas de poder, conociendo claramente sus aliados, opositores y enemigos.</p> <p>10. Desarrollan más las habilidades analíticas, de ahí que definen claramente los problemas, pero tienen poca autonomía para resolverlos.</p> <p>11. Dependen y participan de grupos de poder que controlan áreas separadas del sistema organizacional ("otros" controlan las áreas de que dependen).</p> <p>12. Deben procesar intereses de forma equitativa, antes de establecer prioridades para concentrar recursos.</p> <p>13. Tienden a ser conocidos y cuestionados por la clientela, público y prensa.</p> <p>14. Administran procedimientos internos con la expectativa de resultados. Poseen poca autonomía para cambiar procedimientos.</p> <p>15. Tareas abundantes y rutinarias, legalmente no delegables (favorece la centralización).</p>	<p>8. Tienden a ser recompensados por la lealtad organizacional, seleccionados formalmente por otros factores, menos por habilidades políticas de gestión.</p> <p>9. Traban (internamente) luchas políticas de poder desconociendo en gran parte aliados, opositores y enemigos.</p> <p>10. Desarrollan más las habilidades decisorias, definen los problemas y las formas de resolverlos.</p> <p>11. Participan de grupos de poder que normalmente controlan toda la organización.</p> <p>12. Pueden procesar intereses según las prioridades predefinidas en función de la rentabilidad para concentrar los recursos.</p> <p>13. Tienden a ser desconocidos y no cuestionados directamente por la clientela, público y prensa.</p> <p>14. Administran objetivos y resultados. Poseen gran autonomía para cambiar procedimientos.</p> <p>15. En principio, no poseen tareas excesivas y rutinarias (favorece la descentralización)</p>
--	---

Concepción amplia de la dimensión pública

Es necesario asociar el concepto de "público" a los intereses sociales, a la clientela y al ciudadano, para desarrollar una visión más activa y emprendedora del dirigente público.

El concepto de "público" es normalmente asociado a la prioridad gubernamental, se trata de un concepto restrictivo que enfatiza apenas el status legal de la organización y ve al gestor público como un ser pasivo y dependiente de los propietarios, o sea, de los políticos. Normalmente, en esta perspectiva el gestor público es considerado frágil, vulnerable a caprichos políticos y sujeto a la inestabilidad y discontinuidad típicas de la administración

pública. En esta visión negativista, es incapaz de actuar para el bien público, motivar a sus funcionarios y a preocuparse con la eficiencia de su organización.

Estas afirmaciones, por más verdaderas que sean, ayudan también a reforzar una posición pesimista sobre las posibilidades estratégicas del gestor público: tienden a ver su desempeño como conflictivo con la lógica de la eficacia y la equidad, benéfica a los intereses particulares del poder político. Lo ven, por tanto, como imposibilitado de desarrollar lealtad a su organización y actuar según patrones de eficacia organizacional.

Sin embargo, todas las organizaciones, independientemente de su propiedad pública o privada, pueden ser consideradas públicas no solo en función del grado de control político externo sobre sus recursos y actividades, sino también, por la naturaleza del papel que desempeña para el bien común. Una empresa privada puede desarrollar una perspectiva de interés público tan fuerte como una entidad comunitaria de base, a pesar de que sus acciones sean pautadas por criterios diversos.

Esa perspectiva es la que la ayuda a construir una nueva dimensión de decisión y acción para el dirigente, pues focaliza su atención en las necesidades y demandas externas. Así, la visión de la organización pública, además de la perspectiva de la propiedad, abre nuevos horizontes para visualizar un nuevo papel para el gestor público.

En las áreas sociales, como la de la salud, las acciones de las organizaciones del sector siempre poseen un interés colectivo que sobrepasa la dimensión del servicio meramente individual. Las empresas privadas pueden basar sus acciones en la demanda de la clientela y procurar satisfacer clientes individualmente. Así, en estas empresas la satisfacción del cliente puede servir, en gran parte, para medir la eficacia de la organización.

Además de ser una dimensión estratégica importante para el progreso de la empresa, en el área pública la mera satisfacción individual puede contradecir intereses públicos, siendo aún fruto de una demanda específica. La gerencia en el área pública debe basarse no sólo en la demanda, sino también en las necesidades y en la equidad.

Definición amplia de objetivos

Hay que articular previamente intereses para la definición de objetivos que garanticen alianzas claras y comprometimiento de recursos. Ese paso previo se hace necesario para garantizar apoyo político en el momento y, principalmente, en las decisiones posteriores. Objetivos amplios, cuando son operacionalizados a nivel de una organización o de una decisión específica, generan nuevos intereses y posiciones que tienen que ser enfrentados por las alianzas y apoyos anteriormente obtenidos.

En la empresa privada, tomar decisiones produce también alianzas, oposiciones y competencias. En el área pública, las alianzas y oposiciones se forman claramente antes de la toma de decisión, lo cual la condiciona lo mismo que a su implementación.

Acceso a diversas áreas superiores y laterales de poder

Deben establecerse canales de acceso a todas las instituciones gubernamentales que afectan o son afectadas por los objetivos e intereses políticos de su organización.

El acceso puede basarse en la posición ejercida por el dirigente en las relaciones formales o en la lealtad política. Se trata de un recurso gerencial importante que tiene que ser administrado diariamente, pues la capacidad de acceso al poder es variable con el tiempo.

Como las decisiones públicas son altamente dependientes de diversos órganos y sectores del gobierno, los canales de acceso deben mantenerse para permitir la reacomodación de intereses, provocados por los cambios y por nuevas demandas y apoyos. Esa dependencia se puede reflejar en objetivos divergentes, intereses distintos, disputa por los mismos recursos presupuestarios, prioridades variables y urgencias diferentes.

Reciprocidad para compartir el poder y los recursos

Como el dirigente depende y precisa del apoyo de otros órganos, el uso de recursos y del poder de otros tiene que ser recompensado a través de la reciprocidad, permitiendo el acceso a estos, informaciones, etc. La reciprocidad se refiere aquí al intercambio de recursos destinados a organizaciones específicas y que precisan ser usados en la integración y en la consecución de objetivos públicos de variados órganos gubernamentales.

No se trata de desviaciones con fines preferenciales, pero son alteraciones y desviaciones que ocurren en función de percepciones heterogéneas, y a veces conflictivas, sobre el interés público.

Sin embargo, se sabe que la reciprocidad muchas veces se ejerce para mantener la lealtad y el poder político, independientemente del alcance de resultados. Por eso, valoriza relaciones personales, funcionales y políticas. En la jerarquía vertical, los dirigentes normalmente intercambian lealtades y, en sentido horizontal, favores y ayudas entre sí para sentirse obligados mutuamente a la acción cooperativa.

La alta interdependencia entre las diversas entidades gubernamentales conduce a que el dirigente, por su acción o inacción, sea una amenaza para los otros; la reciprocidad es una forma política de hacer evidente la determinación de prestar ayuda.

Producción continua de nuevas informaciones sobre la organización

Para entender el cambio en su dimensión política es necesario comprender los elementos críticos que unen los distintos intereses públicos, privados, políticos, e incluso organizacionales, en la formulación de una estrategia de acción.

En los procesos de articulación y agregación de intereses se establecen relaciones críticas de poder y se visualizan las alternativas y opciones políticas que se pueden volver variables en la implementación. Por esa razón, en el área pública la mayoría de los dirigentes posee un

mínimo de poder sobre los objetivos de los órganos que dirigen, tienen que negociar la definición de los objetivos y las formas de actuación de la organización con las diversas coaliciones de poder involucrados, inclusive los términos de su propio trabajo.

Eso vuelve a las instituciones públicas frágiles, inestables, discontinuas, vulnerables y altamente dependientes de personas y dirigentes que son nombrados tanto por su capacidad, habilidad y lealtad política como por su capacidad gerencial.

Así, cuando se pretende comprender y proponer cambios organizacionales se debe trabajar en menor grado con organigramas, departamentos, instituciones, proyectos, ministerios y rutinas y, mayormente con valores, objetivos, actores, procesos, funciones, creencias, hábitos, coaliciones y lealtades.

Es preciso concentrar la atención en los procesos de producción y de búsqueda de informaciones. Los conocimientos nuevos y los datos adecuados y fidedignos son una amenaza para aquellos que retienen el poder en función de conocimientos restringidos. Los nuevos conocimientos crean perspectivas inéditas y nueva conciencia crítica sobre la realidad entre aquellos que participan directa o indirectamente en un proceso de cambio organizacional.

La constante búsqueda de información es, por ende, un proceso educacional que puede, a mediano plazo, constituirse en un poderoso medio para alterar los valores organizacionales sobre las demandas y también para obtener apoyo en la decisión pública.

Finalmente, es importante recordar que el proceso decisorio público es fragmentado e intermitente. Los funcionarios y dirigentes tienden a actuar, en su trabajo, más en función de reacciones y presiones diarias que de grandes políticas de largo plazo.

En verdad, el dirigente eficaz es alguien que hace lo que puede, desde su perspectiva y en lo que está a su alcance, para responder a las innumerables presiones de corto plazo que le llegan fraccionadas y discontinuas.

En una burocracia dividida políticamente, la actividad de control para mantener la coalición de los grupos en el poder prevalece sobre cualquier dimensión gerencial de supervisión y de ejecución de directrices. Pocos dirigentes se conformarían con estar distanciados del conflicto político, confiando apenas en la posibilidad de una directriz genérica y ejemplar del comportamiento administrativo.

La complejidad organizacional y política que caracteriza a la burocracia pública torna imposible definir límites claros de autoridad administrativa en ámbitos específicos del proceso decisorio.

El dirigente público, en realidad, actúa diariamente en constante interacción con otros sectores y dirigentes para tratar asuntos comunes, para refutar interferencias indebidas en sus sectores y reforzar su autoridad, buscar nuevos recursos para el grupo leal e, inclusive, negociar en cada momento el propio mantenimiento de su cargo o función.

El ejercicio de la dirección pública es un esfuerzo constante para mantener la autoridad del cargo y reforzar el propio empleo, garantizando la lealtad del grupo de coalición. Esas actividades acaban siendo más importantes que las relativas a las responsabilidades del propio cargo.

En el área pública, resolver conflictos administrativos de refuerzo de autoridad gerencial, delimitación de funciones y definición clara de tareas es en gran parte ilusorio. Los compromisos políticos que genera la creación de cargos, permanecen y jamás serán sobrepasados por una simple reorganización administrativa.

De esta forma, el cambio organizacional debe ser visto también como un proceso político de adaptación de objetivos y criterios administrativos a las nuevas condiciones que se imponen a la organización.

En este sentido, vale recordar a los dirigentes públicos algunas ideas gerenciales que pueden auxiliarles en el desempeño de sus tareas:

- ✓ Entender que una organización pública, además de pertenecer a un sistema mayor, constituyese por sí misma, un sistema político complejo, donde intereses de poder son tan importantes como su propia finalidad. Así, se comprende por qué existieron siempre presiones para: colocar decisiones distantes del local de acción, centralizar responsabilidades y manejo de recursos y, ampliar objetivos. Los dirigentes deberán tener conciencia sobre las bases de la sustentación política, así como de las interdependencias sectoriales que se forman para el alcance de los objetivos.
- ✓ Recordar que se administran políticas y no sólo recursos. Ampliar la perspectiva final en la gestión puede provocar nuevas formas de uso de los recursos dentro del límite de autonomía del dirigente.
- ✓ Conocer y utilizar las habilidades existentes en su organización o sector. Toda organización posee recursos humanos disponibles y no utilizados.
- ✓ No intimidarse con el poder, pero saber usarlo como recurso de gestión para introducir cambios y alcanzar resultados. El poder organizacional está distribuido desigualmente; existen recursos de poder e influencia a disposición de los dirigentes, no solo en la autoridad del cargo, sino, sobre todo, en la capacidad humana en el dominio tecnológico, en las formas democráticas de gestión, en la información actualizada, etc.
- ✓ Conocer y utilizar el valor que entidades y grupos externos asignan a los servicios y/o productos de su organización. En una organización tipo red, como se propone en los SILOS, se torna hasta más fácil identificar ligamentos externos que son pares o aliados naturales en el progreso de determinada institución. Estos son fuentes de apoyo importantes para los dirigentes.
- ✓ Procurar conocer qué factores organizacionales internos en su nivel, es decir, bajo su control gerencial (servicios, productos, personas, etc.), son capaces de atraer recursos.

- ✓ Saber que los jefes en los niveles intermedios no poseen todo el conocimiento sobre la base de sustentación política de los dirigentes; creen siempre que pueden ejecutar sus funciones mejor que ellos.
- ✓ Aprender a cambiar la coalición de poder por la eficacia gerencial dentro de sus límites de acción. El conocimiento amenaza descubrir la incompetencia y el poder de quien lo ostenta, en función de sus conocimientos restrictivos.
- ✓ Producir nuevas informaciones externas e internas sobre su organización.
- ✓ Adicionar nuevos talentos cuando sea posible.
- ✓ Desarrollar y "cambiar" a las personas de su organización a través del entrenamiento.

“Hay que obrar sobre lo que aún no existe” .Lao Tsé

Capítulo 8

1.a.3.- Desarrollo del sistema de comunicación e información

El desarrollo de los sistemas de información y comunicación institucional y social constituye un aspecto estructural, de carácter instrumental estratégico para el desempeño organizacional y gerencial de los SILOS con las intenciones propuestas, en términos de interacción entre los actores de diferentes dependencias, intereses y grados de influencia, con orientación descentralizada y participativa, interesando tanto a nivel global del sistema local de salud, como a nivel de los establecimientos y centros de salud.

Todas las aperturas programáticas requieren de información, desde su formulación a su evaluación, y cada una requerirá de tecnologías comunicacionales específicas, cuya idoneidad debiera ser materia de programación.

La contribución de los procesos de información y comunicacionales importa al quehacer técnico de los servicios, pero también a la democratización y transparencia de la gestión del sistema como un todo.

Se considera factible la implementación de dichos parámetros en la República Argentina, si bien en la actualidad no funciona un sistema de información y comunicación general, existen tanto las normas como la tecnología para poder implementarla que debería ser impulsada por la decisión política de los dirigentes que necesariamente deberán involucrarse para un mejoramiento de las prestaciones de salud que deben brindarse a los habitantes del país.

Fundamentación:

En Argentina, la Ley 26.529, de Derechos del paciente, Historia clínica y Consentimiento informado, sancionada y promulgada en 2009, establece el ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica.

Esta importante ley encuentra su génesis en la labor desarrollada por los Organismos Internacionales, sobre todo la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propicio, la conciencia que deben poseer los paciente en materia de sus derechos. En el año 1997 la Unión Europea a instancia de la OMS, aprobó el Convenio sobre “Derechos Humanos y Biomedicina”, que fue suscripto por veinte países miembros del Consejo de Europa.

El mismo contiene los derechos básicos que deben los Estados firmantes garantizar en materia de Salud a sus ciudadanos. Entre ellos se destaca: a) El respeto a la dignidad humana; b) El acceso equitativo a los servicios sanitarios; c) El derecho a recibir información veraz, suficiente

y clara sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico; d) El derecho de acceso a la historia clínica personal.

La ley 26.529 recoge estos derechos pudiendo enunciar los siguientes: a) Derecho a la asistencia por profesionales de la salud; b) Derecho al Trato digno y respetuoso; c) Derecho al resguardo de su intimidad; d) Derecho a la confidencialidad; e) Respeto a su autonomía de la voluntad; f) Derecho a la información sanitaria, vinculada a su salud.

Definiendo en su artículo 12° el concepto de historia clínica bajo los siguientes términos: “Se entiende por historia clínica el documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por los profesionales y por los auxiliares de la salud”.

Y reconociendo en el artículo 13° que:” el contenido de la misma puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad”.

La citada norma se enmarca de esta manera en el impulso que los procesos de globalización otorgan al uso de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones (Tic’s) lo que afecta ineludiblemente a los entornos institucionales y sociales a lo que no es ajena la organización del servicio de salud. En consonancia con estas nuevas tecnologías el Poder Ejecutivo Nacional promulgo la ley 25.506, decreto 2628/02 que regula la utilización de la firma digital, estableciendo en su artículo 2°: “Se entiende por firma digital al resultado de aplicar a un documento digital un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante, encontrándose ésta bajo su absoluto control. La firma digital debe ser susceptible de verificación por terceras partes, tal que dicha verificación simultáneamente permita identificar al firmante y detectar cualquier alteración del documento digital posterior a su firma. Los procedimientos de firma y verificación a ser utilizados para tales fines serán los determinados por la Autoridad de Aplicación en consonancia con estándares tecnológicos internacionales vigentes”. El artículo 3° equipara la firma manuscrita a la digital bajo los siguientes términos: “Cuando la ley requiera una firma manuscrita, esa exigencia también queda satisfecha por una firma digital. Este principio es aplicable a los casos en que la ley establece la obligación de firmar o prescribe consecuencias para su ausencia”.

Se produjo en consecuencia una profunda modificación al régimen jurídico previsto tanto en el Código Civil como en el Código Penal. Por cuanto cambia el concepto tradicional de firma manuscrita y la extiende a otros miembros de expresión de la voluntad, como es la identificación electrónica.

Asimismo consagra el documento digital y electrónico superando el documento escrito siempre que reúna las condiciones de autenticidad e integridad.

Los sistemas de información sanitaria reciben el gran aporte de las ciencias informáticas, en especial de la Historia Clínica Informatizada. La Historia Clínica Informatizada debe contener toda la información que satisfaga los intereses del paciente y del equipo sanitario que lo asiste.

Por su parte, la provincia de Buenos Aires sancionó la ley 14.494/2012, por medio de la cual se implementa un sistema de historia clínica electrónica única de cada persona, desde el nacimiento hasta el fallecimiento, en todos los establecimientos de salud de su jurisdicción, en la convicción que deben garantizarse estándares adecuados de seguridad a fin de preservar los datos contenidos en ella, y entendiendo que la Historia Clínica informatizada implica un adelanto cualitativo para el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires, brindando mayor eficiencia, economizando y mejorando la utilización de los recursos además de garantizar el derecho a la información por parte del paciente.

1.b. Ordenamiento y gestión organizacional

El ordenamiento organizacional hace referencia a la particular forma de dividir el trabajo, de asignar funciones y competencias y de distribuir autoridad o facultades decisorias dentro del sistema como un todo, así como de articular instancias y organizaciones, en forma tal que se facilite la capacidad de conducción y gobernabilidad. Traduce estructural y funcionalmente, la intención de redistribuir el poder y de articular recursos.

1.b.1. Descentralización

En los sistemas locales de salud se plantean las formas de organización descentralizadas como las más deseables, ya que esta modalidad facilita la gobernabilidad y la operación del sistema, posibilitando además la participación más directa de diferentes actores sociales. Hace referencia a la vez, a los esfuerzos de transformación en la gestión y operación del Estado mediante la redistribución del poder en provecho de las comunidades locales.

La descentralización hace referencia a la localización de facultades decisorias en determinada autoridad o en niveles dados de las organizaciones, con facultades para ejercer influencia e introducir premisas de cambio en la toma de decisiones.

Se diferencia de la delegación en cuanto ésta implica la concesión por parte de la instancia superior de determinada competencia a una inferior, quedando las decisiones de ésta sujeta a las pautas que surgen de la autoridad central.

Desde otras posturas, la descentralización del Estado se concibe como forma de superar su ineficiencia y crisis de gobernabilidad, productos de su excesivo centralismo y atribuciones y está asociada a la transferencia de funciones al sector privado, con los riesgos consiguientes de perder el carácter social de los servicios transferidos.

Lo que interesa en materia de descentralización, es determinar el tipo y alcance de las competencias que se han de asignar a las distintas instancias del sistema local, en cuanto al grado de autonomía decisoria y a su adecuación para, entre otras cuestiones:

- ✓ Posibilitar la identificación de los problemas de salud y decidir sobre los objetivos.
- ✓ Decidir acerca de los recursos sus interconexiones, en particular sobre los procesos administrativos claves (en personal, compras y suministros y manejo económico – financiero)
- ✓ Facilitar la participación de la población en la identificación, la resolución y el control de los problemas
- ✓ Concertar acciones con otras organizaciones u actores.
- ✓ Inducir y regular las acciones de los actores involucrados

En la práctica, el proceso de descentralización frecuentemente se traba en su integralidad y consecuencias últimas, por diferentes razones según la índole de la decisión, pero en particular para la administración de personal y de los recursos económico – financieros.

Situación que deberá, tal como se dijo, subsanarse con un adecuado compromiso por parte de los dirigentes que tienen la responsabilidad de gestión en el ámbito de la administración sanitaria en nuestro país, razón por la cual se considera factible la implementación de la articulación de acciones en éste campo, entre los distintos actores, lo que llevará a lograr, la Gestión de Salud basada en Sistemas locales de salud e integrada a través de redes.

Fundamentación:

La situación actual está siendo objeto de innumerables rápidos y fuertes cambios, no solamente a nivel económico, sino también, tecnológico, político y hasta filosófico. Frente a ellos, los diferentes sectores y actores de la sociedad encaran nuevos desafíos, que a su vez exigen de los mismos, mayor capacidad de adaptación y un trabajo permanente de innovación, que les permita acompañar el ritmo de la nueva realidad.

En el área económica, la globalización y la internacionalización de la economía generan mayor competitividad e interdependencia entre las naciones. Una mayor circulación de bienes tiende a mejorar los niveles de producción, genera nuevas expectativas y estimula la competencia para conseguir mayor uniformidad del nivel de vida entre los diferentes pueblos.

Estos acontecimientos hacen más conscientes a las personas acerca de los patrones de vida, las inducen a adquirir nuevas perspectivas sobre sus ventajas o desventajas comparativas y a fortalecer las demandas por una mejor calidad de vida.

En el contexto político, a pesar de la formación de bloques y entidades de gobierno supranacionales, se verifica un aumento acentuado en el número de países y comunidades locales que se agrupan conforme a su identificación étnica y cultural y que luchan por mayor autodeterminación, reforzando la idea de gobierno regional y local, directamente vinculado a la noción de cultura de una comunidad específica.

El mundo vive una gran tendencia de descentralización y de desconcentración de poder, que

favorece las políticas de restauración de poder a nivel local y comunitario.

En el campo político, se nota también un descrédito acentuado en los mecanismos tradicionales de representación política, que estimula a la población a formar nuevas organizaciones de base, que nacen para prestar servicios específicos y acaban por tornarse entidades de lucha y reivindicación de derechos bajo los moldes de un partido político. Son capaces de producir alternativas de política pública y conformar organismos tradicionales de representación con los órganos legislativos de los gobiernos.

En el campo filosófico se cuestionan los paradigmas y los modelos hasta ahora utilizados, no solamente para explicar e interferir en la vida humana, sino también la forma como se acumula y se sistematiza el saber. Por ejemplo, se procura mostrar que gran parte del éxito y de los problemas que hasta hoy se enfrentan, son el resultado de la aplicación de los paradigmas occidentales de progreso. Se copian una serie de paradigmas que, en parte, constituyen la lucha ideológica basada en los "ismos" que dominaron la vida política del siglo veinte.

La crisis de los paradigmas se asocia a una valoración sobre los rumbos de la humanidad. Hoy se sabe producir casi todo lo que se imagina necesario para una buena "calidad de vida", pero no se tiene seguridad sobre si vale la pena hacerlo.

"Calidad de vida" se entiende aquí, como los patrones occidentales vigentes en los países más desarrollados y la duda se expresa en términos de los daños sobre el medio ambiente y la posibilidad de extensión de los "valores de calidad de vida" a los pueblos marginados actualmente y a las generaciones futuras. Extender esos patrones de vida a un número mayor de personas causaría daños irreversibles al medio ambiente, además de restringir las posibilidades energéticas del planeta. Así es que se propone una nueva visión sobre éste concepto.

En el área social, además de los factores positivos, como mayor democratización de las relaciones sociales y el énfasis en cuanto a la educación y al conocimiento, existe preocupación por los efectos colaterales del desarrollo económico y la competitividad internacional: desempleo, marginación de grandes grupos poblacionales y desigualdades de programas entre naciones.

Adicionalmente, la mayor esperanza de vida en la mayoría de los países, unido a los factores ya mencionados, exige de los gobiernos, intervenciones masivas en el área social para garantizar niveles mínimos de sobrevivencia y de tranquilidad política y económica.

Por otra parte, en el mundo contemporáneo existe también una gran revolución gerencial. Los sistemas de producción, cada vez más están basados en el conocimiento, en la información y la automatización, adquiriendo nuevas formas que alteran sustancialmente las ideas más recientes sobre organización de la producción. Realidades virtuales, trabajo doméstico, informaciones transmitidas a alta velocidad, en gran cantidad y a bajo costo, son ejemplos de tendencias recientes en el área gerencial.

Aprovechando las nuevas tecnologías y los nuevos valores sobre trabajo, las organizaciones se subdividen, se tornan modulares, se descentralizan, y reducen sus niveles jerárquicos basándose en trabajo de equipo, y enfatizan cada vez más la calidad de sus productos y servicios y la preocupación por “sus clientes”. La organización de la producción es cada vez más participativa, los recursos de poder son repartidos. La vida de trabajo se modifica con nuevas expectativas sobre empleo, producción, jornada de trabajo, remuneración y carrera. Todas esas dimensiones están más vinculadas a las ideas de tarea, desempeño y de formación constante.

El sector de la salud no es ajeno a estos cambios. Las grandes tendencias afectan su organización y la forma como debe encarar la prestación de sus servicios. En particular, la situación sociopolítica y económica individual de cada país determina no solamente el papel que deberá cumplir el sector de la salud, sino que también define sus grandes retos y responsabilidades. Lo anterior hace que se creen unas demandas particulares del servicio, a nivel de país y también por áreas geográficas.

De forma general, el diagnóstico del sistema de salud para la región de Latinoamérica y el Caribe, muestra que hoy en día se convive a un mismo tiempo, tanto con patologías propias del subdesarrollo, como son las enfermedades infecciosas, parasitarias y la desnutrición, como con otro tipo de enfermedades más comunes a regiones desarrolladas. Del mismo modo, aparecen otras dificultades creadas por la violencia: drogadicción, alcoholismo, la misma naturaleza de la vida urbana y el SIDA. Este conjunto de problemas, es encarado, por un sector salud que todavía se presenta incipiente y aún no consigue brindar sus servicios con el nivel de equidad, eficiencia y eficacia deseadas.

Preocupados con esta situación, organismos internacionales y autoridades mundiales diseñaron y están empeñados en llevar a cabo un programa de atención, con el cual se espera asegurar un nivel aceptable de salud en el continente americano. Esto comprende mucho más que el suministro adecuado de servicios básicos de salud. Se pretende también, trabajar sobre aquellos factores sociales y de desarrollo, que pueden afectar la calidad de vida de las diferentes regiones.

A la luz de este primer principio y aprovechando la tendencia descentralizadora del mundo contemporáneo, se propone una reorganización y reorientación del sector en los países de América, a través de una nueva estrategia para administrarlo y operacionalizarlo, que son los “sistemas locales de salud”, que en última instancia, serán las unidades responsables y articuladoras de la intención de ofrecer salud para todos.

A partir de la década de los ochenta, los países de América Latina y el Caribe enfrentaron un período de transición, marcado principalmente por un proceso de redemocratización y por la introducción de nuevos modelos de desarrollo.

La democracia produjo nuevas referencias para la sociedad, reconstruyendo un ordenamiento jurídico, modificando conceptos y prácticas habituales de ciudadanía y estimulando las expectativas sobre mayor equidad en la distribución de servicios públicos. En consecuencia, los ciudadanos pasaron a tener mayor conciencia sobre sus derechos y posibilidades de influenciar la gestión pública. Los modelos de desarrollo, tanto en sus dimensiones sociales como económicas, trajeron nuevas ideas, inclusive algunas antes consideradas inapropiadas para la

región, o para el sector de la salud.

Por ejemplo, en los años '80, se propagan ideas de reducción del tamaño del Estado, basadas en la creencia de que el menor gobierno es el mejor gobierno. Políticas de privatización de empresas estatales, "tercerización" (contratación con terceros) y transferencia a la iniciativa privada de algunas funciones gubernamentales, pasan a constituirse en propuestas fundamentales para el desarrollo. Las ideas sobre reducción del gobierno se justificaban por la racionalidad económica de transferir funciones del Estado, usualmente desempeñadas ineficazmente, hacia el sector, teóricamente, más eficiente de la economía: el privado.

Porque se presume ese principio de eficiencia, la mayor parte de las funciones del Estado se juzgaron transferibles, asumiéndose que la diferencia entre actividad pública y privada se reduce a un problema de gestión. Esos argumentos tendían a omitir problemas de equidad y de responsabilidad política que los gobernados conceden a los gobernantes. Así, en la era de la privatización los gastos de salud entraron en el debate público de forma acentuada, emergiendo dificultades y problemas para el sector.

Cuanto más se enfatizaron las necesidades de administración directa del Estado, más se recordaron problemas como la corrupción, los desperdicios y las ineficiencias generalizadas. Los argumentos se reforzaban con ejemplos de baja transparencia de la gestión pública, que se basan en la construcción del poder entre los grupos privilegiados.

Podemos concluir que las propuestas de mayor privatización, conllevan un mayor cuestionamiento acerca de la equidad para el acceso a los servicios. El argumento se refuerza por los privilegios que una política crea para las clases de renta regular y de nivel más elevado, en detrimento de la gran masa poblacional de baja renta.

Frente a este debate, las políticas de salud entraron en contradicción con la actual tendencia: aún las corrientes que deseaban mayor privatización, acabaron por aceptar la permanencia del Estado en el sector de la salud, más que en el de la educación, tornándose el área en la que la intervención pública es más aceptada y estimulada, porque la salud es y debe ser una cuestión de Estado, podemos someter a discusión luego, en función de ideologías, quien debe gestionarla o administrarla.

En el área social, las reformas democráticas procuraron atender grupos marginados, o sea, la parcela de población más numerosa, que se encuentra excluida de los beneficios económicos y sociales. Datos sobre salud, educación, seguridad pública y distribución de renta muestran una Región (América Latina) en que la violencia contra los seres humanos es algo acentuada.

Los grupos excluidos presionan cada vez más por sus derechos. Reformas sociales masivas son necesarias para el rescate de la deuda social, hasta que se reconstruyan nuevas estructuras con base redistributiva. Tanto la forma de distribución del dinero, como los nuevos acuerdos institucionales, desequilibran las estructuras establecidas, hiriendo derechos y privilegios. Esos desequilibrios provocan reacciones, algunas autoritarias, otras paternalistas, por parte de los grupos más poderosos y, a veces, de las clases medias que manejan importantes recursos políticos.

Las organizaciones de salud en la actualidad, se tornan más pluralistas con los nuevos recursos de poder redistribuidos por sus estructuras. Como las expectativas son mayores y los grandes

problemas de salud continúan sin resolverse, se torna necesario adoptar reformas estructurales en el sistema de gestión para agregar los nuevos intereses bajo un objetivo común.

Ese nuevo modelo debe considerar, por lo tanto, las nuevas dimensiones democráticas del sistema político, económico y social de la región, principalmente:

- ✓ El ingreso de grupos antes marginalizados en el proceso decisorio sobre la salud, valoriza las formas participativas de gestión y las organizaciones autónomas;
- ✓ La proximidad con la clientela y la redistribución de costos y beneficios del servicio, enfatiza las formas descentralizadas y desconcentradas de gestión;
- ✓ La expansión y mejora de calidad de los servicios para alcanzar la universalidad y eficacia en las políticas de salud, introduce formas más avanzadas de gerencia.

En vista de lo expuesto, se vuelve necesario establecer consensos políticos, aunque sean frágiles y temporales, para garantizar un mínimo de eficiencia en la prestación de servicios.

“Nuestros destinos individuales dependen en gran medida de la suerte de la colectividad en que vivimos”. A. Stern

Capítulo 9

Nuevos fundamentos organizacionales de los SILOS

La idea de organizar la base de la sociedad, a través de nuevas formas de agregación institucional ha crecido en importancia durante los últimos años. La consolidación democrática de la región, desarrolló una nueva conciencia sobre el poder comunitario que favorece las perspectivas de desconcentración del poder y de la participación.

Las agudas desigualdades sociales, mantenidas por un sistema concentrador de renta y de poder, pasan a ser tema de debate político y de propuestas reales de solución vía descentralización y participación. Surgen así, ideas para mudar el *status quo*, creando un nuevo espacio local de poder para prestar servicios y hacer justicia social.

Bajo esa corriente de pensamiento, se emprendió la propuesta de los SILOS, que proclama la democracia, el reordenamiento jurídico y el desarrollo económico, a través de la prestación equitativa de servicios de salud.

Un SILOS surge como resultado del esfuerzo para ofrecer un servicio de mayor calidad y cobertura. Su filosofía es visualizada bajo diferentes puntos de vista y en consecuencia de los mismos, aparecen variadas definiciones.

Como un SILOS es más una solución constituida para implantarse en una realidad, y menos el resultado de una práctica, a continuación se presentan sus definiciones y dimensiones principales para dejar clara la intención de quienes lo concibieron.

La cobertura prevista para la prestación del servicio incluye atención, tanto a nivel individual, como también su extensión a la familia y a los diferentes grupos comunitarios, en función del ambiente que los rodea. Se prevé, asimismo, la integración con otros sistemas locales de salud, hasta constituir una extensa red de servicios, que al final esté en capacidad de atender la población total del país.

De tal forma que “Los SILOS son una respuesta del sector de la salud a la democratización y a la descentralización de las funciones del Estado. Esta forma de organizar el sector, permite globalizar la totalidad de recursos, públicos y/o privados, que pertenecen a un área geográfica particular, con otros servicios interrelacionados, con el propósito de constituir unidades locales de atención, independientes del sistema nacional, habilitadas para atender individuos, familias, grupos sociales, comunidades y ambientes, conforme a las necesidades del área geográfica predeterminada y de su población adscrita”.

En su forma más simple, un sistema local de salud, puede ser definido como la reunión de un

conjunto de servicios, recursos, organizaciones e individuos, que pertenecen a una comunidad determinada y que se articulan entre sí, con la finalidad de atender apropiadamente las necesidades de salud de una población adscrita a una zona geográfica y social de influencia.

En verdad, constituyen una propuesta de división del trabajo, basada en criterios geográficos demográficos y políticos. En la práctica, los Municipios han sido seleccionados como el campo de acción privilegiado para la instalación de SILOS. Ello es compatible, primero, con el propósito de hacer coincidir el espacio político-administrativo, con el ámbito de operación del sistema local de salud, y después, para aprovechar mejor las condiciones de redistribución del poder.

Así, los SILOS poseen una base organizacional constituida por tres elementos fundamentales:

- ✓ Descentralización;
- ✓ Participación;
- ✓ Lógica sistémica con redes de organizaciones;

Esos fundamentos se resumen en el Cuadro siguiente y serán analizados más adelante, con el fin de mostrar sus implicaciones en la gestión contemporánea:

Descentralización	Unidad política con poder, responsabilidad y recursos para actuar en una comunidad geográfica y demográficamente definida.
Participación	Compromiso del público, de las clientelas y de las organizaciones para participar en el proceso decisorio sobre la salud de la comunidad.
Lógica sistémica con redes de organizaciones	Constitución de redes de organizaciones, tanto gubernamentales, como independientes para actuar cooperativamente, en respuesta a demandas y necesidades comunitarias.

El Documento CD 33/14 de la Organización Panamericana de la Salud, define las siguientes características de los SILOS:⁵

- ✓ Constituyen una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud con criterio geográfico-poblacional en áreas urbanas o rurales;
- ✓ Se diseñan a partir de las necesidades de la población definidas en términos de riesgos;

⁵ Organización Panamericana de la Salud ORG Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata 1ª edición. Buenos Aires: OPS, 2003.

- ✓ Han de dar servicios a los individuos, familias y grupos sociales, y prestar atención a las comunidades y el ambiente, coordinando los recursos disponibles –sean o no del sector salud– y facilitando la participación social;
- ✓ Permiten integrar los recursos sanitarios, incluyendo hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes a las necesidades de la población;
- ✓ Son parte fundamental del Sistema Nacional de Salud al cual vigorizan y confieren una nueva orientación;
- ✓ Exigen para su desarrollo la participación de la comunidad mediante el establecimiento de una relación de responsabilidad recíproca;
- ✓ Su tamaño es variable de acuerdo con las realidades de cada país, siendo conveniente un nivel resolutorio de al menos un segundo nivel de complejidad, combinado con un uso eficaz de los recursos;
- ✓ Articulan el desarrollo de programas que sirven a las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente;
- ✓ además de la capacidad tecnológica que le otorgue un adecuado poder de resolución a los problemas de salud de su área, deberán poseer una adecuada capacidad técnico-administrativa en las áreas de planificación, administración, información, epidemiología y un conjunto mínimo de recursos humanos adecuadamente adiestrados.

La actuación a nivel local no significa una autonomía de ese espacio: al contrario, se debe entender por niveles locales la existencia de situaciones que representan fracciones de una variable, es decir parte de una totalidad. El espacio local es la combinación de una estructura epidemiológica, de una estructura socioeconómica, de una estructura de poder y de una organización técnica específica que constituyen la base de las relaciones entre las estructuras referidas y los recursos, en la cual la realidad social es el resultado de la interacción de todas estas estructuras.

Es un poco en este sentido, que una corriente de planificación estratégica postula el concepto de espacio-población. Es necesario recalcar en forma relativa, el contenido político del espacio local, por una parte, porque es ahí donde se manifiestan las estructuras de poder local, expresadas en redes de solidaridad existentes y de las alianzas y conflictos que se dan entre los diversos actores, individuales, grupales e institucionales, que juegan un papel en dicha estructura.

De la interrelación entre los diversos actores sociales en situación, en un espacio determinado, es que se puede lograr una negociación sobre un proyecto que conduzca a mejorar la atención de salud, sobre las formas de desarrollarlo y sobre los compromisos y responsabilidades que es necesario asumir para lograr los objetivos establecidos.

Consecuentemente, los espacios locales son espacios políticos donde es posible concertar; o sea, son escenarios de encuentros para el diálogo entre los representantes de las distintas instituciones de un sistema local de salud, que sirve de matriz para la deliberación del

conocimiento colectivo y la construcción de un proyecto concertado, integrando los poderes técnico, administrativo y político. Es obvio, que esto exige la participación social asegurándole al ámbito local las características de un espacio participativo.

En los sistemas locales de salud se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas que buscan atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente para la producción de los servicios necesarios. Dichos vínculos pueden activarse con mayor facilidad cuando el proceso de gestión técnico-administrativa se produce en el plano concreto del sistema de salud, cuando se aproximan, al máximo posible, los problemas locales de salud, por una parte, y el diseño de programas y la adaptación de la organización de servicios por la otra.

Ya se ha dicho que los sistemas locales de salud deben poseer una capacidad tecnológica y administrativa tal que permita una adecuada prestación de servicios para un tamaño definido de población en un área geográfico-política.

Dicha capacidad administrativa debe estar definida por la satisfacción de algunos requisitos mínimos:

- a) La existencia de un sistema de planificación, administración e información que permita recolectar datos sobre situación de salud y prestación de servicios, que incorpore el análisis epidemiológico y administrativo de esa información y que utilice el análisis para el proceso de gestión;
- b) Un conjunto mínimo de recursos humanos, adecuadamente adiestrados, que cubra la administración general de los servicios locales, sea responsable de la prestación de atención médica y servicios de salud pública, se ocupe del sistema de información y atienda los servicios de apoyo
- c) Una dotación básica de recursos físicos e insumos críticos que permita ejecutar las actividades arriba mencionadas;
- d) Una capacidad para asignar recursos financieros para el desarrollo de actividades a nivel local, y;
- e) Una capacidad de articularse con la población para la promoción de la salud en el área.

En otras palabras, los SILOS deben poseer una **“capacidad básica de respuesta”** o **“poder resolutivo”** que esté fundamentado en la aplicación del enfoque epidemiológico, e incluya el conjunto de programas y actividades que se utilizan para la solución de problemas de salud prioritarios de la comunidad con la instrumentación del concepto de cobertura funcional, con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los grupos humanos vulnerables y de reorganizar los servicios orientados hacia los principales problemas de salud en el ámbito local, favoreciendo la coordinación de las diferentes instituciones.

Democracia en la gestión pública: formas participativas

La participación de la comunidad en todo el proceso de reforma organizacional ha sido señalada como un sustrato fundamental para las actividades de planificación, programación, evaluación y ejecución. Pero el significado, el contenido y los alcances de dicha participación dependen del contexto y del escenario de cada nivel local, regional y jurisdiccional.

La armonía en la vida comunitaria y de las decisiones colectivas, con base en el interés público, ha sido dificultada por problemas para delimitar intereses individuales y por la propia ambigüedad de conceptos, tales como interés público, bien común o virtud cívica. A pesar de las dificultades en definir el interés público, se acepta que existe algo concreto y plenamente verificable que trasciende el límite del mero interés individual.

Se percibe hoy que los procesos de socialización, inclusive la educación, no son suficientes para inculcar en el individuo valores sobre interés público, al punto de contribuir eficazmente para la armonía social y política. En verdad, la formación de la ciudadanía, la conciencia de los derechos y deberes cívicos, no han sido asimilados fácilmente por los procesos educacionales.

En este sentido, gran parte de las limitaciones que se desea imponer al individualismo posesivo y al egoísmo, por ejemplo, no se viabilizan por la auto limitación en función del interés público, pero se imponen por normas y reglas, siempre difíciles de ser definidas por medio del consenso total.

En el mundo contemporáneo, la definición de interés público ha sido vista también como algo dinámico, resultado de consensos diversos que se obtienen a través de prácticas participativas. Se busca en la participación, inclusive con su introducción en la gestión de órganos públicos, un instrumento capaz de procesar los diversos intereses individuales, haciendo emerger intereses colectivos. La propia práctica de la participación ha sido vista como una forma de imponer límites a egoísmos e individualismos posesivos.

La implantación de la democracia en la gestión pública, enfrenta controversias y crisis en cuanto a su naturaleza y la de las distintas formas de gobierno. Esas crisis se acentúan en épocas de problemas económicos graves.

En lo que se refiere a problemas de relaciones democráticas del gobierno, cabe resaltar tres problemas que permanecen y merecen una atención especial:

- ✓ La incapacidad de la influencia,
- ✓ La representatividad
- ✓ La crisis en la eficiencia del Estado.

Crisis de la capacidad de influencia

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud⁶

A pesar del progreso y de la evolución social y política, en el mundo contemporáneo, algunos problemas permanecen como desafíos para el alcance de una mayor democracia en la gestión pública. Por más democrático que sea un individuo, él por sí solo posee una influencia muy pequeña sobre los destinos de la administración pública. Las restricciones a esa influencia son provenientes de tres factores principales: límite del control político, complejidad y tamaño de la organización pública, y disponibilidad de tiempo para el ejercicio de la influencia.

Con relación a los límites del control político, vale resaltar las dificultades inherentes a la práctica de la democracia electoral y la representatividad. Aceptando que las elecciones libres y el derecho a voto universal, son condiciones necesarias para la democracia, estas no parecen suficientes. El voto es un recurso político importante y fundamental, sin embargo no es único.

Problemas de relaciones democráticas de los gobiernos

Problema	Naturaleza	Propuesta de solución participativa
Incapacidad de influencia	Por más democrático que sea un país, un individuo por sí sólo posee una capacidad de influencia muy pequeña sobre los destinos de la administración pública	Crear y estimular el desarrollo, Fortalecer organizaciones independientes y de pequeño tamaño, donde la práctica democrática de participación pueda ser más efectiva
Representatividad	Percepción de que las estructuras de representación política no reflejan el interés público	Reducir el poder de las instituciones mediadoras (por ejemplo: partidos políticos) en las cuales los ciudadanos están apenas formalmente representados y favorecer la descentralización con participación
Eficacia del Estado	Conciencia creciente de que el Estado no puede desempeñar todas las	Descargar en la sociedad acciones y responsabilidades antes concentradas en el

6

Declaración de Alma Ata –URSS-6 al 12 de septiembre de 1978. Punto IV

	funciones que le son otorgadas, aún en la perspectiva del Estado de bienestar social	Estado, utilizando organizaciones independientes descentralizadas y con participación comunitaria
--	--	---

Otros recursos económicos y sociales, como educación, riqueza y acceso a los medios de comunicación, pueden ser transformados en importantes recursos de política. Como estos recursos están distribuidos inequitativamente, producen desigualdades políticas. En este sentido, la capacidad de un individuo por sí solo, de ejercer influencia y control sobre la gestión pública, puede ser minimizada en función del uso de los diversos recursos políticos desigualmente disponibles en la sociedad.

La complejidad y el tamaño de la organización pública, unidas al gran número de personas que tienen el derecho de contralarla, reducen también la posibilidad de influencia. De un lado, la complejidad, definida por dimensiones como tamaño dispersión o especialización, torna inaccesibles al ciudadano común el conocimiento y la información relevantes al control. Por otro lado, la gran cantidad de otros ciudadanos que pueden ejercer el mismo poder de influencia, hace que la capacidad de influencia de un individuo aisladamente sea mínima.

Con relación al tiempo que se requeriría para cumplir con esta responsabilidad, vale resaltar que el ejercicio de influencia exigiría, normalmente, un gran costo de dedicación y esfuerzo de comunicación. Pocos ciudadanos estarían dispuestos o tendrían las condiciones para ello, pues la acción política es apenas uno de los papeles que los individuos desempeñan en la sociedad.

Crisis de representatividad

Conforme a la época o momento histórico, se acentúa la crisis de representatividad, o sea, la percepción de que las estructuras de representación, acción y agregación política, como los órganos legislativos, la burocracia pública de alto nivel, y aun los partidos políticos, no reflejan el interés público.

En la medida en que se conquistan ideales democráticos y se refuerza el poder legislativo, se tiende a esperar una mayor "neutralidad" en los órganos públicos encargados de la ejecución de las políticas.

Se tornan comunes propuestas sobre mayor profesionalización de los servidores públicos, con carreras bien definidas, donde funcionarios seleccionados y entrenados con criterios técnicos y objetivos, protegidos de interferencias externas, ejerzan el liderazgo político. Se imagina así un servicio público eficiente, estable, neutro y capaz de mantener la política en los límites estrechos del mandato político, cualquiera que sea la naturaleza ideológica partidaria de ese mandato.

Tales propuestas reproducen la perspectiva clásica de la administración pública, cuando se creía y se pregonaba una dicotomía entre política y administración. Esa perspectiva aún prevalece, en gran parte en las propuestas propias de la clase gobernante, aunque no sea por otra razón diferente a creer y soñar en la maravillosa conveniencia de que existe una máquina

administrativa eficiente y lista a responder a cualquier designio del liderazgo político.

Sin embargo, el ideal de la burocracia neutral es enteramente ajustable a políticas partidarias diversas y ha sido desafiado por prácticamente todos los estudios sobre el tema, que fueron realizados a partir de la década del cincuenta. Estos concluyen que no existe la neutralidad burocrática; la burocracia pública como sistema organizacional, a su vez, desarrolla intereses propios, que la tornan inadaptable a cualquier ideal político.

La idea de neutralidad es refutada por las siguientes proposiciones al respecto de la burocracia:

- ✓ La burocracia posee intereses propios de poder y de autopreservación, que chocan con los intereses políticos externos;
- ✓ Desarrolla bases políticas propias, de manera análoga a partidos y a políticos electos;
- ✓ La formalidad no impide que valores e intereses individuales sean incorporados al comportamiento administrativo;
- ✓ Política y administración se distinguen por trazos muy débiles y, en el proceso decisorio gubernamental, se confunden como si fueran en esencia de la misma naturaleza;
- ✓ La formulación e implementación de políticas públicas son parte integrante del proceso decisorio y no se separan por fases o etapas secuenciales, en que la implementación es un proceso técnico neutro derivado de la formulación política.

Crisis de la eficacia del Estado

Por todo el mundo se extiende la idea de que el Estado no puede desempeñar todas las funciones que le fueron atribuidas. Esta creencia ha invadido, recientemente, a los partidarios de una función exclusiva del Estado en el área social. En muchos países, tal creencia ha sido reforzada, en función de su historia reciente, por temor a la reconstrucción de los autoritarismos estatales y de los acuerdos políticos, que reducen la influencia del ciudadano. Sin embargo, en lo que se refiere a la redefinición de las funciones del Estado, esta ha sido acompañada de un gran debate sobre participación.

Asistimos en estos últimos años a una toma de conciencia por parte de las organizaciones de salud en torno a la necesidad de incorporar a la comunidad en sus programas y en los consejos de dirección de las instituciones de salud, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con un máximo esfuerzo en el propio desarrollo sanitario como también que la comunidad participe en la planificación, la organización y la evaluación de los servicios de salud. De hecho la Organización Mundial de la Salud invita a los estados a que tengan en cuenta la necesidad de participación comunitaria, básicamente en el nivel hospitalario o de centros de salud, si bien no profundiza en las formas de organizarla ni en el grado y extensión de la misma.

Son innumerables las experiencias en todo el mundo en relación con la participación de la comunidad en el campo de la salud, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Muchas de ellas nunca han salido de sus ámbitos locales para ser difundidas y evaluadas científicamente. Los éxitos y fracasos, las facilidades o dificultades observadas, los cambios culturales logrados y la ausencia de modificaciones pese a los esfuerzos invertidos, han quedado –en muchos casos– como experiencias vivenciales y como recuerdos vehiculizados por la transmisión oral.

La proliferación de organizaciones no gubernamentales (ONG's) y de grupos comunitarios diversos, ha contribuido al surgimiento de propuestas para descargar en la sociedad una serie de tareas antes vistas como exclusivas del Estado.

Para la ejecución de esas tareas, la participación comunitaria ha sido uno de los instrumentos más resaltados. Esta participación es defendida, no solo para garantizar la influencia de la comunidad en la gestión de órganos públicos (aumentar la eficacia) sino también para garantizar la representatividad de la influencia (en el caso, por ejemplo de algunas ONG's).

Las propuestas contemporáneas para la participación comunitaria han sido, normalmente fundamentadas en:

- ✓ La crisis actual de gobernabilidad, o sea, la creencia cada vez más acentuada, de la incapacidad de los gobiernos para responder a las demandas y para procesar los apoyos comunitarios;
- ✓ El descrédito de los mecanismos políticos tradicionales por las dificultades de acceso al poder, para presentar alternativas de política pública, a través de instituciones especializadas, como los partidos políticos;
- ✓ La perspectiva generalizada entre la población de que los gobiernos actúan prioritariamente para beneficiar grupos preferenciales y para ayudar a mantener la coalición de poder;
- ✓ El reconocimiento de que existen barreras burocráticas intransferibles en la administración pública, tanto para la obtención de servicios rutinarios de naturaleza administrativa, como para el recibimiento de atención médica o educación.

Propuesta de participación en la gestión pública

La incapacidad de ejercer influencia, unida a la percepción de baja representatividad, refuerza en el individuo el sentimiento de dominación por parte de los gobernantes. Este sentimiento se refleja en la percepción de falta de autonomía y control, principalmente en los asuntos de importancia inmediata para la vida.

Como reacción a esa dominación, los individuos procuran crear organizaciones independientes que escapen lo máximo posible el control gubernamental. Las entidades independientes descentralizadas y más autónomas contribuyen con la disminución de poder de los órganos

centralizados y del poder excesivo de los dirigentes públicos, y proporcionan una oportunidad razonable para que los intereses locales sean articulados, agregados y procesados por el sistema político.

Los controles políticos y administrativos son extremadamente caros y los recursos escasos. Por lo tanto, existen límites para la capacidad de control. La pluralidad de organizaciones autónomas dificulta y encarece ese control. Así, estas organizaciones compiten para crear dentro del sistema político subsistemas con un grado elevado de autonomía, donde el ejercicio de la influencia, a través de prácticas participativas, puede ser más efectivo.

Por otro lado, vale mencionar también, que en gestión pública la centralización y la uniformidad son necesarias para garantizar valores, tales como el derecho a la ciudadanía, entre otros derechos humanos. Por eso es que se busca la participación tanto en el sistema político mayor, como en los diversos subsistemas que lo componen.

Mientras tanto, en la mayoría de los casos, la participación ha sido propuesta en las diversas organizaciones públicas existentes como una forma de reducir presiones autoritarias y servir de solución alternativa a la creación de organizaciones autónomas. Es el caso de la participación comunitaria, por ejemplo: clientes y públicos específicos influyen directamente en la gestión de la administración pública. Sin embargo, las propuestas participativas incluyen también la intervención de los funcionarios en la representación de los intereses del trabajo.

En la práctica, las formas participativas de gestión pública, procuran incluir tres grupos básicos que representen intereses diversos, que son:

- ✓ **Público:** Intereses generales que garanticen equidad en la distribución de los recursos públicos (intereses colectivos que sobrepasan los límites de los intereses del público atendido por determinada institución)
- ✓ **Cientela/Población cautiva:** Intereses específicos del público directamente atendido por una institución pública.
- ✓ **Funcionarios:** Intereses de los funcionarios, configurados en las relaciones de trabajo, en cuanto a una institución específica, así como al carácter del servidor público en general.

La inclusión de esos diversos segmentos debe ser analizada en cada caso específico, de acuerdo con el objetivo de la institución y de los propósitos que se desea alcanzar con la participación. Las instituciones públicas poseen funciones variadas que van desde la planeación, asesoría, normalización y fiscalización, hasta la producción de bienes y servicios. Así, la naturaleza, peso y forma de la participación debe adaptarse a los objetivos de la institución.

La participación de los funcionarios se ha restringido a las dimensiones de las relaciones de trabajo en las decisiones, conjuntas, con base en la influencia ejercida por las asociaciones de clase. Se trata de una búsqueda de participación de forma análoga a la realizada por trabajadores del área privada.

El debate sobre participación en la gestión pública se ha concentrado en los últimos años en la participación del público y de las clientelas. Incluye como principal premisa, la idea de que una participación parcial y más directa del público, es una manera más eficaz para contraponerse a la alienación y a los autointereses burocráticos y tecnocráticos.

Los controles políticos de los gobernantes, aunque eficaces, no son suficientes para incorporar valores de clientelas específicas y de grupos locales. Se presenta, por tanto, la concepción de una participación comunitaria localizada para adicionar insumos políticos, a los originarios de órganos políticos, ejecutivos y legislativos.

Los nuevos mecanismos de participación y supervisión abren nuevas posibilidades de comunicación con el público, protegiéndolo contra el arbitrio del administrador gubernamental y evitando transacciones en niveles de no influencia.

Esos mecanismos de supervisión, principalmente a través del legislativo, son cada vez más apropiados, tanto en países con prácticas democráticas más avanzadas, como en sociedades poco acostumbradas a la práctica parlamentaria. Los intereses comunitarios son hoy cada vez más agregados en torno de órganos prestadores de servicios. Por lo tanto, es necesario perfeccionar mecanismos de participación de clientela y desarrollar una nueva visión de la función pública entre administradores del área gubernamental.

Esos mecanismos buscan:

- ✓ Democratizar las bases de sustentación política de la sociedad. La garantía del interés público depende de la defensa de las asociaciones locales, de la participación comunitaria y de los intereses individuales.
- ✓ Democratizar las relaciones del Estado con la sociedad. Las formas de gestión participativa crean nuevos canales de comunicación y de defensa contra posibles arbitrariedades del Estado.
- ✓ Incentivar la autonomía organizacional. La pluralidad de organizaciones independientes, de base comunitaria, provoca nuevas formas de participación en el sistema político.
- ✓ Reconocer que lo público no se agota en el Estado. La redefinición de las fronteras entre lo público y lo privado, crea nuevas formas de propiedades y de gestión comunitaria, que fortalecen la sociedad civil y aumentan la eficiencia en la gestión de la cosa pública.
- ✓ Ampliar la representatividad en la gestión pública. La introducción de la idea de representatividad burocrática, reduce el poder de grupos preferenciales y tecnocráticos que tienden a dominar las organizaciones públicas.

Descentralización

La descentralización significa, entre otros conceptos, el rompimiento con los lazos

tradicionales de poder, la agregación más efectiva de intereses comunitarios y la posibilidad de una gestión pública más eficiente y concordante con las necesidades locales.

Es vista como una forma de cambio y modernización. A través de la descentralización se espera la restitución de las relaciones políticas, sociales y económicas, por medio de la transferencia, de poder y recursos del centro a las entidades locales.

Es considerada con las más diversas connotaciones y como una respuesta a casi todos los males del sector público. En verdad la descentralización es un concepto amplio que adquiere variaciones, conforme a la perspectiva que se utilice para definirla.

En el sentido jurídico institucional, es una forma de estructuración del poder estatal. Descentralizar significa atribuir funciones específicas, antes ejercidas por el poder central, a órganos del gobierno regional y local que gozan de autonomía política en la gestión de sus intereses. En esa perspectiva la transferencia de poder y responsabilidades, dentro de una misma esfera, es vista como una desconcentración del poder central y no como descentralización. La visión jurídico-institucional enfatiza la descentralización en contraposición a la centralización y, normalmente, como una forma de repartición de competencias del poder tributario.

Desde una perspectiva política significa, redistribución de los recursos de poder con el fin de valorizar intereses regionales y locales. Descentralizar significa cualquier transferencia de poder, o sea, que ocurre vía autorizaciones legales o cesión de recursos financieros, materiales, de tecnología y de personas. En esa perspectiva, la descentralización es vista como una relación de poder que debe ser favorable al desarrollo y mantenimiento de las estructuras de poder local. Se presume que la descentralización propicia una mejor consideración de demandas y apoyos locales en decisiones públicas nacionales.

Bajo una perspectiva económica, es una forma de redistribución de costos y de beneficios. Desde esta óptica, significa no solamente redefinir beneficios de acuerdo con las necesidades locales, sino también separar cargas anteriormente impuestas a otros que no pertenezcan a la comunidad beneficiada. Se procura un equilibrio entre las necesidades y la capacidad local de contribución. La administración central es vista como una fuente de redistribución y de mantenimiento de equidad entre regiones. En los últimos años, ha sido analizada también como una forma de descargar en el nivel local, obligaciones y costos anteriormente concentrados en el poder central.

Desde el punto de vista social, es una relación entre un proyecto nacional mayor y el mantenimiento de identidades locales, significa permitir a la comunidad local organizar sus relaciones internas y externas, preservando sus características constituidas históricamente. En esa perspectiva, la propuesta de descentralización busca mantener valores, hábitos, costumbres e intereses, o sea, la autenticidad de la cultura local, en relación a los proyectos nacionales de modernización y desarrollo.

Desde una perspectiva administrativa, es una de las muchas formas de dividir y especializar el trabajo. En esa visión, la descentralización es algo dinámico y contextual; incluye todas las formas de transferencia de poder y de recursos para actuar de acuerdo con los intereses y

valores comunitarios. Así, desde el punto de vista administrativo, aparece como un concepto amplio, a veces ambiguo, pues incorpora dimensiones sociales, económicas y políticas. Por ejemplo, bajo la perspectiva administrativa, los conceptos jurídicos de descentralización se confunden con la misma idea de transferencia de poder y autoridad.

En la práctica moderna, se la considera desde una perspectiva más global, esto es, trata de responder a las necesidades de redistribución de poder político y económico, como garantía y predominio de intereses locales en la decisión pública. Se enfatiza la perspectiva administrativa moderna, porque en ella la descentralización es algo dinámico que incorpora las otras perspectivas en una visión conceptual global e integrada, solo se realiza con autonomía local sobre recursos y con nuevas prácticas democráticas. En este entendido, las formas participantes, asumen gran importancia para viabilizar la descentralización en la decisión pública.

La descentralización asociada a una mayor participación comunitaria, significa una ruptura con las estructuras gubernamentales vigentes. Como tal, no solamente provoca resistencias, sino que exige un gran esfuerzo para reconstruir la capacidad gerencial de asumir responsabilidades y de actuar localmente.

La organización descentralizada de servicios públicos, con base en el interés y la participación de la comunidad local, procede de las sociedades anglosajonas. En esas sociedades, la democracia del sistema político es consecuencia natural de la organización comunitaria. Se acepta la pluralidad de intereses y la negociación de base para solucionar conflictos políticos. Descentralización y participación se reflejan en el ordenamiento jurídico, para inhibir influencias superiores en los asuntos de interés local.

Vale la pena recordar que las sociedades anglosajonas valorizan la visión emprendedora más individualista y competitiva, basada en el trabajo y en la recompensa del esfuerzo individual a través de ganancias materiales y reconocimiento. El bienestar colectivo es visto como un producto del bienestar individual, y la decisión colectiva como una sumatoria de intereses particulares prevalecientes. El bienestar y el progreso exigen la iniciativa individual y la organización colectiva de base.

Los modelos administrativos más avanzados constituyen nuevos recursos políticos, aunque insuficientes, para alcanzar la equidad en la prestación de los servicios. La credibilidad y la posibilidad de acción democrática de las organizaciones de salud depende mucho más del contexto social, político y económico, que de la nueva capacidad gerencial que se vaya a implantar.

La complejidad del problema es de tal orden, que se necesita una visión de aprendizaje democrático y de posibilidades reales para implantar un nuevo sistema de gestión en un ambiente de grandes demandas, escasez aguda y baja capacidad inmediata de respuesta.

El nuevo poder político de los marginados genera presiones de demanda nunca antes experimentadas, capaces de romper las barreras tradicionales y de proyectar una nueva organización política.

El aprendizaje democrático comienza en una base territorial definida, como una comunidad local, donde actores fácilmente reconocidos pasan a negociar formas más eficaces de prestar servicios de salud. La motivación para satisfacer una necesidad básica como la salud, articula y agrega intereses, lejos de la sumisión de los grupos tradicionales y de causas populistas.

Gran parte de las facilidades recientes de los procesos de descentralización no son el fruto de conquistas democráticas auténticas por parte de comunidades locales, ocurrió por el debilitamiento del poder central y de sus entidades administrativas. Aparece como un remedio para resolver insatisfacciones diversas con relación al Estado autoritario, al déficit en los servicios públicos, a las dificultades financieras y a ineficiencias administrativas.

La descentralización se proclama como una oposición al centralismo autoritario que perduró por largos años. Se acepta la descentralización como valor democrático. En ese sentido, es vista como una forma de reordenar las relaciones político-sociales. Se cree que la transferencia de poder del centro a la periferia produce un nuevo equilibrio social, donde nuevos intereses y recursos estarán disponibles.

Descentralizar significa la transferencia de poder, de responsabilidades y de recursos. Exige que las decisiones, especialmente en las áreas financieras, organizacionales y de control, y en gran parte sobre normas, permanezcan dentro de los límites de la autonomía local. De lo contrario, la reconstrucción del centralismo será una consecuencia natural de la gestión pública.

Muchas decisiones locales necesitan su compatibilización e integración con esferas centrales de gobierno, que también exigen respeto, autonomía y tolerancia de las sociedades sobre objetivos, normas y métodos locales. Las diversas fuerzas sociales generan tensiones y conflictos que deben ser constantemente administrados buscando soluciones sin favorecer la reactivación del poder normativo central. La concesión de autonomía local debe envolver la adquisición de valores gerenciales sobre integración y compatibilización, para lograr que el poder de la comunidad regional, no se torne solamente una defensa de intereses locales contra el poder central.

Así la descentralización y la participación deben ser instituidas como un proceso de aprendizaje local, sobre nuevas formas de gestión en que decisiones finales sean jurídicamente atribuidas al sistema regional. Es a través de ellas que nuevos grupos, mediante ensayos, errores y aciertos, se insertan en el proceso decisorio político. Las alternativas de gestión deben favorecer ese aprendizaje por el modelaje de mayor o menor grado de autonomía posible a los gobiernos locales.

En lo que se refiere a la nueva perspectiva del administrador, por la emergencia de la participación, las siguientes proposiciones pueden servir de referencia preliminar:

- ✓ La definición de una nueva relación del gobierno con su público y entre diferentes órganos gubernamentales y poderes políticos, implica aceptar que podrá surgir en la administración pública una nueva práctica de responsabilidad administrativa;

- ✓ Los dirigentes acostumbrados a funciones tradicionales de controles burocráticos se verán cada vez más involucrados con nuevas formas de acceso político en la gestión pública. Ellos tendrán que asumir un nuevo papel y una nueva filosofía administrativa, para los cuales su experiencia pasada será, de cierta forma, irrelevante;
- ✓ Los dirigentes públicos enfrentarán nuevos conflictos, así como también tendrán mayor conciencia sobre las contradicciones sociales que afectan la gestión del órgano que dirigen. La participación externa de la comunidad envuelve la aceptación de nuevos objetivos y funciones que entran en conflicto con los ya establecidos.

Tales conflictos afectan la estructura del poder burocrático y las interrelaciones institucionales internas y externas, porque ellos son delineados con base en objetivos previamente conocidos.

La participación implica descubrir que los objetivos e intereses de grupos emergentes recién acostumbrados a la política pública, son diferentes y conflictivos con los tradicionalmente aceptados por los órganos públicos. Por esto, los dirigentes públicos tendrán que vivir un aprendizaje continuo sobre nuevos métodos de alcanzarlos.

Por lo general, el sistema sanitario está organizado en varios escalones. La atención primaria de salud presta particular interés al punto de contacto inicial entre los miembros de la comunidad y los servicios de salud. Debidamente concebida, la noción de escalones supone un sistema **regionalizado** en el cual se da la máxima prioridad a la atención primaria, que se presta en el escalón local. La prevención, el fomento de la salud y la solución de los problemas comunes deben constituir la principal línea de acción. Los casos cuya atención resulta costosa y que requieren cuidados especializados deben transmitirse a los escalones secundario (intermedio) y terciario (regional o nacional). Es en el escalón local donde la atención de salud será más eficaz en el contexto de las necesidades y las limitaciones de la zona de que se trata, reconociéndose debidamente a los usuarios de los sistemas de salud como seres sociales en un determinado medio ambiente. Allí en lugar de esperar pasivamente que los problemas llamen a la puerta de los servicios de urgencia o del consultorio (el procedimiento del “venga y se le atenderá”), el sistema de salud debe tratar de alcanzar activamente a la totalidad de la población para fomentar la salud y prevenir las enfermedades y para resolver los problemas cuando éstos se plantean.

Concluyendo, un sistema sanitario bien equilibrado basado en la atención primaria de salud debe:

- ✓ Abarcar la totalidad de la población sobre una base de equidad y de participación responsable;
- ✓ Incluir componentes del sector de la salud y de otros sectores cuyas actividades interrelacionadas contribuyen a la salud;
- ✓ Llevar los elementos esenciales de la atención primaria de salud al primer punto de contacto entre los individuos y el sistema sanitario;

- ✓ Apoyar la prestación de atención primaria de salud en el escalón local, como una prioridad importante;
- ✓ Facilitar, en los escalones intermedios, la atención profesional y especializada necesaria para resolver los problemas de salud más técnicos, que no pueden resolverse en el plano local, así como formación y orientación permanentes para las comunidades y los agentes de salud de la comunidad;
- ✓ Facilitar, en el escalón central, servicios de expertos en planificación y gestión, atención de salud sumamente especializada, formación para especialistas, los servicios de ciertas instituciones como los laboratorios centrales y apoyo logístico y financiero centralizado;
- ✓ Facilitar la coordinación en todo el sistema, con el envío de casos difíciles entre los diversos escalones y entre los componentes de éstos cuando sea necesario

Es importante tener en cuenta, que en la administración de salud, la regionalización es un mecanismo de descentralización de la administración técnica y de servicios, y debe tener como resultado inmediato el aumento de la cobertura y con ello el impacto en los problemas de salud, necesitando de:

- ✓ Incremento de la capacidad operativa de los sistemas;
- ✓ Fortalecimiento de los procesos de planificación, programación y evaluación
- ✓ Desarrollo de los servicios de la descentralización administrativa;
- ✓ Contribución y participación en el esfuerzo por la organización de la comunidad, que permita la participación de ella en la decisión de la solución de sus problemas de salud;
- ✓ Desarrollo y mejor utilización de los recursos humanos, enfatizando en la redefinición de las funciones y responsabilidades;
- ✓ Incorporación efectiva del sector salud en los procesos nacionales de desarrollo;
- ✓ Fortalecimiento de la articulación intersectorial;
- ✓ Desarrollo de la investigación y tecnologías adecuadas;
- ✓ Extensión de la capacidad instalada posterior a la explotación eficiente de la capacidad existente.

“La estrategia es una maniobra destinada a ganar la libertad de acción”. André Beaufre

Capítulo 10

Organizaciones gubernamentales como unidades de acción

Las organizaciones gubernamentales son creadas con un propósito específico, sea para maximizar la riqueza de la sociedad, prestar servicios que garanticen determinado nivel de bienestar social y económico, o regular comportamientos individuales y colectivos.

Son, en principio, limitadas en sus decisiones y acciones por el contexto político y social en que actúan. Ese contexto impone condiciones que, en la práctica, se traducen en controles para evitar que sus acciones naturales alteren la estructura de poder vigente.

Los controles son alcanzados a través de un conjunto muy complejo de restricciones que van desde las leyes y reglas formales hasta las prácticas tradicionales de lealtad personal y política. Por tanto, los límites impuestos a esas acciones representan tanto objetivos altruistas, como objetivos particulares de los dirigentes políticos. Además, en los últimos años, la gestión pública ha sido vista como algo distante del bien común, lo que ha dificultado, en general, el desarrollo de una imagen positiva y mayor apoyo a una acción eficiente.

La hostilidad contra la gestión pública se basa sobre una realidad de ineficiencia. Ineficacia y corrupción son hasta bienvenidas, pues ayudan a confirmar la imagen preconcebida de que esas características son inherentes a la actividad gubernamental. Se crean resentimientos en cuanto a la administración pública y sus funcionarios, y se visualiza a los dirigentes públicos como agentes de su propio interés y distantes de las demandas y necesidades de la población.

Aceptándose que las críticas que se hacen a la administración pública merecen atención, existen exageraciones no solo provenientes de prejuicios, sino también de análisis excesivamente simplistas sobre la gestión gubernamental., esto lleva a una visión de la administración pública como algo inherentemente perverso, donde se encuentran los más indolentes y los poco virtuosos, y eso en el área que nos ocupa no es representativo de la realidad absoluta.

Los análisis simplistas tienden a concentrarse en dimensiones de eficiencia o ineficiencia administrativa, omitiéndose condiciones de infraestructura social, económica y política que condicionan la organización y la ejecución de las actividades gubernamentales.

La ineficiencia y la debilidad institucional de las organizaciones públicas pueden tener su origen en la desactualización administrativa o en la falta de habilidades gerenciales. Sin embargo, la ineficiencia en el área pública normalmente se debe a varias causas.

Tanto los análisis más simples de la gestión gubernamental como los diagnósticos para

reformas administrativas revelan tal relación de dificultades que resulta inverosímil que algún resultado pueda ser alcanzado en las condiciones normalmente descritas, cosa que en el área de salud, tampoco resulta cierto.

La impresión que se tiene a partir de esos diagnósticos es que el orden implantado, si se sigue naturalmente, lleva a la ineficiencia o al desastre. Dirigentes, técnicos y funcionarios de todos los niveles se desarrollan en condiciones conducentes a la ineficacia, es decir, según los diagnósticos corrientes existen problemas estructurales que determinan toda la operación del sistema administrativo.

Muchas veces esos dirigentes y funcionarios asumen problemas presentados por la comunidad, sabiendo que la posibilidad de solucionarlos está extremadamente limitada por las condiciones de trabajo. Se frustran por tener que tratar con situaciones desfavorables y también por la baja calidad de la vida funcional.

Si es visible en nuestra área, que el alcance de resultados sólo es posible gracias a un esfuerzo, además del comúnmente esperado. Luchase diariamente contra la inercia, presiones políticas y condiciones operacionales desfavorables. Tratase de una pelea que, a largo plazo, conduce a la indolencia, pues aún los funcionarios más competentes y comprometidos con el bien común, llegan a aceptar de sí mismos ciertos comportamientos de ineficiencia.

Además de esas cuestiones administrativas, que sobresalen en el día a día de los servicios de salud, otros problemas de menor visibilidad, pero de mayor fuerza, causan gran ineficiencia en las organizaciones gubernamentales, son problemas de naturaleza estructural, ligados a la infraestructura política y social de cada país y que, muchas veces son apenas enfrentados en sus efectos administrativos.

Por ejemplo, problemas que en verdad son temas de participación política, descentralización y transferencia de poder, son tratados como si fueran de coordinación y control. Exceso de centralización política con sus análogos, uso enfático de autoridad y de mando superior, naturalmente crean serias dificultades de control y coordinación.

Sin embargo, el simple análisis administrativo de la gestión o la implantación de nuevas modalidades de control no servirán para la solución del problema, pues no fueron las alternativas de manejo gerencial las que llevaron a la existencia de la situación problemática.

Otros ejemplos pueden ser vistos en la práctica común, como el estudio de los problemas para la prestación de servicios públicos, a través de la óptica burocrática de los órganos existentes cuya función es encargarse de determinados servicios. Así, en vez de estudiar las condiciones, necesidades, demandas y apoyos de la población atendida y dejar a esa población buscar las soluciones a través de la ayuda burocrática, se invierte la situación, procurando analizar primeramente los objetivos, funciones y procedimientos de los órganos existentes.

Por eso son comunes los diagnósticos administrativos simplistas, que enfatizan "duplicación de tareas" y "falta de integración" como factores perjudiciales de la acción efectiva. En consecuencia, surgen las eternas propuestas de "fusión de órganos" o programas, ocasionando

mayor centralización y unificación de autoridad.

Presentadas como poseedoras de capacidad técnica y neutra, las organizaciones públicas ayudan a retratar sus propias crisis como esencialmente administrativas, en el sentido estricto del término.

Se puede entonces anunciar públicamente, y hasta difundir la creencia, de que las fallas en la política pública se originan en la gestión burocrática, y no en la forma de agregar intereses para producir alternativas de decisión pública. De este modo, para innovar la gestión pública, bastaría apenas realizar reformas administrativas y escoger buenos administradores públicos, para que se pueda garantizar eficiencia y eficacia administrativas.

Los relatos e imágenes sobre la ineficiencia administrativa son tan frecuentes que difunden la creencia de que los dirigentes públicos actúan ineficientemente por falta de buen sentido y por desconocimiento de principios elementales de gerencia moderna. En consecuencia surgen propuestas simplistas con la visión de que pequeñas reformas organizacionales y entrenamiento podrían tornar a esos dirigentes ejecutivos en eficientes, eficaces y modernos.

La proposición antes mencionada no es hecha para disminuir la importancia de las cuestiones administrativas, al contrario, para resaltar su relevancia es que se busca definir sus ventajas, límites y la utilización indebida de esos temas en el área pública de salud.

Gran parte de la ineficiencia de las organizaciones gubernamentales resulta menos de errores gerenciales, de ocurrencia normal, pero sobre todo, de las restricciones normales impuestas por la infraestructura institucional, así, la ineficiencia de esas organizaciones ya es determinada por el pasado y lejos del local de su acción; son leyes, reglas, normas y arreglos de coaliciones de poder que impiden gran parte de la autonomía gerencial. Por tanto, acciones localizadas para innovaciones en el área pública, a pesar de ser importantes, no son suficientes para el alcance de grados elevados de eficiencia, eficacia y efectividad.

En la gestión pública, tanto la estructura como el comportamiento administrativo reflejan la consolidación de valores que se originan en la infraestructura, o sea, en el contexto político, social y económico de cada país.

Se entiende por infraestructura el conjunto de instituciones políticas, normas y tradiciones que moldean las relaciones de poder, la distribución de la riqueza y los derechos y deberes individuales.

La infraestructura política constituye los límites y barreras para la acción gubernamental y para la interacción humana. Se incluyen en esos límites restricciones a elecciones individuales, a determinados tipos de comportamiento administrativo y sobre todo a condiciones en las cuales ciertas acciones pueden ser emprendidas.

La infraestructura de la administración pública es determinada por el tipo de relaciones entre el Estado y la sociedad. Cuanto más fuertes son los lazos, más se amplían los derechos de ciudadanía y más el Estado se torna un espejo de la sociedad. El aparato estatal y las

instituciones gubernamentales que lo componen, tienden a actuar y a limitar sus comportamientos de forma más congruente con los deseos y demandas de la sociedad.

Cuando los lazos son tenues, el Estado se torna más un instrumento de poder al servicio de grupos privilegiados que consiguen, por diversos mecanismos, dominar parte de la máquina administrativa del Estado. En estos casos, las acciones de las instituciones gubernamentales tienden a responder menos a los intereses de la sociedad y más a los de los grupos preferenciales.

En muchos países, y el nuestro no es una excepción, para la gran mayoría de la población y, principalmente, para clientelas específicas, los productos y servicios públicos continúan siendo prestados con calidad deficiente y a través de métodos administrativos fácilmente cuestionables.

Propuestas de cambios son constantemente anunciadas a través de la prensa, de los representantes políticos o manifestados directamente por los propios órganos de la administración, pero su concreción se hace esperar, por motivos más que diversos.

Los deseos de cambio parecen no ser suficientes para alterar una situación constantemente criticada, porque se tornan ilusiones, contribuyendo a reducir la creencia en las posibilidades de los gobiernos de prestar servicios de calidad o de responder a las demandas y necesidades del público.

Muchos de los problemas comúnmente relatados en la gestión pública de salud a través del tiempo, permanecen como grandes desafíos a ser aún vencido, a pesar de todos los esfuerzos, continua siendo vista como algo tradicionalista y contraria a los cambios.

Vale resaltar, después de todo, que el mundo moderno está impregnado por la voluntad y por la urgencia de cambio.

La expectativa de cambio es reencendida diariamente por los medios de comunicación que no solo muestran nuevas dimensiones de las dificultades socioeconómicas, sino también al conocimiento de todos ejemplos de grandes transformaciones sociales y políticas que ocurren por el mundo de fuera. Así, la visión de cambiar e innovar es más amplia, más presente y más posible, lo que conduce a un mayor optimismo sobre nuevas alternativas para la gestión pública.

Como cualquier otra institución, las organizaciones gubernamentales procuran crecer y se desenvuelven ocupando los espacios permitidos por las condiciones institucionales y obteniendo ventajas de las oportunidades que se les ofrecen. Así, crean nuevas alternativas, suministrando a la sociedad nuevas oportunidades de escoger y concurriendo para alterar los límites de las restricciones que les son determinadas.

En la tentativa de atender sus objetivos y mejorar su desempeño, incorporan conocimientos a nuevas tecnologías, atienden nuevos grupos de afiliados/adherentes y producen nuevas ganancias económicas. Así, crean no solo nuevas fuentes de poder sino también, adquieren

formas de acción administrativa inusitadas en el medio en que actúan. Influyen en comportamientos, actitudes, expectativas y valores, provocando demandas aún no experimentadas, como tales, por el sistema social y económico.

Por estas razones, las organizaciones gubernamentales, vistas aisladamente, pueden constituirse en fuentes potenciales importantes de innovación institucional.

Si bien es cierto que las organizaciones públicas nacen en los límites institucionales definidos por el sistema gubernamental, ellas crecen en el espacio de oportunidades que los cambios sociales y económicos crean constantemente. La expectativa inicial de que el desarrollo organizacional se haga en los límites previstos es totalmente imposible de concretarse; el propio desarrollo de la organización crea nuevas fuentes de poder, lo que fuerza a cambios en aquellos límites. En este sentido, cuanto más eficiente, eficaz y efectiva sea la organización, podrá transformarse en un poderoso instrumento de cambios institucionales o de innovación en la infraestructura del poder público.

Este tipo de organizaciones, pueden por tanto, ser guiadas en el sentido de tornarse más acentuadamente emprendedoras del cambio. Por introducción de tecnología y formación de cuadros de personal, puede hacerse que esas organizaciones adquieran comportamientos más avanzados que la expectativa inicial del control de la propia sociedad.

Es a través de la acción organizacional innovadora que se puede:

- ✓ Crear discontinuidad tecnocrática, interrumpiendo o substituyendo el uso de determinadas técnicas e instrumentos por otros más modernos y avanzados;
- ✓ Producir nuevos conocimientos sobre la organización y el contexto en que opera, amenazando el poder de los que los ostentan, en función de conocimientos restrictivos;
- ✓ Asumir mayores riesgos de romper con las prácticas existentes, en la tentativa de maximizar económicamente el comportamiento organizacional;
- ✓ Desarrollar una nueva visión, o sea, una alternativa de futuro para la sociedad o para determinado grupo de adherentes, basada en el alcance de mayor eficiencia y eficacia organizacionales;
- ✓ Ayudar a crear nuevos canales de comunicación del público con su administración, a través de la satisfacción de las demandas existentes y del estímulo a grupos sociales, para que inviertan en la búsqueda de nuevos productos y servicios que contribuyan para su desarrollo.

.... “en el universo material no pueden existir solamente causas eficientes, sino también causas finales”. A. N. Whitehead

Capítulo 11

Organizaciones independientes de origen comunitario

A través de la experiencia histórica se observa que debido al paternalismo autoritario y a la excesiva centralización, aprendimos a convivir con la dependencia y la sumisión y a observar con recelo el descrédito de las autoridades gubernamentales, como ya fuera ampliamente expresado en el apartado anterior.

Recuperar la fe de la comunidad en los emprendimientos colectivos y en las acciones gubernamentales es una tarea ardua que exige más que apelaciones de lealtad y propuestas para una representación política más auténtica y eficaz. Esas propuestas tendrán su eficacia a largo plazo, en la medida en que la experiencia democrática ayude a construir una base más sólida sobre los derechos y deberes de la ciudadanía.

Posiblemente uno de los caminos más convenientes e inmediatos sea el de apoyar las diversas organizaciones originarias de la comunidad, que procuran responder a las necesidades identificadas en su propio medio. Esas organizaciones deberán ser entidades independientes instituidas por la propia comunidad, como por ejemplo organizaciones no gubernamentales (ONG's), que han tenido un desarrollo en Argentina en particular, a consecuencia de procesos de democratización o bien por la incapacidad del gobierno para atender demandas de más y mejores servicios.

Es dable recordar que la Carta de las Naciones Unidas (ONU) ya reconocía, en 1945, la importancia de las ONG en diversas temáticas, y es indispensable traer a la memoria que la Cruz Roja, fundada en 1863, es una de las ONG más antiguas del mundo.

A solo título ejemplificativo, y en nuestro país, mencionaremos la “**Fundación Spine**”, una organización sin fines de lucro que brinda diagnóstico clínico, asistencia, y seguimiento a personas afectadas por enfermedades poco frecuentes. Iniciándose en el año 2005, enfrentó el reto de abordar un territorio estéril en el campo de la salud.

De ésta manera Fundación SPINE trabaja de forma transdisciplinaria, lo que implica una comprensión integral de la persona consigo misma y con su entorno próximo. Ésta es la razón por la cual su tratamiento se basa en el sistema biológico llamado socio.psyco.inmuno.endocrinológico (S.P.I.N.E) que permite una mayor armonía según cada patología.

Por eso, la visión de Fundación SPINE se focaliza en la persona más que en el paciente, entender sus necesidades más profundas y humanas sin resultar ser objetos de estudio. Fundación SPINE está actualmente conformada por un grupo de profesionales integrada por

médicos, psiquiatras, fisiatras, psicólogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, nutricionistas, comunicadores sociales y voluntarios quienes, día a día, intentan superarse para concretar nuevos y mejores resultados.

Sus Objetivos, son:

- ✓ *Abordar a la persona desde la socio-neuro-inmuno-endocrinología.*
- ✓ *Tratar las relaciones del hombre con su medio y consigo mismo de forma integral.*
- ✓ *Trabajar con los impedimentos que se impongan frente a la persona para alcanzar su pleno desarrollo.*
- ✓ *Conocer a la persona en su integralidad y poder incorporarlo óptimamente a la sociedad teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada síndrome.*
- ✓ *Atenuar, a mediano y largo plazo, los costos económicos, desgastes psicológicos y afectivos tanto para la persona como para la familia y la sociedad.*

Se financia por medio de prestaciones obtenidas de las obras sociales y medicinas prepagas por el tratamiento recibido de sus beneficiarios.

A su vez cuenta con ingresos provenientes de proyectos sociales restrictivos que se destinan exclusivamente al desarrollo de programas de difusión y capacitación para la comunidad en general y de manera gratuita.

Por otro lado, se proyecta diseñar otras actividades que contribuyan a la sustentabilidad de la organización, con el anhelo de contar con una sede propia y así encontrarnos mejor preparados para atender una demanda que va en crecimiento.

La democratización restauró los derechos ciudadanos y activó las posibilidades de participación de la comunidad en decisiones políticas. Fue así que se formaron nuevas alianzas de poder alrededor de intereses antes reprimidos. Surgieron organizaciones para cuidar de ellos, e inclusive se instituyeron nuevas relaciones sociales, formas de solidaridad y desarrollo consciente del deber colectivo.

La incapacidad o descuido de los gobiernos para satisfacer las necesidades sociales de grandes grupos de la población, sirvió también de estímulo para el surgimiento de ONG's que prestan servicios de forma gratuita y subsidiada, llenando en algunos casos, el vacío que dejaron las actividades gubernamentales.

A pesar de estar instituidas como entidades privadas sin fines lucrativos, el nombre de "no gubernamental" ilustra más la idea de prestar servicios que, en principio, cabría al poder público. Así, se constituyeron en una tentativa de solución a problemas sociales graves, aunque actuando de forma localizada y restringida en determinadas comunidades. Sin embargo, a pesar de que no tienen la posibilidad de atender todas las demandas, sirven de

alerta a organismos oficiales sobre las dificultades sociales de la población.

Actuando localmente, alertando sobre dificultades y defendiendo intereses de los menos afortunados, las ONG's van ganando prestigio y visibilidad para ser reconocidas nacional e internacionalmente y comienzan a influenciar decisiones políticas importantes. Reciben apoyo y recursos de organismos internacionales y cooperan con proyectos sociales de consideración.

Como ejemplo de lo antedicho, encontramos diferentes organizaciones, entre ellas, podemos mencionar: *“Médicos sin Fronteras”, la oficina de Médicos Sin Fronteras en Argentina está ubicada en la ciudad de Buenos Aires, y su área de influencia consiste en los países de América del Sur de habla hispana.*

El trabajo de esta oficina consiste en:

- ✓ *Difundir la labor de MSF para concienciar acerca de las realidades de los contextos en los que trabaja la organización.*
- ✓ *Diseñar y llevar adelante campañas específicas de sensibilización y concientización sobre temáticas relacionadas a sus operaciones. En 2009 se llevó a cabo la Campaña "Chagas, es hora de romper el Silencio", para concientizar a la población sobre esta enfermedad olvidada, endémica en América Latina, donde se estima que hay entre ocho y 10 millones de personas infectadas. En 2010, comenzó la "Campaña de Vacunación Contra el Olvido" para llamar la atención sobre seis enfermedades olvidadas que provocan la muerte de 8.000 personas por día. La acción se realizó en Buenos Aires, Mar del Plata, Córdoba y Rosario, durante 2011.*
- ✓ *Reclutar personal calificado para poder llevar a cabo sus misiones humanitarias en más de 65 países en todo el mundo, y coordinar su seguimiento. Actualmente hay unos 80 profesionales argentinos trabajando en misiones humanitarias con MSF.*
- ✓ *Llevar adelante campañas de captación de fondos para sostener la actividad de la organización en todo el mundo.*

Médicos Sin Fronteras en Argentina es una representación de la sección operacional de MSF-España con sede en Barcelona.

Médicos Sin Fronteras, una organización de ayuda médica de urgencia, asistió a poblaciones en Argentina en dos ocasiones: en el 2001 en las provincias de Jujuy y Salta, y en el 2003 durante las inundaciones en la provincia de Santa Fe. En la actualidad Médicos Sin Fronteras está desarrollando 425 proyectos alrededor del mundo; en América Latina está presente en Bolivia, Paraguay, Colombia, México, Honduras y Guatemala.

Médicos Sin Fronteras permanentemente incorpora personal calificado para poder llevar a cabo sus misiones humanitarias en más de 60 países.

En principio, no son definidas como entidades representativas, como sería el caso de los sindicatos o partidos políticos. Frecuentemente funcionan como mediadoras, asimilando una dimensión de representatividad que está limitada a una coyuntura sobre algunos aspectos predefinidos y, como tal, son reconocidas como portavoz de una categoría social dada.

Nacen por razones sociales y económicas, como cualquier otra empresa privada o institución pública, y cumplen un papel político a veces relevante. Muchas de estas entidades proporcionan oportunidades razonables para que intereses locales y de grupos marginados sean articulados, agregados y procesados por el sistema político administrativo, inclusive cuando son instituidas para prestar servicios específicos en el área de la salud, crean nueva conciencia sobre necesidades no atendidas y nuevas demandas para decisiones políticas.

En resumen, esas organizaciones compiten para crear dentro del sistema político, subsistemas donde el ejercicio de derechos y prácticas participativas puedan afectar de forma inusitada decisiones políticas tradicionales, no es por casualidad que la gran mayoría de ellas que prestan servicios de salud fueron instituidas a partir de movimientos sociales de base, con la intención de romper lazos de sumisión y una nueva expresión política, a través de la prestación de servicios antes no disponibles, o de calidad inferior a la ofrecida para grupos más privilegiados.

Algunas, en la medida en que se desarrollan, pasan a dominar recursos de poder y de influencia de gran potencial transformador. Por estar fuera de la estructura formal de poder, manejan recursos de influencia con mayor facilidad, permitiendo que intereses de grupos antes marginales sean agregados con mayor autenticidad.

Normalmente actúan en oposición al poder político instalado, aunque no se constituyan formalmente en una organización política. Por esto, muchas autoridades gubernamentales las miran con cierto recelo, intentando minimizar su influencia, siendo cautelosos en la concesión de recursos y procurando acomodarlas a las estructuras de poder político.

Las de carácter local, constituyen instrumentos de organización y de participación social, y el hecho que su financiación se realice por medio de contribuciones de grupos privados y/o dotaciones públicas, exige la participación de gran número de beneficiarios, haciendo que su trabajo se desarrolle en función de una movilización comunitaria importante.

Como representantes informales de la comunidad frente al poder económico y político, son responsables por recoger recursos de donadores y también contribuir a través de su función a la concientización y sensibilización, no solamente de individuos sino también de instituciones, para que asuman mayor responsabilidad por las causas sociales.

Tienen la capacidad de introducir cambios en el comportamiento de la comunidad, además de movilizar personas para ayuda voluntaria. Trabajando junto a la comunidad en objetivos sociales relevantes, contribuyen a aumentar la confianza de las personas y también su capacidad de autoayuda. De allí se desprende, entonces, la formulación de objetivos mayores que busquen mejorar la calidad de vida comunitaria y que serán más fáciles de atender, debido a que la comunidad descubrió su autonomía, poder político y posibilidades de encontrar recursos.

A pesar de su importancia y presencia en la vida política, la ONG's son de pequeño y medio tamaño, y sus problemas principales se derivan de esa circunstancia, por ejemplo: su

incapacidad de afectar el contexto macroeconómico y la falta de apoyo del sector público en cuanto a disponibilidad de crédito, dotación de infraestructura, de tecnología y de otros bienes públicos. Su función fundamentales pues, la de producir modelos alternativos a nivel local o regional, que sirvan para mejorar las condiciones de vida de determinada comunidad, independientemente de su tamaño. Están en capacidad de promover cambios en la administración pública y de ayudar al Estado en la definición e implementación de políticas de salud de orden regional y nacional, inclusive, tienen la capacidad de construir redes de organizaciones con aptitudes para influenciar la formulación de políticas nacionales, a través del estímulo a la participación ciudadana y a la movilización de otros recursos políticos.

Al contrario de las organizaciones gubernamentales, se aproximan a la comunidad a través de burocracias complejas y multifuncionales, recaudando recursos y asignándolos en distintos lugares, dejando resultados en términos de servicios y resultados.

Los beneficios sociales, económicos, políticos y administrativos conseguidos por el refuerzo de estas organizaciones, son innumerables, por citar solo algunos:

- ✓ Ayudan a crear nuevas formas de articulación y agregación de intereses, imponiendo nuevos caminos de comunicación con el Estado y por lo tanto, nuevos mecanismos de demanda y apoyo a la formulación de políticas públicas;
- ✓ Crean poder y participación comunitaria más allá de los límites establecidos por los grupos preferenciales, ayudando a reorganizar la sociedad civil, política, social y con más autenticidad e independencia económica;
- ✓ Contrarrestan temporalmente las insuficiencias de los grupos preferenciales en la estructura burocrática, dando oportunidad a la incorporación de valores comunes a la tecno - estructura;
- ✓ Crean nuevos grupos de producción, contribuyendo a la innovación y el progreso a través del ejercicio, por parte de la población, de nuevos papeles económicos y sociales;
- ✓ Desarrollan nuevas habilidades administrativas basadas en demandas y apoyos reales conocidos en el ámbito de operación, generando así verdadera conciencia gerencial frente a los costos de producción y la administración de presupuestos, estableciendo un equilibrio entre ingresos y gastos;
- ✓ Favorecen a los proveedores locales, tornando posible la contribución de recursos humanos, financieros y materiales imposibles de ser canalizados a través de organizaciones burocráticas centralizadas;
- ✓ Operan administrativamente de forma ágil y flexible, por ser pequeñas, por tener su sobrevivencia directamente relacionada a la adopción inmediata al medio y por estar libres de ataduras burocráticas, dictadas por el orden y por la uniformidad de mecanismos, necesariamente derivados de la complejidad y la centralización;

- ✓ Restauran el sentido individual de la responsabilidad comunitaria, lo cual contribuye para rechazar presiones paternalistas;
- ✓ Escapan al vicio del corporativismo, que tantas veces corrompe los poderes institucionales: son capaces de funcionar como una poderosa entidad fiscalizadora de tales poderes, conteniéndolos y estimulándolos, cuando fuere necesario;
- ✓ Incentivan la iniciativa y creatividad de sus funcionarios para resolver problemas graves ya conocidos, que buscan solución a pesar de la escasez de recursos y descuido gubernamental;
- ✓ Tienden a limitar su crecimiento y a evitar prácticas burocráticas tradicionales en el trato con las clientelas;
- ✓ Utilizan más eficazmente los recursos humanos disponibles en la comunidad, aceptando la capacidad existente y los recursos emotivos para movilización de personas, obteniendo ayuda y descubriendo nuevos significados de la acción cooperativa.
- ✓ Pueden contribuir ostensiblemente al desarrollo y formulación de políticas públicas de salud. Su trabajo permanente y localizado sobre las causas de la miseria, marginación social y sus efectos sobre la salud, hace que adquieran una gran capacidad para la formulación e implementación de políticas, dado que poseen una visión más amplia y solidaria de los sectores más débiles y con el apoyo del Estado, pueden hacer que sus acciones de pequeña escala adquieran un tamaño e influencia mayor.
- ✓ Pueden participar en el diagnóstico de los problemas sociales y en la operacionalización de soluciones, debido a que sus actividades están dirigidas al fortalecimiento de las colectividades, ayudando a rescatar la ciudadanía e identificándose con los problemas de los sectores directamente interesados.
- ✓ Su trabajo es complementario al que realizan las agencias nacionales e internacionales de desarrollo. Pueden colaborar con el desarrollo socioeconómico, participando, desde la elaboración de proyectos y prestación de servicios, hasta en los movimientos políticos. Tienen un alto contacto con la población y sus miembros y poseen una gran vocación de servicio, que las posibilita a producir soluciones para los graves problemas sociales de la población.

En nuestro país, un muy buen ejemplo de estas agencias, es la Fundación **HUESPED**, una organización no gubernamental sin fines de lucro, con personería jurídica n° 958, otorgada por la Inspección de Justicia de la República Argentina, el 23/11/1989, e inscripta en el Registro Nacional de Organizaciones no Gubernamentales dependiente de la Dirección Nacional de Defensa Civil, que trabaja en respuesta al VIH/SIDA, no solo como enfermedad biológica de transmisión entre las personas, sino como una importante problemática social que requiere de la existencia de un entorno comunitario adecuado para las personas que bien con el virus del VIH.

Trabaja, bajo la dirección del Dr. Pedro Cahn, para lograr el acceso a la información, la educación y la prevención, conformar una conciencia social comprometida y solidaria, favorecer la investigación y la actualización de los profesionales de la salud, y mejorar los servicios sociales y de salud, incluyendo la protección contra la discriminación.

- ✓ La existencia de gran cantidad de estas entidades, puede ser condición para esperar un proceso de descentralización eficaz. Las iniciativas locales tienen el valor de promover el cambio y la función de ser el punto de referencia entre el Estado y las necesidades de una comunidad. La implantación de una red de organizaciones agrupadas bajo un objetivo común, en las cuales se practique la democracia y la participación y que implique no solamente la transferencia de poderes, sino también la adquisición de capacidad para ejercerlos, ayudará a ampliar la cobertura de atención al área social de una región o un país.

“La verdad se impone en la medida en que luchemos por ella. El triunfo de la razón solo puede ser el triunfo de los que razonan”. Galileo Galilei

Capítulo 12

PROBLEMAS OPERATIVOS DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

Reorganización sistémica

Los SILOS se han desarrollado en un ambiente de transición social, económica y política y con bases estructurales aún frágiles. Las pocas evaluaciones existentes son de experiencias cortas desde el punto de vista histórico, y de las transformaciones pretendidas, por tanto, los análisis de los SILOS reflejan casos todavía en niveles incipientes de desarrollo, no obstante, algunos problemas han sido identificados, como ejemplo, mencionaremos los siguientes:

Base geográfica y poblacional mal definida

Además de las dificultades de definir racionalmente bases locales y demográficas para la instalación de un SILOS, también se enfrentan problemas originarios en el tradicionalismo.

La concepción territorial y racional del SILOS encuentra problemas de asociación de variables geográficas y demográficas, además de la falta de informaciones complementarias sobre el propio sector de la salud.

El tradicionalismo interfiere en las concepciones territoriales por factores tales como: el autoritarismo local, intereses políticos de grupos preferenciales, historia cultural, rivalidades comunitarias, distribución desigual de recursos, conflictos centro-periféricos, etc.

Los desniveles de progreso entre regiones y municipios del país generan desigualdades en las demandas y respuestas con relación a recursos, proyectando a nivel centralizado conflictos políticos de difícil adaptación y solución. En las áreas centralizadas se exige una nueva capacidad gerencial, con mayores informaciones y datos para justificar pedidos y distribución de recursos.

Por otro lado, la descentralización crea un nuevo ambiente político-geográfico para los administradores locales, dado que se establecen nuevas relaciones con la comunidad y con la población objetivo, surgiendo nuevos conflictos y nuevas formas de apoyo.

Identificación comunitaria frágil

Además de ser históricamente baja la identificación comunitaria de la región, esta se ha reducido en los últimos años. Conforme se verifica en los 108 países más avanzados, la identificación comunitaria se fragiliza por los nuevos vínculos sociales impuestos por la vida

moderna, los nuevos lazos se extienden a clubes y asociaciones transgeográficas, esto es, que sobrepasan los límites locales. Es más, en la región latinoamericana, es fácilmente cuestionable la naturaleza de la identidad comunitaria y si ella realmente existe.

Se pregunta si existe una identidad comunitaria, razonablemente internalizada y suficiente para establecer una base organizativa más auténtica. Los relatos sobre sumisión, dependencia, alienación y falta de organización son más comunes que lo contrario, como ya se expresara.

Bajo compromiso político y participación

Los liderazgos políticos tradicionales manifiestan poco compromiso con la modernización y con proyectos que no están claramente bajo su control. Los SILOS constituyen un proyecto modernizante y democrático: redistribuidores de recursos, instituyen nuevas formas de organizar el poder político y propone equidad en la prestación de servicios.

En algunos países, los SILOS progresaron dentro de un espacio reservado por los límites del poder político vigente. La participación comunitaria, también baja, no fue suficiente para vencer barreras políticas, y aún más, ella es vista con desconfianza por los diversos socios involucrados en emprendimientos colectivos.

La dificultad de recursos financieros es cada día más clara en el área social, no solamente en función de las dificultades históricas de nuestro país y de la región, sino también por causa de mayores demandas en el área. Aún en países más desarrollados, la salud produce una mayor demanda sobre el presupuesto público, su cobertura es cara y la de respuestas más difíciles, ya que no se puede tratar por demandas individuales previsibles, además de poseer dimensiones de colectividad que envuelven acciones preventivas permanentes.

No debe perderse de vista que a diferencia de los sistemas previsionales, que se administran en contexto de riesgo, los sistemas de salud, se deben administrar en condiciones de incerteza, dado que ninguna persona elige cuando enfermarse ni de qué patología.

La implantación de un SILOS choca con problemas financieros tradicionales de disponibilidad de recursos y de autonomía de decisión, la escasez de los primeros será la constante y deberá ser enfrentada tanto en los aspectos económicos como en los administrativos y políticos.

Incapacidad Gerencial

Los orígenes de los SILOS, muestran que operaron con una infraestructura insuficiente y sin el adecuado poder administrativo y técnico, dado que los directivos de las organizaciones demostraron escasa capacidad gerencial y baja habilidad en la coordinación de actividades, persistiendo la aparición de dualidad de funciones y tornándose evidente la incompatibilidad de los dirigentes en cuanto a la concepción del sistema y la falta de autonomía y de liderazgo para tomar decisiones importantes a nivel local.

Hubo también dificultades, tanto de los dirigentes como de los funcionarios en comprender y actuar según una nueva mentalidad gerencial que los SILOS intentan introducir.

La idea de cooperación natural es la de garantizar su prevalencia desde el inicio, lo que

dificulta la coordinación. Existe una falta de visión gerencial, dado que coordinar un sistema es esencialmente administrar conflictos y contradicciones, y la cooperación es el resultado de una acción gerencial compleja y permanente.

Estas fallas muestran como algunas debilidades de los SILOS se relacionan con la poca capacidad de articularse con otras organizaciones y de trabajar en red. En cuanto a la participación social para la cooperación, parece que la experiencia es bien incipiente por la falta de mayor contacto con la comunidad y por su poca promoción, debido a los conflictos de poder y a la precaria preparación de líderes y dirigentes.

Los problemas antes citados se refieren tanto a las cuestiones organizativas y estructurales como a las dificultades operativas.

Los problemas estructurales, como adecuación de las estructuras jurídicas a la gestión pública a las nuevas propuestas descentralizadoras, deben evolucionar en la medida en que se avanza en las prácticas democráticas de la vida comunitaria. De la misma forma, se puede visualizar un aumento de compromiso efectivo de los liderazgos políticos con las acciones locales en el área de la salud. Estos cambios estructurales, poco a poco, redundarán en mayor autonomía para la toma de decisiones a nivel local.

Sin duda, los presupuestos gubernamentales, serán cada día más presionados y con baja capacidad para responder a las necesidades de la población.

La mayoría de los SILOS han enfrentado dificultades para satisfacer las inmensas demandas por más y mejores servicios. Las necesidades de la población son mayores, todavía existen enfermedades tradicionales que necesitan ser combatidas, sin contar con las grandes acciones preventivas que no se reflejan en demandas específicas.

Las condiciones precarias de salud en que vive alguna parte de la población, hacen que las demandas, y presiones puedan surgir y ser procesadas sin grandes esfuerzos en la articulación y agregación de intereses. Los problemas de salud son, la mayoría de las veces, sentidos y observados independientemente de provocaciones de liderazgos políticos o de análisis más sofisticados. Las situaciones desfavorables, cuando son percibidas, se transforman rápidamente en demandas a las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

En verdad, la propuesta organizacional de los SILOS ha sido menos cuestionada; la concepción descentralizadora, participativa y de red organizacional muestra su potencialidad para responder a los intereses comunitarios, aún dependiente de adecuaciones estructurales y gerenciales.

El SILOS, por su propia naturaleza, admite la pluralidad de instituciones gubernamentales, privadas y sin fines lucrativos. La colaboración entre esas organizaciones será crucial para la sobrevivencia y viabilidad de los SILOS. La cooperación, bien sea en redes o por interfases específicas, permite que los recursos disponibles y no utilizados produzcan nuevas oportunidades de prestación de servicios.

Los diagnósticos sobre sistemas de salud son sumamente claros en cuanto a deficiencias administrativas, destacándose, además de los obstáculos típicos de la administración, tanto privada como pública, otros problemas más pertinentes al sector. Así, son comúnmente mencionadas dificultades de procesamiento de informaciones y de uso de datos en la formulación de políticas y estrategias, problemas en la gestión de nuevas tecnologías y dificultades crecientes en la administración de recursos humanos, inclusive en lo que concierne a la capacidad gerencial en el sector, como fuera ya debidamente analizada en apartados precedentes.

En lo que se refiere a los problemas gerenciales, se resaltan las dificultades de implantar algunos de los fundamentos operativos de los SILOS, previstos por sus propios fundadores, además, de revelarse una incapacidad de gestión frente a la escasez de recursos.

En base a lo precedentemente expuesto, en el cuadro siguiente compendiamos los fundamentos operativos de los SILOS:

Fundamentos operativos de los SILOS

Compromiso político	Compromiso de las instituciones involucradas con los ideales y objetivos comunes definidos para la operación de los SILOS.
Coordinación	Unidad central de referencia aliada a un esfuerzo de armonización para garantizar eficacia y equidad en la distribución de servicios.
Capacidad gerencial	Desarrollo de una perspectiva moderna de gestión, con introducción de nuevas prácticas que aseguren mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles.
Interdependencia	Construcción de una visión de totalidad e interdependencia sobre las acciones de salud en la comunidad y de conciencia del papel de cada organización en el alcance de resultados globales.

A pesar del reconocimiento de esfuerzos positivos, son enfáticos los relatos sobre dificultades en el uso de conocimientos acerca de la población, esto es, datos sobre epidemiología y otros aspectos sociales, para el análisis anticipatorio y la formulación estratégica de las políticas de salud.

Son comunes diagnósticos en los cuales se ignora la inexistencia de datos, por la escasa confiabilidad de algunos, el poco uso de otros, o el uso inadecuado de los datos existentes.

Desde el punto de vista de la gerencia, se resalta que los dirigentes y profesionales del sector normalmente poseen poca formación en el uso de técnicas racionales de análisis y planeamiento, con visión intersectorial y base interdisciplinaria, lo que contribuye a la deficiencia de la gestión y del tratamiento de las informaciones existentes.

En cuanto a la gestión de tecnología, se han informado dificultades en orden a la definición de estrategias de incorporación y des incorporación de tecnologías, basadas en análisis más

selectos sobre costo, beneficio, oportunidades, etc. Los análisis técnicos económicos y sociales sobre alternativas tecnológicas, que constituyen fundamentos importantes para la decisión gerencial son poco utilizados.

Son contundentes aún, las críticas y dificultades relacionadas con la gestión de recursos humanos. Se repiten en esa área las mismas dificultades encontradas en la administración pública, aunque pueden agregarse algunas características sectoriales típicas, como la formación de un creciente y mayor número de profesionales para el sector, expansión en el nivel de prestación de servicios de salud y utilización de tecnologías más sofisticadas y sustancialmente más caras, han contribuido para modificar el status histórico de los profesionales de la salud.

En cuanto a esas dificultades administrativas, la solución se encuentra parcialmente, en el ofrecimiento de oportunidades para que las personas que asuman el liderazgo en los SILOS, tomen contacto con alternativas modernas de gestión. Esas oportunidades pueden ser de formación y de experiencia en prácticas administrativas novedosas.

En el área de la salud son comunes las quejas sobre:

- ✓ La desproporcionalidad de recursos apropiados por el sector en relación con otras áreas de política pública y su impacto en la satisfacción de los usuarios/afiliados/beneficiarios;
- ✓ Las incongruencias, incompatibilidades y poca integración entre diversas áreas del sector, como, por ejemplo, infraestructura y prestación de servicios y las dificultades de relacionarse con otras áreas de gobierno.

El costo acentuado de la tecnología invierte las proporciones presupuestales anteriores, haciendo que el costo técnico de la prestación de servicios sea cada vez más elevado en función de los recursos humanos utilizados (por ejemplo en una práctica de las llamadas especializadas, se remunera más al denominado “gasto” que al “honorario profesional”), mayor cantidad de recursos para tecnología y expansión de personal de servicios son factores que contribuyen a dificultar la retribución por contribución prestada.

Además que la escasez de recursos y las dificultades de coordinación son problemas verdaderos, constantemente sirven como disculpa para no buscar nuevas formas de acción gerencial. Los problemas de coordinación han estimulado nuevamente el debate sobre la capacidad gerencial del sector para asumir nuevas modalidades de administración, en este sentido, aquí serán analizados esos problemas, porque si no se encarar, pueden corroer la propia idea de los SILOS, a saber:

- ✓ ***La gestión sobre escasez de recursos,***
- ✓ ***Las dificultades de coordinación de las diversas organizaciones que los componen, inclusive por causa de las interfases de esos problemas con las dimensiones estructurales.***

Escasez de recursos financieros:

Los asuntos financieros tienden a afectar el proceso gerencial de cualquier institución, su existencia es normal en cualquier organismo público o privado y tiene que ver poco o nada con los departamentos financieros, en la medida en que esos problemas se manifiestan, o se siente una escasez permanente de recursos sin una perspectiva clara de solución rápida, se suelen provocar comportamientos gerenciales contradictorios que afectan el desarrollo y progreso de las instituciones.

El sector público sanitario en nuestro país, no actúa normalmente en un ambiente de abundancia y eficacia y sí en medio de escasez e ineficiencia. Los problemas se presentan no solamente por causa de las dificultades y la desproporcionalidad de los recursos asignados para el sector, en relación a otras áreas de política pública, como se ha expresado precedentemente, sino también, porque existen incongruencias, incompatibilidades y poca integración entre los diversos servicios, como por ejemplo, infraestructura y prestación de servicios.

En algunos países, y en el nuestro en algunos ciclos, los bajos índices de actividad económica reducen las fuentes naturales de recursos públicos. Demandas y expectativas sobre el gobierno se alteran rápidamente, con grandes reflejos en toda la administración pública. Paradójicamente, nuevos recursos son necesarios en las épocas en que son más escasos, en las áreas sociales como las de la salud, aumentan las expectativas de intervención del gobierno para solucionar las crisis.

Estas demandas para nuevos gastos son originadas, entre otros, por los siguientes factores:

- ✓ Nuevos segmentos sociales pasan a utilizar recursos públicos para servicios como educación, asistencia y salud, anteriormente financiados con recursos privados;
- ✓ El aumento del desempleo crea presiones para el incremento de recursos asistenciales por parte del gobierno;
- ✓ El crecimiento poblacional, sin el correspondiente aumento en la actividad económica, genera nuevas demandas de servicios asistenciales con recursos públicos;
- ✓ Las actividades privadas, en algunos casos, pasan a exigir el uso de recursos públicos para su mantenimiento, sobrevivencia y garantía de estabilidad social.

El dilema de la administración de la escasez está formado por dos componentes:

- ✓ La presión para que se haga mucho más, en términos de dar solución a los problemas de salud.
- ✓ La presión para que se gaste mucho menos.

Problemas administrativos de la escasez de recursos

Administrativamente esos problemas significan, por un lado la lucha por la sobrevivencia, viabilización de la organización y satisfacción de la demanda, y por otro, la lucha para enfrentar los cortes presupuestarios, se torna entonces necesario redimensionar la expansión, reducir los servicios y convivir con la incertidumbre sobre el alcance de objetivos.

Entre los principales problemas administrativos provocados por la escasez aguda, se pueden indicar los siguientes:

- **Aumento de la burocracia**

Normalmente, en el contexto socioeconómico de un país en desarrollo, donde existe mayor escasez de recursos no hay condición de ofrecer todos los bienes y servicios necesarios a la población.

La burocracia, entendida como barreras administrativas, aparece como una forma de racionalizar el acceso de la población a los servicios existentes, constituye un precio no monetario que el usuario tiene que pagar, cuando no se puede prestar el servicio a todos los que lo solicitan. Por ejemplo, si no hay recursos suficientes para atender todas las demandas, para racionalizar y limitar los requerimientos, se opta por la creación de formularios, filas, horarios especiales y certificados, que constituyen precios no monetarios que dificultan el acceso a los servicios, temas sobre los cuales, podríamos no solo escribir una tesis, sino un libro en sí mismo.

En caso de poder cobrar precios monetarios, las organizaciones naturalmente racionalizarían la administración interna, pero a costa de inequidades en la distribución de servicios, entonces en épocas de crisis y de aumento de la demanda, cuando se acentúa la escasez de recursos, las instituciones públicas tienden a aumentar sus precios no monetarios, para poder racionalizar sus servicios.

- **Imagen de ineficiencia e incapacidad administrativa**

El crecimiento organizacional, cualquiera que sea su forma, normalmente puede ser justificado externamente como producto de una planeación adecuada y de la adopción de decisiones eficaces de los dirigentes.

En épocas de escasez, de reducción de presupuesto y de disminución de la calidad y cantidad de servicios, fácilmente puede generarse una imagen de ineficiencia e incapacidad administrativa, por ejemplo, decisiones de progreso, como la búsqueda de nuevos recursos y de mejora de servicios, son fácilmente justificados, no ocurre lo mismo con decisiones sobre cortes de prestaciones, difíciles de ser explicados, ya que dejan implícita la menor importancia social del servicio que fue reducido, no obstante, se reconocen artilugios variopintos en este sentido, como pasar de dar cobertura a los medicamentos a cargo de los diferentes prestadores (obras sociales, medicina prepaga, etc.) de porcentaje sobre el precio de venta al público, a monto fijo.

Por eso es que la escasez de recursos provoca críticas a los dirigentes del sector, por problemas originados lejos de sus organizaciones, de manera que su función se transforma en una lucha para que la institución sobreviva, utilizando esfuerzos, a veces no relacionados con objetivos específicos, rodeados de un alto grado de incertidumbre y de sensaciones de impotencia para solucionar los problemas.

- **Frustración y pesimismo individuales**

La administración en época de escasez genera presiones de adaptación, pesimismo e inmovilidad a nivel individual. La reducción de la capacidad de acción de los dirigentes hace que comience a adquirirse una posición defensiva, mostrando que los problemas de sus organizaciones solo pueden ser resueltos externamente y a largo plazo, lo que no solo reduce intensamente las alternativas a corto plazo, sino que también constituye una gran justificación para el pesimismo y la conformidad.

Además, existe dificultad para motivar al personal, porque la escasez de recursos disminuye las posibilidades tradicionales de recompensa por la eficiencia individual, como promoción y ventajas y reduce el prestigio, el poder y la seguridad. El resultado es que las personas altamente competentes comienzan a aceptar de sí mismas sus propios comportamientos de ineficiencia como producto de sus frustraciones.

- **Restricciones a la visión estratégica**

La escasez de recursos tiende a imponer una perspectiva de corto plazo en las acciones organizacionales. Dirigentes, jefes y funcionarios consumen la mayor parte de su tiempo disputando recursos para mera sobrevivencia de sus departamentos y/o áreas de incumbencia. Es una lucha de base sectorial, en la que cada uno, a su modo, procura garantizar el flujo de recursos y la sobrevivencia de su unidad, que favorece la competencia interna, acentuando la fragmentación y segmentación de las entidades de salud.

- **Reacciones a las dificultades financieras: reconstrucción de la visión estratégica**

Las organizaciones de salud se preparan mal para enfrentar períodos de escasez. En épocas de relativa abundancia de recursos, generalmente faltan datos concretos para analizar el futuro y no se concede la debida preocupación al planeamiento, eso ocurre porque la existencia de recursos minimiza los errores provenientes de las incompetencias naturales de la administración.

En estas etapas, informaciones concretas son necesarias para justificar racionalmente los cortes de prestaciones, pero ya no hay dinero para buscarlas, luego, por falta de recursos y de tiempo, se procede a efectuarlos indiscriminadamente, lo más rápidamente posible para salvar a la organización. Así, en la medida en que se acentúa la escasez, se repite el mismo procedimiento: se generaliza la falsa idea de que reducción de gastos significa mayor eficiencia, siendo que ésta y la relación insumo/producto, no tienen que ver con un simple corte de recursos, y sí con lo que se obtiene de los ya existentes.

Para enfrentar este desafío, la economía enseña criterios de mayor productividad y recorte de gastos en las actividades menos prioritarias. La visión política de la administración recurre al uso de defensas institucionales, como amenazar cortes en programas prioritarios, para provocar reacciones de la población que será afectada.

La escasez tiende a intensificar problemas administrativos, haciendo que las organizaciones parezcan sub dimensionadas e incapaces de responder a las demandas públicas. Así, es necesario reactivar la visión estratégica del análisis anticipado y de la perspectiva de largo plazo sobre objetivos específicos.

La ausencia de planificación con objetivos claros, hace que el control sobre los destinos de la organización sea débil, pues las decisiones tomadas buscan mantener las condiciones mínimas de existencia, sin visualizar alternativas de dirección futura.

Las políticas de salud, principalmente aquellas que envuelven estrategias de prevención, exigen análisis y acción sobre factores que, en la casi totalidad de los casos, no están bajo control de los profesionales de la salud.

Las situaciones reales, juzgadas inadecuadas y experimentadas por diversos grupos poblacionales, constituyen un conjunto de problemas interrelacionados, que exigen perspectivas estratégicas y globales para su mejor comprensión, examen o solución, dado que este tipo de enfoque visualizan los problemas de manera sistémica, lo que trae una ventaja en el área de salud.

Raramente los problemas sociales pueden ser resueltos o significativamente alterados de forma independiente de otros. Desde el punto de vista administrativo, a veces es más simple y barato resolver dos o tres problemas en conjunto, que invertir de forma masiva en la solución de uno.

Solamente con el desarrollo de una visión menos segmentada y más global de los problemas de salud, es que se puede anticipar y actuar en factores interdependientes. Así, en la formulación de la política de éste sector, se debe no solamente responder a interrogantes de interdependencia por visión segmentada, sino principalmente desarrollar la visión del todo en cada pregunta.

Por ejemplo, en vez de preguntar cómo determinada política social o económica afecta el sector de la salud, o viceversa, se debe saber responder, en la perspectiva de ese sector, cómo determinada política social o económica afecta al todo. La integración posibilita compartir los recursos: financieros, materiales y humanos, en principio no disponibles para el sector de la salud pueden ser movilizados para la solución de problemas con beneficio para todos.

Por otro lado, vale recordar que los programas en el área de la salud son complejos, porque comprenden una amplia variedad de demandas con diferentes grados de agregación política, de gran visibilidad social, aparentemente con gran facilidad para obtener consenso sobre su solución, pero de difícil implementación: demandantes rurales o urbanos, grupos económicamente más pobres o más ricos, geográficamente concentrados o esparcidos, y

decenas de otros factores comunitarios influyen continuamente la toma de decisiones políticas sobre la distribución de recursos.

La política de salud, por ser menos cuestionable en su esencia, facilita el debate y el conflicto respecto de los métodos y procedimientos de implementación, causando una mayor desintegración entre decisión y acción y dificultando la construcción de una visión estratégica que afecte las organizaciones del sector.

Un menor cuestionamiento sobre la relevancia y la necesidad de determinada política, lleva a la aceptación de estructuras burocráticas más estables, complejas, caras y menos adaptables, de tal modo que se agudizan los conflictos sobre métodos y procesos de acción substantiva, dificultando la innovación administrativa.

Cuanto más clara la dimensión estratégica, mayor el apoyo político y mayor la posibilidad de compromiso de nuevos recursos, programas y proyectos nuevos encontrarán un ambiente favorable, en que los obstáculos serán más fácilmente removibles.

La visión estratégica facilita la actualización de las expectativas de la comunidad. Conocido el sentido de la dirección, sus ventajas y dificultades, la participación de nuevos factores puede ser más eficaz.

Coordinación: la lógica y las imperfecciones sistémicas

Los creadores de los SILOS concibieron en su forma organizacional, un esquema jurídico y su dimensión operativa, fueron vistos como una estrategia para estimular y desarrollar la atención primaria de salud, por eso es que no fueron definidos como una institución o una instancia administrativa para la acción, sino como un concepto, una filosofía o un modelo para operar la prestación de servicios de salud de manera eficiente, eficaz y equitativa.

Las bases operativas de los SILOS fueron ideadas desde su concepción para implementar las modificaciones que se exigían en las formas ya existentes para la prestación de los servicios. Para hacer justicia a la visión estratégica de sus formuladores, a continuación se muestran las ideas centrales:

La operacionalización efectiva de los SILOS, exige de los organismos que los conforman, su identificación con los propósitos del sistema global y, como consecuencia, su reorganización, coordinación y cambios en la forma de actuar. Se requiere una forma de organización del servicio en red, que debe ser gerenciada de forma dinámica, flexible, conciliadora y participativa.

Así, debe resaltarse las siguientes proposiciones:

- ✓ Las instituciones locales deben adaptarse a los sistemas locales de salud como tales, a sus políticas y propósitos globales, y a los modelos de comportamiento político, económico, administrativo y sociocultural del área de influencia.

- ✓ El desarrollo de una mentalidad integracionista por parte de las organizaciones, facilita su interrelación con otras instancias, que de manera formal e informal, pueden colaborar con los sistemas locales. Son potenciales participantes, los individuos en los hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidades y en otros sectores interrelacionados, así como también, los diferentes trabajadores, el hospital de referencia y otras unidades de servicios que ofrezcan apoyo.

Una gran participación comunitaria, como se expresara, es el elemento fundamental para la operatividad de los SILOS, por esto, su aceptación y la creación de condiciones y estímulos para aumentar su nivel, garantiza por una parte, que las decisiones sean el resultado del conocimiento efectivo de las necesidades de la población y por la otra, que las demandas sean satisfechas conforme a la disponibilidad local de recursos.

Uno de los objetivos de la administración estratégica de los SILOS, contempla la concertación y compatibilización de intereses entre los distintos agentes y fuerzas sociales, para ello la existencia de una cabeza que lidere el proceso (hospital de referencia por ejemplo) permite desarrollar y consolidar la concertación intrasectorial y con la comunidad.

Es deseable la existencia de una infraestructura mínima que viabilice esta coordinación y que al mismo tiempo, ofrezca apoyo administrativo, en cuanto a los sistemas de información gerencial, de personal, suministros, financieros y de recursos físicos.

La experiencia demuestra que las entidades de salud no pueden seguir trabajando dentro una misma área, sin ninguna relación entre sí; es necesario conquistar una nueva mentalidad gerencial y orientarse para formas novedosas de organización.

La lógica sistémica y sus imperfecciones

No tenemos dudas que un SILOS es un sistema “teleológico”(orientado a un fin), en el cual diferentes entidades públicas y privadas proceden según un objetivo común. Así, el más grande vínculo entre las organizaciones que lo constituyen tiene base en los propósitos comunes, que son independientes de los objetivos específicos de cada componente.

La ventaja de esta visión sistémica es que:

- ✓ Mantiene la independencia de las entidades componentes, lo que posibilita un espíritu de iniciativa, capacidad adaptativa y la creatividad en la solución de problemas.
- ✓ Cultiva la lógica sistémica de complementariedad e interdependencia concientizándose de que la acción de cada organización influencia las actividades de la otra.

La sobrevivencia eficaz de un SILOS depende del mantenimiento de las organizaciones suficientemente autónomas e interdependientes para alcanzar los propósitos comunes.

Siendo un sistema, los SILOS son afectados tanto por lo que hace cada una de las organizaciones que lo componen, como por la forma en que cada una de ellas interactúa con las otras.

Esta lógica sistémica es un ideal que no se verifica, aun totalmente, en la práctica, dado que las interacciones entre organizaciones no son armónicas ni coherentes ni están excluidas de intereses o libres de contingencias propias del ambiente social en donde ocurren, así, los sistemas son intenciones de integración que sufren variaciones impuestas por una realidad cambiante e imprevisible.

La vida de un sistema organizacional es un constante desvío de lo deseado: discrepancias de acciones administrativas son inherentes a la práctica sistémica y a veces definidas como verdaderas paradojas, pueden ser explicadas por las propias imperfecciones de la práctica sistémica.

Una red organizacional es un sistema imperfecto, en que las interdependencias y variaciones provocan adaptaciones inmediatas y equilibradas entre los diversos subsistemas. Tanto la noción de sistemas como la de "organización" pueden ser engañosas, pues conducen a la idea de que se está lidiando con algo más lógicamente construido e interdependiente de lo que la realidad demuestra.

Los subsistemas organizacionales son heterogéneos: actúan en ambientes diferentes, ejercen funciones diversas y tratan con diversas poblaciones objetivo, que demandan una variedad enorme de productos y servicios. Por estar en esos ambientes, sus acciones no promueven reacciones inmediatas y automáticas de re - equilibrio, diferentes ambientes imponen presiones diversas sobre cada sector organizacional, generando respuestas variadas a demandas específicas y en la mayoría de los casos, sin ninguna armonía con las acciones de otros sectores.

Por ende, la complementariedad entre el conjunto de organizaciones y recursos que forman parte de los SILOS, exige una alta capacidad de coordinación entre las organizaciones del área geográfica predefinida.

Son en realidad las transacciones externas, organización (subsistemas) y ambiente (sub - ambientes inmediatos), las que provocan la mayor parte de las acciones internas, que como pueden llevar a fragmentaciones del todo, o al re - equilibrio sistémico, dependen de acciones gerenciales de integración.

Gerenciar un sistema significa enfrentarse con una variedad enorme de factores técnicos, además de comportamientos humanos diversos, que con lleva en principio a una imagen de contradicción, cuando se piensa en algo integrado u ordenado, dado que todo sistema es inherentemente paradójico o contradictorio, esto se refleja en la idea de mantener comportamientos autónomos, al mismo tiempo que se procura disciplina; de aceptar la diversidad, al mismo tiempo que se busca la unidad; y convivir con la complejidad y el desorden, al mismo tiempo que se intenta implantar la simplicidad y el orden.

Un sistema organizacional no es una máquina ni un organismo, en él no existe un centro pensante, reacciones automáticas o acciones en cadena perfectamente programables.

Un sistema organizacional es una construcción humana arbitraria y abstracta que se torna en una realidad específica por la acción de sus miembros. Su construcción se hace, normalmente, sobre una base lógica racional, a partir de una intención explícita de alcanzar algún objetivo, y está esencialmente basada en la división del trabajo, se supone capaz de actuar de forma integrada y alcanzar el todo deseado.

Sin embargo, cuando se reparten las tareas y se designan papeles y funciones a las organizaciones y a los seres humanos que deben responder por la acción integrada, no se elimina de las personas ni de las organizaciones, las percepciones y concepciones diversas sobre la realidad.

En ese sentido, la realidad pasa a ser un punto de referencia para los diversos comportamientos organizacionales e individuales, los que deben ser, al máximo posible coherentes para alcanzar la unidad o integración deseada.

Dentro de los factores que más contribuyen a la imperfección sistémica se pueden mencionar:

✓ ***Pluralidad de intereses***

Los sistemas son redes constituidas por una pluralidad de intereses que prevalecen unos sobre otros, conforme la distribución de recursos, de poder e influencia. El poder existe en todas las relaciones institucionales y tiene la capacidad de establecer relaciones de dependencia y autonomía.

La administración y operación de los SILOS exige el redimensionamiento de la gestión del sector salud, con base en conceptos y prácticas gerenciales vigentes para las organizaciones en general.

Las organizaciones son estructuras de poder: manejan recursos y generan opciones sociales y económicas y, por lo tanto, poseen gran capacidad de influencia sobre el destino de las personas. Cuanto mayor y más compleja la organización, mayor será el poder ostente o posea. Poder organizacional, significa mayor control sobre su propio destino, menor vulnerabilidad a las interferencias externas y mayor capacidad de influencia sobre otras instituciones, de manera que se torna un recurso importante para la sobrevivencia de la organización, que busca ampliarlo y mantenerlo.

Una visión pluralista parte de la premisa de diversidad y diferenciación y de que todas las organizaciones luchan para que sus intereses prevalezcan en las decisiones finales: el consenso y la cooperación son el resultado de intereses convergentes.

La racionalidad substantiva de un SILOS, por ejemplo, presume que las decisiones sean tomadas por evaluación de las consecuencias de las alternativas conocidas: se verifica la calidad y la cantidad de los beneficios que podrán ser recibidos y se compensa el esfuerzo desarrollado. Bajo una perspectiva de poder, se toman las decisiones con la intención de saber cómo ellos afectan los intereses de cada organización o grupo involucrado.

El proceso de decidir debe ser visto como un juego de suma cero: en que unos ganan y otros

pierden, y así, unos apoyan y otros rechazan.

Las instituciones participantes de un SILOS no actúan solamente en función de los problemas substantivos que enfrentan, sino también de los intereses organizacionales que juzgan, deben preservar. Participan del proceso decisorio sistémico, colectando informaciones no solamente en función de encontrar la solución racional de los problemas, sino también buscando conocer los diversos intereses que otros actores del proceso puedan poseer.

A pesar de actuar según un propósito común, son estructuras políticas con intereses propios. Así, siempre actuarán en el sentido de defender los, preservar y ampliar sus espacios de acción y adquirir mayor autonomía e independencia, de manera que la evolución de cada organización será en la dirección de obtener mayor control y coordinación.

Su lucha política diaria sea por la búsqueda de recursos o por la preservación de autonomía, podrá conspirar contra la interdependencia sistémica y teleológica, así es que la coordinación de las diversas unidades que componen un SILOS se vuelve la función principal para reconstruir constantemente la interdependencia sistémica.

Es preciso resaltar también, que en la medida que las sociedades se democratizan, los gobiernos se tornan más pluralistas y las diversas unidades gubernamentales desarrollan y manifiestan más claramente sus intereses y su visión sobre el bien público.

Las unidades gubernamentales proceden como cualquier otra organización que pertenezca a los SILOS en la defensa de sus intereses, por lo tanto, para mantener su viabilidad, a largo plazo, es necesario resaltar que toda acción administrativa en red es esencialmente una forma de cooperación política, por lo tanto, los ideales, los intereses, la forma de acción y distribución de recursos deben ser materia de análisis y negociación.

A veces, se resaltan tanto los intereses altruistas de cada organización, que se omiten otros igualmente importantes y legítimos en la acción administrativa, como el poder, la influencia, la sobrevivencia y la regularidad de los recursos financieros. Así, la cooperación y negociación entre unidades de los SILOS, inclusive las gubernamentales, se basan en premisas como:

- No existe neutralidad aliada a los ideales altruistas; siempre existen intereses organizacionales particulares;
- Las acciones administrativas que ayudan a unos, amenazan a otros;
- Conflicto y cooperación están siempre presentes en todas las formas de integración organizacional.

✓ **Autonomía sectorial**

La especialización moderna toma la organización de trabajo, como una pluralidad de funciones profesionales, las cuales para ser bien ejercidas necesitan de una concepción acentuada de autonomía, cuanto mayor su grado, mayor la posibilidad de concepciones diversas sobre objetivos y métodos de acción.

Por tanto, un sistema organizacional está compuesto no solamente por la visión global de objetivos, sino también por la sumatoria de concepciones sectoriales que convergen y divergen de la totalidad. Como la sectorización es acentuada, hoy se dice que la integración sistémica solo es posible a través de la unión de un mínimo de intereses comunes, y por lo tanto el esfuerzo de coordinación se inicia a través de una base mínima y no máxima de esos intereses.

Sin embargo, la pluralidad de instituciones, así como la formación de redes, no perjudica la idea de sistema, sino que más bien la refuerza: Las identidades de las instituciones que lo componen se deben preservar, así como sus características legales y formas de prestación de servicios.

La colaboración es una manera de resaltar lo que tienen en común y es capaz de unirlos en acciones específicas. Las diferencias, los conflictos y la oposición permanecerán, porque algunos intereses son inherentemente conflictivos, sin embargo, es necesaria la aceptación de la pluralidad y la comprensión de que los recursos políticos y financieros, tecnológicos, humanos, etc, están distribuidos desigualmente y repartidos dentro de las diversas instituciones de un sistema.

✓ ***División del trabajo***

La división del trabajo no es solamente una forma de definir tareas y de atribuir papeles y funciones a las personas, es también una forma de distribuir recursos de poder e influencia, y de establecer la naturaleza, las formas y las posibilidades de comunicación entre las personas. Así, produce al mismo tiempo, aislamiento e integración entre las personas: las aleja y aproxima, imponiendo y reduciendo barreras de comunicación. La práctica gerencial, sin embargo, demuestra que el aislamiento es una consecuencia más acentuada de la división del trabajo que de la integración. La especialización es una forma de aislamiento que necesita compensación por un esfuerzo gerencial de crear nuevos canales formales e informales de comunicación.

✓ ***Dominio de profesionales especializados***

Las organizaciones del área social, como la educación y principalmente la salud, tienden a ser dominadas y dirigidas por profesionales con alto grado de identificación con su profesión: Profesores, médicos y enfermeros/as, por ejemplo, poseen ambigüedades en sus motivaciones y en sus lealtades organizacionales, son más leales a su profesión y al ejercicio de determinadas tareas, que a los objetivos y patrones de eficiencia de la organización para la cual trabajan. En consecuencia, surgen dificultades de colaboración y adhesión a proyectos cooperativos porque sus objetivos individuales acaban por ser contradictorios con los objetivos mayores de la organización y del sistema administrativo.

Por ejemplo, profesores y médicos adquieren respeto por las conquistas profesionales de sus pares, miden su propio éxito por el reconocimiento externo que reciben de sus colegas (títulos, menciones, grados, aceptación de textos para publicaciones, invitaciones para reuniones

profesionales, etc.) y no por la contribución a la Institución en que trabajan.

Estos profesionales tienden a adherirse a organizaciones y asociaciones intermedias, donde no solamente acompañan la evolución de sus profesiones, sino que también actúan en la protección mutua de sus miembros, (por citar solo algunos ejemplos: Colegio de Médicos, Colegio de Bioquímicos, de Farmacéuticos, etc.). Procuran influenciar en las decisiones de las organizaciones en que trabajan, menos por su participación directa en el proceso decisorio, y más por la inclusión de cuotas de representación o exclusividad en comisiones de dirección para profesionales de su campo.

En general se observa que profesionales especializados prestan poca atención a procesos internos que garanticen la eficiencia, aceptando apenas que todo depende de la persona admitida, de manera que acentúan la importancia del reclutamiento y selección, despreciando otras funciones gerenciales, a las que les prestan poca atención, favorecida esta actitud con que están acostumbrados a obtener éxito por su esfuerzo, ocupación y acción independiente, y por ende, tienen dificultades en adaptarse a tareas cuyo éxito es determinado por la capacidad de obtener resultados a través de otros. Así, cuando asumen funciones gerenciales se sienten frustrados, se quejan de burocracia, de reuniones y de cualquier tarea que los someta a una dependencia clara de terceros, observándose que en la mayoría de los casos, cuando asumen funciones gerenciales, jamás dejan de ejercer su profesión de origen, manteniéndose ocupados en la gestión apenas parcialmente, lo que explica por qué muchas organizaciones del sector social no poseen dirigentes integralmente dedicados a estas tareas y que asocian su éxito personal directamente con el de sus organizaciones (como en casi todos los órdenes, hay excepciones a esta regla).

✓ **Recelos y cautelas en la interacción**

La interacción sistémica puede ser percibida como onerosa, además de provocar la reducción de la autonomía organizacional. El desarrollo de una institución conduce a la ocupación de espacios de decisión y acción que la dejan menos vulnerable a imposiciones externas. Así, establecen y consolidan vínculos externos en forma selectiva, valorizando los que contribuyen para su éxito y minimizando los que consumen más recursos y reducen la eficiencia. Una nueva interacción sistémica puede ser vista como restrictiva a la autonomía organizacional, muchas veces compensada por la eficacia y calidad de los servicios.

Una interdependencia sistémica programada como en el caso de los SILOS, puede generar algunos celos y cautelas, que será indispensable considerar a fin de tratar de evitar, por citar algunos:

1. *Pérdida de identidad y visibilidad.*

Las cautelas son más acentuadas en instituciones de gran visibilidad que crecieron y adquirieron prestigio por su acción individual y construyeron una identidad propia, bien por la naturaleza del servicio, calidad y eficiencia de sus acciones o bien por la lealtad y orgullo de sus funcionarios, por lo que sienten que puede perjudicar prestigios y cambiar comportamientos sedimentados, algunos de los cuales sustentan el éxito de la institución.

2. Obligaciones de la interacción.

Donde no existen relaciones de mercado, la cooperación exige comunicaciones intensivas, que pueden ser vistas como una nueva "obligación": reuniones, comités, colecta y trasmisión de nuevas informaciones pueden ser juzgados innecesarios o vistos como elementos perturbadores para la prestación de servicios.

3. Percepción de dominio político.

Un nuevo sistema puede ser visto como una forma por la cual ideas e intereses de un grupo serán conducidos de tal forma que prevalezcan sobre los de otros.

4. Desequilibrios económicos.

La adhesión a un nuevo sistema instituye la idea de reciprocidad, de manera que el equilibrio organizacional establecido entre ganancias y pérdidas, puede ser alterado, produciendo recelo sobre el grado de contribución y que la participación en el nuevo esquema organizacional pueda ser mayor que el de la retribución.

✓ ***Intangibilidad de los servicios sociales y de salud***

Las organizaciones de éste área prestan servicios en gran parte intangibles, lo que dificulta el establecimiento de vínculos cooperativos basados en intercambios y complementaciones, como si ocurre, por ejemplo, en el área empresarial donde la forma de organización en red enfatiza las interrelaciones sobre la base de la complementariedad, protección mutua en áreas competitivas e intercambio de bienes, porque las formas de cooperación buscan algo en común, tangible y verificable, que si no es alcanzado perjudica a todos en común.

Las organizaciones del área de la salud, tienden a poseer objetivos autónomos y a competir por recursos que provienen de la misma fuente de financiamiento, lo que les posibilita sobrevivir aisladamente, inclusive a costa de otras, de manera entonces que la construcción de redes exige mayor esfuerzo educativo sobre los valores y propósitos comunes, para no, terminar en una mera formalidad de adhesión al sistema, debe incluirse no solamente la construcción y la comprensión de objetivos, sino también una construcción de dependencias mutuas que se desprenden directamente de los objetivos que se pretende alcanzar.

✓ ***La coordinación sistémica***

Las imperfecciones sistémicas ilustran por qué la construcción de un sistema organizacional capaz de operar con eficiencia según objetivos comunes, no es tarea fácil, entre otras cuestiones, porque es muy difícil que sus intereses particulares no intenten prevalecer.

Eso sumado, a que actúan en un medio de diversidad social, lo que provoca, presiones constantes y contradictorias sobre la política pública. Los conflictos sustitutos y de intereses organizacionales son inherentes, y la verdad, hacen parte de la esencia del sistema, tanto como de la idea de cooperación y es necesario entender que la forma sistémica de trabajo

necesita de un aprendizaje formal y de un largo período de maduración.

Las instituciones y grupos que aprendieron a sobrevivir aisladamente tienen expectativas diversas sobre la cooperación. La historia de un SILOS puede ser común a todos, pero la prehistoria de las organizaciones participantes es diferente, cada una tiene su prestigio, su forma de actuación y su tiempo de adaptación.

Las imperfecciones sistémicas ilustran también por qué es necesario unirse a través de una acción de coordinación, que es la que procura resolver las paradojas de la práctica y desarrollar:

- Homogeneidad a partir de la diversidad, heterogeneidad e imperfección sistémicas; organización a partir de una construcción arbitraria;
- Unidad y totalidad derivadas de la sumatoria de las acciones de sectores semiautónomos o independientes;
- Interacción a partir del aislamiento provocado por la división del trabajo.

La coordinación es, por tanto, la función de integrar y armonizar el todo, basada en la acción interactiva. En la práctica, es un incentivo a la interacción direccionada; difícil de definirse concretamente por el alto grado de variación valorativa implícita en la idea de armonización, pero, por ser una interacción provocada, es mejor ejercida por las personas que tienen una mayor capacidad de liderazgo y de influencia. Para mejorar su ejercicio, las personas involucradas deben tener como premisas:

- Una visión de globalidad y unidad que constituya la lógica del conjunto, normalmente representada por la misión y objetivos del sistema;
- Una conciencia de que se actúa en un sistema socio-técnico donde las interrelaciones cambian de relevancia, en función de problemas y oportunidades;
- La creencia en la necesidad imperiosa de actuar para restaurar el equilibrio y reevaluar interacciones programadas.

Una buena coordinación es fruto de habilidades gerenciales para promover la interacción, integración y armonía entre los diversos sectores de un sistema. El ejercicio de esa función, requiere, por lo tanto, la promoción de la flexibilidad y el estímulo a la solución de problemas y de autonomía, en la búsqueda de resultados.

En tal sentido, se sugiere:

- Conceder la mayor autonomía posible para que las organizaciones puedan desempeñar sus funciones, dentro de las expectativas del sistema e inclusive desarrollar métodos propios de trabajo.
- Incentivar una mayor participación y cooperación en el planeamiento e implementación de actividades de naturaleza colectiva.

- Definir conjuntamente, divulgar y educar a los participantes sobre valores básicos que deben delimitar las acciones de las diversas organizaciones que componen el sistema.
- Estimular intercambios que hagan más claros los beneficios de la cooperación y motiven a las personas a participar de un emprendimiento común.
- Crear vínculos de integración estratégica que tornen las organizaciones en aliadas a un objetivo común y no solamente interrelacionadas por rutinas de coordinación.
- Resolver y administrar conflictos, no reprimirlos, fingir que no existen o dejar los pendientes.
- Considerar igualmente informaciones y análisis producidos por todas las instituciones participantes.
- Favorecer comunicaciones francas y auténticas: evitar restricciones, confidencialidades inútiles y cautelas excesivas.
- Divulgar informaciones consideradas importantes para el trabajo de todos y mantenerlas actualizados sobre las demandas y necesidades del sector.
- Concientizar a todos sobre las posibilidades de mudanzas y reconocer alternativas de acción frente a situaciones normalmente improbables o imprevistas.

Parece trascendente destacar en este tópico, sobre la viabilidad de lo expuesto, los programas: **“Salud en el Barrio”** impulsado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, o el de la Municipalidad de la ciudad de La Plata – (Véase - Anexo I)

Capítulo 13

1.b.2.- Articulación entre organizaciones (Trabajo en Red)

En el desarrollo de éste acápite, utilizaremos como concepto el de “Redes integradas de Servicios de Salud” (RISS)⁷ y como tal, se dice que responden a una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

Como se desprende de lo anterior, las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única, por el contrario, algunos pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”, y además, permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas, nacionales o internacionales. Por todo lo expresado hasta aquí, debería quedar claro al lector, que lo que se pretende con esta propuesta de trabajo en redes, es que se puedan mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

Podemos acordar que de acuerdo a las diferentes características del sistema de salud para el que se diseñen, las RISS, deben contemplar las siguientes premisas, según el área temática de que se trate:

A.- Según el modelo asistencial:

- 1) Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios
- 2) Una extensa red de establecimientos que presten servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los pública;
- 3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población;
- 4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;

⁷ Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, © 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4) pág. 11

- 5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;
- 6) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

B.-Gobernanza y estrategia:

- 1) Un sistema de gobernanza único para toda la red;
- 2) Participación social amplia;
- 3) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

C.- Organización y gestión:

- 1) Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico;
- 2) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
- 3) Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por género, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes;
- 4) Gestión basada en resultados.

D.- Asignación e incentivos:

- 1) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Quizás, esté de más recordarlo, pero como quien esto escribe tiene mucho tiempo trabajando para el sector salud en muy variadas áreas y tareas, no se puede dejar de mencionar que sean cuales fueren los instrumentos o mecanismos que se utilicen, siempre deberán estar respaldados por una política de Estado que impulse las RISS como estrategia fundamental para lograr servicios de salud más accesibles e integrales. A su vez, este marco político deberá apoyarse en un referente jurídico coherente y acorde con su desarrollo, en investigación operativa y en el mejor conocimiento científico disponible, porque sino, como expresa la sabiduría popular, de buenas intenciones está hecho el camino al infierno, y con nada más que buenas intenciones, los problemas de la población en relación a la cobertura y atención de su salud, no se van a resolver.

Por eso, resulta una buena noticia y que a los fines de éste apartado sirve de ejemplo, lo acontecido en el marco del 19º Congreso Internacional “Salud, Crisis y Reforma. Redes Integradas de Servicios de Salud”, organizado por FECLIBA y CAES, el 25 y 26 de septiembre de 2013 en nuestro país, uno de cuyos lemas fue: ***“La gestión en red constituye un cambio a futuro importante para los sistemas y su administración”.***

En la apertura de la mesa el presidente de la Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA), manifestó que esa organización ha articulado muy bien con la obra social de la provincia de Buenos Aires (IOMA; la más grande del país, luego del PAMI) Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

“Ambas entidades tenemos un programa en el que venimos coordinando la atención de dos millones de afiliados y hemos demostrado que se puede trabajar en red, logrando un sistema ejemplar que he tenido el gusto de mostrar en muchos lugares de Latinoamérica”,(Dr. Héctor Vazzano. 25/9/2013)

En el mismo sentido, se pronunció el referente del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA –organismo que nuclea a 6.600.000 de afiliados) quien puso de relieve “la importancia que tienen las RISS, donde nosotros pretendemos, desde este sistema solidario, garantizar la equidad. Porque cuando decimos que el afiliado debe estar en el centro, pensamos en la distribución de los recursos.” (Dr. Antonio La Scaleia. 25/9/2013)

En ese sentido, expresó que “las redes son entrelazados de intercambio de información, saberes y consejos, donde participan las personas, en un escenario dominado por los profesionales de la salud. Presentan divisiones y diferencias de enfoques, influenciados por la rápida renovación de los conocimientos y las presiones competitivas del mercado”.

“Las obras sociales necesitamos hacer esta discusión con todos ustedes donde realmente exista una red participativa, donde localicemos a las personas sanas y logremos la detección temprana de patologías graves y severas. Una RISS no solo debe cubrir una capacidad operativa y técnica sino también debe cuidar al individuo”

Asimismo, puntualizó que “la gestión en red constituye un cambio a futuro importante para los sistemas y su administración. Resulta fundamental la participación, la relación interdisciplinaria y la articulación intersectorial. Debemos abordar los consensos para modificar las prácticas médicas, las observancias de las normas y protocolos, las relaciones de fuerza entre los profesionales y afiliados, anteponiendo un enfoque sanitario. No se puede armar una RIS con todos los conceptos que decíamos donde alguien quede fuera o no participe.”

El máximo referente del COSSPRA habló también acerca de pensar los roles como institución con los actores involucrados en el tema, asumiendo la responsabilidad para que la oferta no determine la demanda e integrando los sistemas de complejidad creciente con articulación de recursos y estrategias, logrando que el afiliado sea atendido con un concepto Institucional e integral.

“En este sentido -aclaró el funcionario- a las RISS la entendemos en una integración con nuestras Obras Sociales Provinciales, donde debemos identificar la oferta, ordenar la demanda, reorientar los recursos, interactuar en forma estratégica entre los centros de atención, analizar los resultados e indicadores prestacionales y evaluar el comportamiento de los servicios. Esta articulación hace a una verdadera red. Nosotros como obra social pretendemos sumar a las RISS a las políticas públicas y lo estamos logrando. Hace más de tres años que es un eje para COSSPRA.”

“Asimismo, presentamos los datos demográficos de la provincia, la composición del padrón afiliatorio del IOMA y su distribución en el mapa bonaerense. Mostramos el sistema de georeferenciación de la obra social, “desde donde accedemos a toda la red pública, compuesta por 77 hospitales provinciales y 150 municipales, y a la privada, integrada por 261 instituciones.

El expositor detalló como en las RISS del 2 nivel el afiliado elige libremente el prestador; luego, de acuerdo con la necesidad, se organizan las auditorías en terreno -pudiendo ser regionales o centrales-; y mediante sistemas informáticos se realiza el intercambio de autorizaciones de módulos, sistemas de autorización y provisión de insumos protésicos, etc., entre el IOMA, la FECLIBA y sus asociaciones.

Después, se detuvo a explicar el servicio de búsqueda de camas y logística de traslados, todo articulado también en red.

Como puede leerse, en el brevísimo resumen precedente, muchos de los conceptos vertidos en este trabajo, han sido utilizados en el evento citado, y las acciones conjuntas de ambas instituciones, sirven de ejemplo de que lo que se propone es factible de llevar adelante en todo el país.

La capacidad para el trabajo en redes, o sea la articulación entre las organizaciones, sectoriales y extra - sectoriales, constituye un aspecto de relevancia para las organizaciones de los sistemas locales de salud, sobre todo debido a la heterogeneidad y las diferentes dependencias de las organizaciones que los conforman, y en caso particular de nuestro país, debemos sumar, la extensión y realidad de cada una de nuestras provincias.

“Hay que actuar como hombre de pensamiento y pensar como hombre de acción” .Henry Bergson

Capítulo 14

1.b.3.- Gestión Participativa

Se entiende la participación social en los SILOS como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades, y el control de los procesos así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria.

Debe señalarse que la participación supone conflictos políticos pues se trata de modificaciones en la distribución del poder; impacta en las organizaciones de base fortaleciendo sus perfiles políticos – organizativos y es probable que no se reduzca al campo de la salud, sino que se produzcan trasvasamientos a otras áreas de la problemática social.

Las estrategias recomendables para la participación social en los sistemas locales son los procesos de deliberación y concertación, que detallamos sintéticamente a continuación:

Deliberar: significa co-elaborar un conocimiento sobre la situación de salud, que incorpore los puntos de vista de la gente y de los técnicos, tradicionales propietarios del saber científico. Esto supone asumir que el conocimiento es un producto social, no estático sino histórico y transformador.

Concertar: significa el proceso de logro de acuerdos entre distintos actores grupos de interés sobre qué se debe hacer o sobre que se puede hacer, para la solución de problemas consensuados. Supone que también se adjudican responsabilidades para la ejecución de las actividades acordadas.

“Se considera que la Gestión participativa, hoy en día es implementada en los distintos estamentos del Sistema de Salud Argentino coordinados y articulados en pos del objetivo final de facilitar la accesibilidad a las distintas prestaciones”.

Fundamentación:

Para los apartados precedentes (Articulación entre las organizaciones y Gestión participativa) se considera como abarcativo el desarrollo efectuado en el apartado “Ordenamiento y gestión organizacional – Descentralización”.

Por otra parte, como corolario de la afirmación sostenida, se agrega el Programa “**Salud en el Barrio**” impulsado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el de la Municipalidad de la

ciudad de La Plata, y lo descripto sobre el desarrollo del 19º Congreso Internacional “Salud, Crisis y Reforma. Redes Integradas de Servicios de Salud”, organizado por FECLIBA y CAES

Capítulo 15

1.c Desarrollo económico financiero (Administración financiera)

1.c.1 Análisis de las relaciones entre la población aportante, los entes aseguradores, el Estado y las Organizaciones Prestadoras, tanto Financiadores como Prestadores de servicios de salud.

El mejoramiento de la idoneidad económico-financiera de un SILOS es vital para su funcionamiento y para la factibilidad de los cambios. Son numerosos los aspectos que en tal sentido puede o debe prever la programación.

No existe descentralización completa sin descentralización de recursos financieros, ni se puede pretender el formato de la intersectorialidad o de la articulación entre subsectores si no se prevén los mecanismos que permitan una corriente monetaria fluida para el pago de las prestaciones cruzadas.

Se considera que en el Sistema Argentino se cuenta con una estructura económica que funciona con todas sus limitaciones, en la actualidad, y que es capaz de poder adaptarse al sistema que proponen los SILOS.

Fundamentación:

Se exponen a continuación algunos conceptos relevantes para la comprensión de este tema y luego su vinculación con la situación de nuestro país: ⁸

El ambiente económico – financiero de la gerencia de los SILOS

Antecedentes

Durante la década de los setenta el mundo experimentó una bonanza económica que permitió a muchos de los países avanzar en el proceso de desarrollo social. Se conformaron en unos casos y se fortalecieron en otros organismos financieros internacionales donde los países con altos ingresos aportaron capital para ser colocado en el mercado financiero y ser aprovechado por los países en vías de desarrollo, para avanzar en la construcción de la infraestructura que serviría de plataforma para garantizar el crecimiento económico futuro. También los empréstitos obtenidos de esa manera, permitieron la provisión de más y mejores servicios públicos, especialmente en las áreas de educación, salud y seguridad social.

Tan optimistas perspectivas financieras hicieron que los países se endeudaran por encima de sus posibilidades reales de hacer frente a los compromisos financieros adquiridos. Como

⁸ (OPS “Manuales Operativos PALTEX – Vol. 1)

agravante a esta situación, muchos de los países no desarrollaron la base productiva, sino que utilizaron los fondos provenientes de los empréstitos y la ayuda internacional no reembolsable para brindar servicios a la población y fortalecer el aparato bélico.

Dos fenómenos económicos transformaron la situación profundamente: el incremento exagerado del costo de los combustibles y la caída del precio de la materia prima y los productos agropecuarios. Con referencia al primer fenómeno, la mayor parte de los países latinoamericanos eran y siguen siendo parcial o totalmente dependientes de las importaciones de petróleo y sus derivados, requiriendo de importantes inversiones en hidrocarburos para mantener funcionando su aparato productivo. Esto provocó inicialmente la descapitalización y posteriormente el endeudamiento progresivo.

Como agravante, el modelo productivo que se intentaba operacionalizar era altamente dependiente de la importación de tecnología, cuyo costo constituía una pesada carga para las deterioradas economías nacionales.

En cuanto al segundo fenómeno, la competencia que se produjo entre los países en vías de desarrollo por los mercados internacionales para colocar las materias primas y los productos agropecuarios, así como la reducción del consumo de algunos de ellos por sustitución (el caso del azúcar), el incremento de la productividad de algunos productos (granos básicos) y el mejoramiento de la calidad de otros en los países industrializados (carnes y productos agrícolas), provocaron sobre existencias con la consiguiente reducción de los precios.

Esa competitividad trajo como consecuencia que los países tuvieran que adoptar y ajustar los sistemas y los métodos de producción para alcanzar los estándares internacionales, mediante el incremento de la calidad de sus productos. Adicionalmente, fue necesario desarrollar metodologías para reducir los costos de producción y aumentar la productividad, de manera que pudieran competir en mejores condiciones en los mercados internacionales.

Esta condición de excesivo endeudamiento externo, incremento del valor de las importaciones y reducción de los ingresos nacionales por concepto de exportaciones, enfrentó a los países en vías de desarrollo a una situación de desequilibrio financiero caracterizada por la incapacidad de financiar los gastos con los ingresos. Como consecuencia, muchas empresas no competitivas en calidad y precio de sus productos, con poca capacidad de adaptación al nuevo orden económico mundial y que mantenían un precario balance financiero tuvieron que cerrar, lo que incrementó el desempleo, redujo la productividad nacional y empeoró la situación social, recrudeciendo las luchas internas en muchos de los países.

La reacción inmediata por parte de las naciones en vías de desarrollo (impuesta también por los organismos financieros internacionales) fue que durante la década de los ochenta se restringieron los gastos de los sectores sociales (principalmente salud, educación y vivienda), dando como resultado una profundización de la brecha entre ricos y pobres desde el punto de vista de la calidad de vida. Como pretexto se adujo la necesidad de fortalecer y modernizar la base productiva y que con ello, el desarrollo social vendría por añadidura.

Durante los primeros años de la década de los ochenta los países en vías de desarrollo exhibían indicadores económicos y sociales comparables con los que habían alcanzado diez años atrás, razón por la cual se llamó a ese decenio "la década perdida".

No se puede dejar de mencionar otro hecho que cambió las condiciones de las relaciones económicas mundiales como es la "globalización de la economía". Este término describe una situación en la cual los países pierden cada vez más la pretendida independencia económica de la que en alguna medida disfrutaron antes, transformándose las economías nacionales en interdependientes; de manera que alteraciones en las variables económicas de las naciones más poderosas provocan disturbios de carácter mundial.

Adicionalmente, durante la última mitad del siglo XX, los países industrializados formaron grupos económicos (Comunidad Económica Europea, Tratado de Libre Comercio de Norteamérica, etc.) obligando a los que se encuentran en vías de desarrollo a negociar en condiciones desventajosas, ya que forman consenso para la fijación de precios tanto de los productos que compran como de los que venden.

El deterioro de las condiciones sociales y el recrudecimiento de los procesos bélicos que ocurrió al interior de nuestro país y de muchos de América Latina, provocaron un replanteamiento de las estrategias de desarrollo, que en conjunto se conocen como Programas de Ajuste Estructural (PAE).

En síntesis, las medidas más importantes impulsaron esos programas son:

- Reducción de los gastos del Estado mediante la disminución del tamaño del aparato estatal, el traslado de actividades del sector público al privado, el incremento en la eficiencia y la racionalización de la planilla del gobierno central y sus instituciones;
- Incremento en los ingresos mediante la eliminación de exenciones y subsidios;
- Desarrollo de una economía de mercado en la que el libre juego entre productores y consumidores, así como la calidad de los bienes o servicios determinan su precio;
- Incremento de las exportaciones de productos no tradicionales;
- Exploración de mercados no tradicionales;
- Modernización de la base productiva.

Ante la necesidad de superar esa crítica situación y las presiones de los organismos internacionales, los países iniciaron un largo proceso de adopción de las medidas de ajuste estructural, intentando recuperar simultáneamente las difíciles condiciones imperantes.

Desde la perspectiva social la problemática podría describirse de la siguiente manera:

El deterioro económico sufrido por la abrupta variación de los términos de intercambio, en conjunto con el alto endeudamiento externo provocó un proceso inflacionario caracterizado por el aumento desmedido de los precios y el incremento controlado de los salarios. Al interior del aparato estatal, esos aumentos ocasionaron una escalada de los costos de operación, de los programas a cargo del Estado, generando un desequilibrio fiscal donde los gastos superan a los ingresos.

Como consecuencia de lo anterior, se produjo una reducción presupuestaria a los sectores sociales que, en conjunto con el incremento de las cargas impositivas, el desarrollo tecnológico, la especialización progresiva y el control de salarios para reducir la inflación, profundizaron el empobrecimiento de la población con un aumento en la brecha social, mayor demanda de medidas compensatorias y la consiguiente inestabilidad política.

Los gobiernos y los organismos internacionales cambiaron la estrategia, dando mayor impulso que en los años precedentes a los programas sociales como una forma de compensar el deterioro social y de reducir la efervescencia política.

Descripción de la situación actual:

Por lo expuesto, la tendencia actual involucra una serie de medidas de compensación social para la reducción de la brecha, entre las que se pueden mencionar:

- Fortalecimiento del papel redistributivo del Estado mediante la creación de fondos de inversión social u otros mecanismos;
- Sostenimiento de las acciones presupuestarias al sector social;
- Protección de los servicios básicos;
- Identificación de los grupos de población prioritarios para el desarrollo de la acción social del Estado;
- Adopción de medidas de bajo costo y alta efectividad.

Toda la problemática descrita tiene importantes repercusiones sobre los sistemas nacionales de salud y, por supuesto, en la organización y operación de sus elementos efectores: los sistemas locales de salud (SILOS), dado que el aumento de la demanda de la población por servicios básicos que el Estado y sus instituciones no podían absorber, provocó la necesidad de buscar formas novedosas de incrementar el impacto de los programas en beneficio de la población.

Ante la profundización del deterioro económico y social, descrito para los años ochenta y noventa, se pudo observar la aparición de un renovado interés por la puesta en práctica de tales instrumentos para el desarrollo social, entre cuyos preceptos fundamentales se pueden mencionar los siguientes:

- Incremento de la accesibilidad de la población a los servicios públicos;
- Reducción de la burocracia estatal mediante la desconcentración/ descentralización administrativas;
- Participación social en la administración y la provisión de los servicios;
- Coordinación público-privada en la provisión de los servicios;
- Enfoque multicausal de la problemática sanitaria y multisectorial en su abordaje.

Expectativas de evolución de la situación económica

De acuerdo con los economistas, el proceso de recuperación económica será sumamente lento, por lo que para evitar una profundización de la brecha social durante los próximos años y evitar el recrudecimiento de conflictos y el proceso de descomposición social, será necesario que los países realicen un gran esfuerzo en desarrollar y consolidar programas que representen una útil herramienta de redistribución de la riqueza nacional y que tengan un verdadero impacto en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Adicionalmente, la experiencia ha demostrado que durante los últimos años, Argentina ha dejado de ser una prioridad para el apoyo internacional, observándose una contracción de los ingresos nacionales por concepto de cooperación financiera en los diferentes campos, suponiendo que esto fuera favorable para el país.

Por otro lado, el apoyo de los organismos financieros internacionales está condicionado a que en los diversos países se realicen programas de ajuste estructural, para lograr una operación más eficiente de los diferentes sectores y, por supuesto, mayor impacto de los programas, y nuestro país, actualmente, a través de sus dirigentes, ha manifestado que no está dispuesto a realizarlo.

El sector social no escapa a estas presiones; es así como se le ha involucrado en profundas reformas. Por esa razón, los gerentes sanitarios deben desarrollar conocimientos y destrezas que les permitan gerenciar de una mejor manera sus programas, a fin de lograr mayor impacto en una población cada vez más demandante y necesitada con recursos siempre insuficientes.

La participación social en la gerencia financiera

Este esfuerzo no solamente debe involucrar al personal de los establecimientos de salud.

Si la salud es responsabilidad de todos, lograr una eficiente gerencia de los recursos sanitarios debe ser, por consiguiente, un reto de participación social.

Tradicionalmente se ha considerado a la sociedad meta de los servicios sanitarios, como proveedora directa o indirecta de los recursos financieros que se requieren para brindar los servicios y como receptora pasiva de los mismos.

En las condiciones actuales es necesario incorporar a la sociedad en general, en el proceso global de la administración de los servicios de salud, lo que involucra primordialmente darle participación en el conocimiento de la situación sanitaria y en la toma de decisiones con respecto a la aplicación de los fondos disponibles, así como en la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento.

Introducción a la gerencia financiera

En la situación previamente descrita, la gerencia de los recursos financieros adquiere una importancia máxima, debido a la necesidad de lograr un uso de los recursos con la mayor eficiencia para hacer frente a las demandas de la población.

Por esa razón, a partir de este acápite, se abordará en forma integral la gerencia financiera, para introducir al gerente de servicios de salud en esa actividad, aspecto requerido en el esfuerzo de proveer a los sistemas locales de salud con los recursos necesarios para su accionar. Por lo tanto, este apartado, está constituido por los componentes de la gerencia financiera y su gestión en los SILOS, los determinantes jurídicos y, por último, el enfoque estratégico y sistémico de la misma.

Debe considerarse que aun cuando la gerencia financiera tradicionalmente conlleva una serie de acciones muy especializadas, en las circunstancias actuales los gerentes de los sistemas locales de salud, deben empezar a adquirir conocimientos y desarrollar destrezas que les faciliten la comprensión y el análisis de los fenómenos a que deben enfrentarse, les apoyen en la toma de decisiones y les permitan integrar la gestión global de un SILOS.

La gerencia financiera debe percibirse como un componente inseparable de la administración integral de los servicios de salud. Está fuertemente vinculada con el quehacer, por cuanto los recursos financieros son la base, pero a la vez, el factor limitante de los programas que se pueden ejecutar.

En un adecuado proceso gerencial de los servicios de salud, a partir del diagnóstico de la situación sanitaria de la comunidad, se deberían diseñar las intervenciones requeridas que en conjunto constituyen el plan de acción para enfrentar los problemas identificados.

Una vez estructurado el programa de actividades, es necesario cuantificar todos los recursos que harán falta para su operacionalización. El costo estimado para cada uno de los recursos en la cantidad requerida es la base para la formulación de un presupuesto, cuyo producto final es un cuadro de necesidades financieras por rubro, de acuerdo al manual de cuentas aceptado y por cada uno de los programas a ejecutar.

De lo anterior se infiere que existe una estrecha relación entre la programación operativa y la presupuestación. La primera determina qué se realizará, la cantidad de acciones y los recursos necesarios para ejecutarlas. La segunda, establece la cantidad de dinero que se requiere para adquirir los bienes y pagar la fuerza de trabajo correspondiente, y es además la base para dar seguimiento a la ejecución del plan.

Componentes de la gerencia financiera

La gerencia financiera involucra una serie de aspectos cuyo objetivo global es procurar el soporte económico a los SILOS para que ejecuten con eficiencia los programas requeridos por la población.

Los componentes de la gerencia financiera, a título enunciativo son:

- Gestión de ingresos;
- Asignación de recursos;
- Gestión presupuestaria;
- Contabilidad general;
- Contabilidad de costos;
- Fijación de precios;
- Evaluación financiera.

La **gestión de ingresos** se ocupa de la identificación de nuevas fuentes de ingresos y la maximización de las conocidas. Este es un aspecto muy importante porque los recursos financieros suelen ser el factor limitante en la entrega de servicios de salud. Por eso es necesario conocer las fuentes de ingresos que están operando, la importancia relativa de cada una de ellas y sus potencialidades; pero, además, se requiere identificar también fuentes alternativas que permitan financiar aquellos programas que no cuentan con los recursos o hacer frente a las situaciones imprevistas, como podrían ser la aparición de un brote epidémico, la sustitución o reparación de un equipo indispensable, la adquisición de nueva tecnología o la satisfacción de necesidades sanitarias en nuevos grupos de población, cosa que quien esto escribe puede testimoniar acabadamente, dado que fue protagonista, entre otros, en el marco de los objetivos de Extensión Universitaria, de la experiencia que durante los años 2012 y 2013, realizó la Universidad Nacional de La Plata, a través de su Facultad de Ciencias Económicas, en el hospital Dr. R. Gutiérrez de la ciudad de La Plata, que se denominó: **“Un aporte al Hospital Dr. R. Gutiérrez”: Aplicación de nuevos procedimientos de decisión y mejora en la calidad de gestión de servicios de salud:**

“Esta propuesta pretende implementar e implantar en el Hospital Zonal General Agudos Dr. R. Gutiérrez un sistema de gestión optimizada soportado por un sistema informático, mejorar la calidad y mayor cobertura de atención”

Las áreas objetivo son: Odontología, Otorrinolaringología, Laboratorio y Admisión

El objeto es mejorar la atención en 4 áreas de servicios del hospital mediante el uso de tecnologías y técnicas para la gestión aprovechando recursos humanos existentes, aplicando reingeniería de procesos y el programa de optimización StratPro®.

En dicho hospital se observa la carencia del soporte tecnológico que permitiría obtener aumentos importantes de eficiencia en la prestación de servicios básicos para la población y resolver los problemas que se presentan por la creciente demanda de salud de los ciudadanos de menores recursos.

Participaron de este proyecto docentes y alumnos de los últimos años de la Facultad de Ciencias Económicas que se han formado en el manejo de las técnicas, los que bajo supervisión de los Profesores Titulares de las Cátedras de Macroeconomía, Prof. Pedro Dudiuk, y de Matemática para las Decisiones Empresarias, prof. Ana María Buzzi, han realizado las tareas de campo, el diseño de los modelos de gestión y la determinación de la solución óptima a los Servicios seleccionados. Se doto al nosocomio de equipos informáticos con el software StarPro®, para los servicios mencionados, que fueron financiados por la Universidad Nacional de La Plata”.

La **asignación de recursos** es el proceso mediante el cual las autoridades sanitarias del nivel central, regional o del SILOS determinan los montos de recursos financieros que se van a asignar a cada uno de los programas. Diversos criterios pueden ser utilizados para la asignación presupuestaria a los diferentes programas, establecimientos de salud, SILOS o regiones sanitarias; entre ellos se pueden mencionar el costo de las intervenciones, la importancia política del programa o región, la prioridad asignada en el plan de acción, y la eficiencia con que opera, entre otros.

La valoración monetaria del plan de acción y el programa operativo dan como resultado la formulación del presupuesto de operación e inversión, por lo que este consiste en un listado ordenado de los recursos económicos necesarios para adquirir los insumos (fuerza de trabajo, suministros, información, etc.). Pero este componente involucra también la aplicación de esos recursos para la adquisición de los insumos y el control que garantice una gestión financiera transparente. Estos tres sub-componentes constituyen la **gestión presupuestaria**.

Cada uno de los movimientos financieros que se producen durante la ejecución del presupuesto debe ser registrado en la partida o cuenta correspondiente, sumando al renglón de gastos el monto utilizado y restando al saldo esa misma suma. Esto es a grandes rasgos lo que se conoce como el principio básico de la **contabilidad general**.

En la producción de un determinado servicio (consulta, visita domiciliaria, egreso hospitalario, examen de laboratorio o de gabinete) se utilizan una serie de elementos, por ejemplo tiempo profesional, papelería, materiales y reactivos diversos, medicamentos, etc., los cuales tienen un costo. La **contabilidad de costos** consiste en establecer cuánto cuesta cada uno de ellos, con el fin de determinar el costo total del servicio brindado.

A partir del costo de un servicio se puede **fijar el precio** del mismo al usuario, independientemente de quien sea el financiador, si a la cifra definida en el costeo se le adicionan otros factores como el margen de ganancia. Adicionalmente, se deben estudiar las condiciones del mercado, con el propósito de ser competitivos. La fijación de los precios de los servicios es muy útil si se piensa en diversificar las fuentes de ingresos, por ejemplo, las ventas de servicios.

La **evaluación financiera** integra el proceso financiero con los otros componentes de la gestión, puede enfocarse desde varias perspectivas, entre las que se mencionan: comparación del presupuesto de ingresos con los ingresos efectivos; comparación del presupuesto de gastos con las erogaciones efectuadas; comparación de los gastos con el nivel de producción alcanzado; determinación de diversas variaciones y sus causas; análisis de estados financieros; análisis de razones financieras, etc. A fin de cuentas, este componente de la gerencia financiera busca identificar errores u omisiones, así como sus causas y consecuencias, para apoyar el proceso de toma de decisiones en la operacionalización de medidas correctivas y en el establecimiento de ajustes en las fases del proceso.

La gerencia financiera en la gestión de los SILOS

Como se ha podido observar a través de las descripciones precedentes, la gerencia financiera reviste una enorme importancia en la operación de los servicios de salud, ya que provee los recursos indispensables para la operación, permite controlar su uso y aporta gran cantidad de información requerida para la toma de decisiones de los responsables de las diferentes áreas.

Debe tenerse presente que en los SILOS existen en realidad tantas administraciones financieras como instituciones que participan en los mismos, puesto que es muy probable que en cada una existan particularidades con relación a su marco normativo, su condición de pública o privada, el grado de descentralización-desconcentración respecto del nivel central y otros factores.

También al interior de cada institución los diferentes programas que se ejecutan son susceptibles de tener una gerencia financiera propia. Entonces, la gestión financiera dentro de un SILOS adquiere una gran complejidad, ya que cada subcomponente mencionado en el apartado anterior debe ejecutarse para las diversas instituciones y programas participantes.

Tomando en cuenta lo anterior, la gerencia financiera global en un SILOS debe respetar las peculiaridades de cada institución o programa participante, pero se requiere buscar y operacionalizar un modelo que permita hacer una asignación de recursos tal que se pueda dar solución a los problemas prioritarios.

Asimismo, en la medida de lo posible debe ser integral con participación en todo el proceso: desde la gestión de ingresos en las fuentes tradicionales y no tradicionales, hasta la presupuestación vinculada a la programación operativa, la ejecución y control de presupuesto y la evaluación de la función financiera en todos sus aspectos.

El manejo de la gestión financiera a nivel local requiere el desarrollo de conocimientos y destrezas en los gerentes y en el personal operativo de los programas y establecimientos de salud. Transmitirlos es precisamente el cometido de este apartado.

Determinantes jurídicos para la gerencia financiera

Como se mencionó en la sección anterior, existe en todos los casos una serie de determinantes legales que norman la gerencia financiera. Con gran frecuencia la normativa es más extensa cuando se trata de instituciones públicas que cuando se trata de privadas. Como ejemplo se puede señalar que para las instituciones públicas las fuentes de financiamiento están definidas por ley, siendo usualmente clasificadas en rentas específicas y en rentas generales.

Las primeras son aquellas que fueron creadas para financiar un programa o institución, entre las que se puede mencionar los impuestos internos, que gravan la venta de licores y cigarrillos, que fueron establecidos con el propósito de resarcir al menos parcialmente el impacto que tienen las enfermedades asociadas a ellos en el sector salud. Las rentas inespecíficas son aquellas que se asignan a una institución pero que al ser recaudadas van a las arcas generales del Estado. Esta condición con frecuencia está vinculada con una serie de determinantes que establecen el cómo deben ser manejados los fondos, a qué tipo de insumos pueden ser aplicados, etc.

Adicionalmente, en la Constitución de cada país, como instrumento jurídico de nivel superior, suelen establecerse los lineamientos generales para la gestión financiera en el sector gubernamental.

Otro instrumento normativo que influye en forma determinante en el manejo financiero es la Ley General de Presupuesto. En este instrumento jurídico se define para todas las instituciones públicas la metodología de formulación de presupuesto, las cuentas presupuestarias que se van a utilizar, las responsabilidades en el manejo presupuestario y otros aspectos.

Del mismo modo, la Ley de Contabilidad y el Reglamento de Contrataciones, regulan la adquisición de bienes y servicios por parte de las instituciones públicas y establecen los mecanismos para garantizar una gestión financiera transparente.

En cada país existen una o más instituciones que controlan la gestión financiera de las entidades gubernamentales, en el nuestro, la Contaduría General y la Autoridad Presupuestaria. La primera controla la aplicación de la normativa vigente y soluciona los conflictos que pueden surgir del ejercicio presupuestario. La segunda supervisa el cumplimiento de las políticas y procedimientos nacionales referidos a la gestión presupuestaria.

Al interior de las instituciones suele haber una normativa específica para la gestión financiera. Esta normativa adquiere la forma de políticas presupuestarias, manuales de normas y procedimientos para los diversos componentes de la gestión financiera, instructivos, etc.

En el caso de las organizaciones privadas, con o sin fines de lucro, la normativa externa suele estar definida por leyes específicas según la organización que se trate, entre ellas la Ley de Sociedades, la Ley de Cooperativas u otras. Las legislaciones sanitarias más modernas, incorporan las directrices de los procesos de reforma del Estado que se llevan a cabo en nuestros países, en el sentido de conferir a los ministerios de salud la rectoría del sector,

incorporando en la leyes y normativas específicas, algunos mecanismos para ejercer control sobre las entidades de derecho privado.

Además, las organizaciones no gubernamentales, con o sin fines de lucro, desarrollan su propia normativa. Corresponde así al gerente de la salud, tanto público como privado, familiarizarse con la normativa aplicable a la institución donde trabaja. Como se observa, dada la amplitud de los instrumentos normativos y las diferencias observables entre los países, no es posible hacer en este módulo una revisión completa de los instrumentos jurídicos que regulan el ejercicio financiero, por lo que corresponde al gerente sanitario conocerla a fondo y buscar la asesoría correspondiente para evitar cometer errores que podrían tener consecuencias jurídicas.

Enfoque estratégico y sistémico de la gerencia financiera

Si la gerencia estratégica es una necesidad en la gestión de los servicios de salud, el enfoque estratégico en la gerencia financiera resulta imprescindible para garantizar el financiamiento a corto, mediano y largo plazo de los servicios y el mayor impacto posible con recursos que crecen en menor proporción que las necesidades.

El enfoque estratégico de la gerencia financiera implica, entre otras, la necesidad de:

- ✓ Maximización de los ingresos tradicionales y el desarrollo de fuentes no tradicionales,
- ✓ Desburocratización de procesos,
- ✓ Incorporación de todos los actores y
- ✓ Estudio de todas las variables que inciden en el área

Como se observó hasta este momento, la gerencia financiera en los servicios de salud es el resultado de la interacción dinámica entre una serie de variables internas y externas a la institución, por lo que, para brindar un enfoque estratégico a ésta área, es necesario desarrollar un proceso analítico detallado, el cual se inicia con un estudio del entorno (las condiciones económicas, políticas, sociales y de salud, entre otros aspectos), cuyo énfasis primordial es determinar las necesidades y los grupos prioritarios, la influencia que las variables y los agentes tanto internos como externos pueden tener sobre las finanzas e identificar fuentes alternativas o complementarias de ingresos.

En segundo lugar es vital conocer la situación relacionada con las perspectivas futuras y la competencia tanto tecnológica como de prestación de servicios, en un marco de actualización y mejoramiento continuo.

Asimismo, es importante realizar un diagnóstico de las capacidades de producción, la eficiencia, los costos y la calidad de los servicios que se brindan en las instituciones que componen el SILOS, con el fin de conocer las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que pueden incidir positiva o negativamente en la situación financiera. Cada gerente de un establecimiento de salud del SILOS, debe integrar la planificación estratégica y financiera

para conferir al plan resultante un enfoque estratégico. Para hacerlo, debe tener presentes permanentemente tres aspectos:

- El plan estratégico y la formulación del presupuesto son responsabilidad directa del gerente, por lo tanto él debe participar activamente en ambos aspectos, como parte de la gerencia superior.
- El plan estratégico debe preceder a la formulación presupuestaria y responder a las necesidades de la población.
- El presupuesto debe ser concebido como una concreción financiera del plan estratégico y como un aliado de la operación de los programas.

En el procedimiento para lograr el análisis requerido, es importante destacar que éste debe involucrar el mayor número personas y niveles de decisión.

Adicionalmente, es necesario establecer la "cadena de valor del usuario", es decir, se analiza desde el punto de vista del "cliente", la valoración que él establece para cada paso del proceso de la atención que recibe, a partir del momento en que manifiesta su necesidad del servicio. Esto con el fin de determinar cuáles actividades componentes de la prestación de servicios de salud reciben la mayor importancia por parte del usuario y procurar ofrecerlas sin restricciones, y con ello basar la estrategia en sus necesidades.

Al comparar los estudios anteriormente citados, se identifican las prioridades, se programan las actividades, se establecen las estrategias y la misión, para contrarrestar los puntos críticos y dar respuesta a las verdaderas necesidades y expectativas de los usuarios. A continuación se ejecuta el componente de presupuestación o expresión financiera de las estrategias.

Dentro de la perspectiva sistémica de la gerencia financiera, es relevante incorporar los controles suficientes y necesarios para evaluar la eficiencia, eficacia y productividad del proceso de prestación de servicios. En los apartados pertinentes a cada uno de los componentes de la gestión, se revisarán con mayor detalle y se incluirán aplicaciones prácticas de las perspectivas sistémica y estratégica de la gerencia financiera.

“El yo adquiere dignidad solo si es plural”. Igor Markevitch

Capítulo 16

1.- Capacidad y desempeño técnico asistencial

1.a. Adecuación del sistema a necesidades y demandas

El grado de adecuación a las necesidades y demandas locales de los servicios sectoriales y de otras organizaciones sociales vinculadas, se refiere a características de la oferta, pero en su vinculación y adecuación con características de la población.

Un sistema adecuado debe tender a proteger su tecnología, concentrando y utilizándola a pleno, y desconcentrando la tecnología básica para acercarla a la resolución de los problemas más frecuentes.

Una función de la conducción del sistema será la vinculada con la regulación de la incorporación de tecnología, la preservación de la armonía, la normatización y el control de la utilización, así como con los procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes a los niveles adecuados para la resolución de los problemas de salud.

Un aspecto fundamental es el análisis de la factibilidad económica de las propuestas y las negociaciones necesarias para la aprobación presupuestaria, previas a cualquier tipo de programaciones operativas de mayor detalle.

La adecuación del sistema se verá en sus resultados, como la correspondencia entre los problemas de salud reconocidos y las necesidades de utilización de los servicios, con las prestaciones brindadas y las disponibilidades existentes.

1.a.1.- Estudios demográficos sociales y epidemiológicos sobre necesidades y demandas

Según las Notas de población N° 92 de la CEPAL, (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), varios indicadores y variables del sector de la salud y de los estudios demográficos interactúan permanentemente, por lo que, además de tener componentes comunes (el más notorio de ellos, la mortalidad), determinan mutuamente sus tendencias en el tiempo.

La población es sujeto y objeto de atención de la salud, por lo que es necesario considerar elementos como el volumen, el crecimiento y la distribución de la población en el territorio. En ese sentido, los componentes del cambio demográfico necesarios para prever las demandas de salud son la fecundidad, la mortalidad, las migraciones y la estructura por edades de la población.

La transición demográfica es contemporánea de la transición epidemiológica y se inicia, principalmente, con el descenso de la mortalidad en la niñez debido a los avances de la medicina y la atención primaria de la salud. Por otra parte, los factores próximos que determinan la tendencia de la fecundidad, que expresa la capacidad reproductiva de la población, son acciones que se desarrollan en el sector de la salud tales como los programas de planificación familiar y de salud reproductiva. De esta manera, la transición demográfica, que se inicia fundamentalmente por una mayor sobrevivencia de los niños y continúa con la disminución de la fecundidad, se traduce en la transformación de la estructura por edades de la población, cada vez más envejecida, que, a su vez, repercute en los perfiles epidemiológicos.

Se hace necesario identificar las variables demográficas que se requieren en el sector de la salud como insumos para el cumplimiento de sus fines, así como para estimar la demanda que recae en el sector y definir las metas en materia de políticas y programas.

En el ámbito de la salud se cuenta con dos tipos de fuentes de datos. Por una parte, las que generan estimaciones concernientes a la población, entre las que se incluyen el censo, las estadísticas vitales y las encuestas de hogares, y, por otra parte, las que se vinculan a servicios de salud y registros administrativos, considerándose los sistemas de vigilancia, los registros de centros de salud y administrativos, así como las encuestas.

Respecto de lo que interesa examinar, para conocer el estado de salud de la población y la respuesta a él se podrían identificar necesidades de información al menos en los siguientes temas:

- i) Poblaciones expuestas al riesgo de enfermarse y morir, según sexo y edad, tanto a nivel nacional como desagregada geográficamente (demanda). Como componentes del cambio y las estructuras de la población, hay que agregar las migraciones que, además de ser un factor más de cambio, son importantes como medio de difusión de enfermedades. Las fuentes principales son los censos y para ciertos segmentos de la población las encuestas especializadas,
- ii) Nacimientos —natalidad— y defunciones —mortalidad general, morbilidad y mortalidad por causas. Las fuentes son los registros administrativos, en particular las estadísticas vitales y hospitalarias, y los censos, aunque subsidiariamente
- iii) Salud reproductiva, es decir, fecundidad general y adolescente, anticoncepción, VIH/SIDA, complicaciones del embarazo y el parto, mortalidad materna, entre otras. Las fuentes son las encuestas por muestreo.

Es dable destacar que en nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, (DIES) que depende de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, cuenta con las denominadas “Estadísticas Vitales”, cuyos datos se publican anualmente.

1.a.2.- Estudio de la oferta real y potencial de las Organizaciones existentes

Aquí debemos referirnos a que el desarrollo de redes integradas de servicios de salud,(RISS) requerirá ajustes continuos en la oferta de servicios como consecuencia de cambios en las necesidades de salud de la población, en los niveles de recursos del sector y en los avances en materia de conocimientos científicos y tecnológicos en salud.

Cuidado apropiado se refiere entonces a que la atención prestada se ajusta a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atienden necesidades específicas de determinados sub-grupos de la población; a que la atención sea efectiva y basada en los mejores datos científicos disponibles; a que las intervenciones son seguras y que las personas no sufrirán daños o perjuicios de ningún tipo; y a que las prioridades respecto a la asignación y organización de los recursos se establecen según criterios de equidad y de eficiencia económica (por ejemplo costo-efectividad).

En este contexto, es preferible proporcionar servicios especializados en entornos extra-hospitalarios. Como resultado de lo anterior, las RISS están propiciando procesos de reingeniería de sus hospitales que involucran, por una parte, la adopción de esquemas de cirugía ambulatoria y hospital de día, el desarrollo de cuidados en el hogar y la creación de centros ambulatorios de especialidad, hospicios y hogares de enfermería, y por otra parte, la focalización del cuidado intra - hospitalario en el manejo de pacientes que requieren cuidado agudo intensivo.

En nuestro país, lo antedicho se encuentra aún, para el sistema en su conjunto, en etapa embrionaria.-

1.a.3.- Definición de la estructura y el nivel de la utilización deseable

Se considera que en nuestro país, se cuenta con información limitada, ya sea en estadísticas provenientes de las Entidades Oficiales (Ministerio de Salud de la Nación y Provinciales), o bien del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), también de los Organismos Privados de salud, donde la información no se encuentra relevada por la inexistencia de un marco regulatorio que exija la presentación de información estadística. Al existir esta disparidad, nos encontramos con una limitación importante para poder determinar la disponibilidad de la oferta real y potencial de las Organizaciones del Sistema de Salud y la Definición de la estructura y nivel de la utilización deseable, aspecto a tener en cuenta en el mejoramiento que necesariamente deberá llevarse a cabo.

1.2.b.- Atención a las personas, con un nuevo perfil de actuación

Hablar de un nuevo perfil de actuación significa hablar de un desempeño distinto de los establecimientos de salud, de mayor responsabilidad en virtud de las funciones delegadas por la descentralización, que implica cambios en el comportamiento institucional y de los profesionales de la salud.

A los fines de programación del trabajo dentro del sistema local de salud, es conveniente diferenciar por un lado, la satisfacción de necesidades de los grupos de riesgo biológico o social.

1.2.b.1.- Atención de la demanda espontánea

En relación con la demanda espontánea, una norma ética básica de los sistemas de atención, debiera ser el no rechazo, cuanto menos en el subsector público. Las formas que puede asumir el rechazo por parte de la oferta del sistema, son diversas y sutiles y se vinculan con las barreras de acceso en los diferentes momentos del complejo proceso que transcurre desde la percepción de una necesidad hasta la utilización efectiva de servicios.

Se considera que en el Sistema de Salud Argentino, especialmente en el Sub sector público, se manifiesta en mayor proporción la demanda de servicios que la oferta de los mismos, que no radica en la cantidad de Centros Asistenciales, sino en la organización y distribución de las áreas programáticas sumado al nivel de complejidad y recursos que los Centros poseen para satisfacer las necesidades de la población.

1.2.b.2.-Focalización de las acciones en grupos poblacionales en riesgo biológico – social o con daños específicos (programas selectivos)

La focalización de las acciones sectoriales se inserta en la preocupación de los teóricos de la política social sobre selectividad o universalidad de la cobertura social.

El dilema consiste en decidir cuando un determinado problema requiere para su solución de acciones que abarquen a la totalidad de la población, o bien a su grupo específico de la misma, ya que la decisión a adoptar tendrá consecuencias de distinta índole.

El propósito de la focalización es disminuir las diferencias de riesgo entre grupos poblacionales, o sea que se orienta a un objetivo de equidad.

La focalización de las acciones representa un aspecto neurálgico en la defensa de la implementación de los SILOS como factor de equidad en el Sistema de Salud Argentino.

Fundamentación:

Se explayan a continuación algunos conceptos relevantes vinculados al tema:

Adecuación del sistema a necesidades y demandas

Es práctica habitual, en particular si el sistema de salud es complejo y/o extenso, que la delimitación geográfico-poblacional continúe la división del trabajo con criterio territorial poblacional, asignando áreas de responsabilidad o áreas-programa a los establecimientos, respetando la accesibilidad de los pobladores y teniendo en cuenta la capacidad de los mismos para llegar con acciones de salud a las personas.

Esta asignación de responsabilidad corresponde que se haga sobre los establecimientos del subsector público, ya que serán ellos los encargados de dar direccionalidad y de promover las coordinaciones necesarias para la atención y el cuidado de la salud de personas y ambiente.

En estos espacios reducidos, el reconocimiento y caracterización de los grupos poblacionales, así como de las instituciones existentes, se simplifica y la asignación de responsabilidades adquiere un carácter pragmático.

La delimitación de las áreas de responsabilidad de los establecimientos existentes hará surgir con nitidez y por contraposición, aquellas áreas no cubiertas con servicios y que deberán ser prioritariamente tenidas en cuenta para la asignación de recursos.

La programación se sustenta en la comparación entre la situación presente y la deseable, utilizando parámetros locales o externos y proponiendo modalidades para superar las diferenciales existentes.

Un aspecto fundamental es el análisis de la factibilidad económica de las propuestas y las negociaciones necesarias para la aprobación presupuestaria, previas a cualquier tipo de programaciones operativas de mayor detalle.

Mejoramiento de la atención a las personas, con un nuevo perfil de actuación

En primer lugar significa que los establecimientos han de asumir plenamente la responsabilidad de la atención y el cuidado de la salud de todos los pobladores y del ambiente, en el área programática asignada, como garantes de los propósitos de equidad en la cobertura y acceso, de efectividad y de eficiencia.

Como institución, han de adoptar el rol de organizaciones descentralizadas y articuladoras de todas las potencialidades y recursos existentes en el área, promoviendo y dando cabida a la participación comunitaria y social.

Como trabajo de los profesionales de la salud se han de producir los siguientes cambios:

- En el enfoque, desarrollando actividades para la atención de la demanda espontánea y actividades programadas según prioridades epidemiológicas, dirigidas a grupos de riesgo y centradas en la familia.
- En el ámbito, incorporando espacios como la visita domiciliaria, la atención en escuelas, y otros espacios sociales.
- En el carácter, desarrollando en forma integrada acciones promocionales para el autocuidado y el cuidado del ambiente, asistenciales y de rehabilitación.
- En el grado de desarrollo de la humanización y ética.
- En la modalidad prestacional, actuando en equipo interprofesional, con el protagonismo del paciente y la familia.
- En la complementariedad intrasectorial, asumiendo como responsabilidad profesional los procedimientos de referencia y contra-referencia de pacientes según problemas y grados de resolutivez.

- En la articulación, vinculándose y promoviendo trabajos compartidos con organizaciones extrasectoriales (escuelas, sectores de obras públicas, ambientales, etc.) y con organizaciones sociales (asociaciones o juntas vecinales, congregaciones religiosas, cámaras y/o empresas productivas, clubes, etc.).

No es de esperar que estos cambios se produzcan espontáneamente y es por lo tanto necesario desarrollar y establecer estrategias y actividades programadas con esta finalidad, manteniendo los grupos de conducción una conducta clara y sostenida respecto a las modificaciones deseadas.

A los fines de programación del trabajo dentro del sistema local de salud, es conveniente diferenciar por un lado, la satisfacción de la demanda espontánea y por otro la satisfacción de necesidades de los grupos de riesgo biológico o social, que a continuación se detallan:

Demanda espontánea

El rechazo más burdo es el que niega o posterga prolongadamente la atención ante el requerimiento explícito. Formas más sofisticadas, como reclamos de autorizaciones previas, requerimientos de insumos costosos, horarios restringidos, requerimiento de estudios complementarios de los que no se dispone, indicaciones no normadas de traslado a otros centros, traspaso al paciente de la resolución de interconsultas, uso de lenguajes no comprensibles, entre otros, constituyen verdaderos rechazos.

Si bien el sistema local debe incorporar la preocupación por los contenidos éticos y de humanización en la relación médico-paciente, ya sea mediante capacitación, sensibilización y control, la cuestión específica de la ética y humanización en tanto sistema, reside básicamente en la forma de relación servicios-personas y organizaciones-poblaciones.

Estas relaciones adquieren características particulares frente al paciente de urgencia, o los que padecen problemas agudos o a los que padecen problemas de larga evolución. En gran medida, la idoneidad técnica de un sistema se aprecia por su capacidad para dar respuesta oportuna y apta frente a esas situaciones.

En el caso de las urgencias, las formas de comunicación, el sistema de primeros auxilios, la organización de los traslados, y la identificación de las redes de servicios (inclusive por especialidad, para encontrar el punto óptimo de resolución), constituyen aspectos claves que expresan la idoneidad del sistema.

Para la atención de los problemas agudos interesa la disponibilidad de los servicios, tanto de tratamiento como de diagnóstico (y no meramente los servicios de guardia), la programación de la atención mediante un mecanismo eficaz de turnos, la organización según cuidados progresivos, la innovación en otras modalidades de atención (cirugía ambulatoria, hospital de día, atención/internación domiciliaria, etc.).

Tanto en la resolución de los problemas de urgencia como de los agudos, debe pensarse que cada evento puede constituir una expresión de riesgos y daños futuros y, por lo tanto, son

oportunidad para la captación y seguimiento posterior en alguno de los programas selectivos. La idoneidad de un sistema local también se aprecia por esa capacidad de captación a partir de la demanda espontánea para su seguimiento en programas selectivos, a los que se hará referencia más adelante.

En los pacientes de larga evolución, que requieren de tiempos prolongados bajo atención, se generan oportunidades para resolver otras necesidades acumuladas, de salud y sociales, que el sistema debiera aprovechar.

La idoneidad técnica de la atención se vincula también con la incorporación en las prestaciones de servicios que sinérgicamente, a la vez que resuelvan el problema específico, tengan en cuenta o procuren satisfacer otras necesidades fundamentales, como la de entendimiento, explicando con lenguaje accesible el diagnóstico y el tratamiento; de libertad, dando la posibilidad de consentimiento informado para las diversas prácticas; de identidad, reconociendo la persona, su familia y sus circunstancias más que el síntoma, el órgano, o la patología; de afecto, de protección, de respeto por los derechos, etc. El sinergismo es parte sustancial de la humanización de la atención y de sus contenidos éticos. Interesa promover estos comportamientos en los sistemas y organizaciones de salud.

Focalización de las acciones

Los programas selectivos constituyen el fiel reflejo del proceso de focalización. A nivel sistémico, esta cuestión conlleva los principales contenidos ético-valorativos, ya que marca opciones preferenciales hacia grupos de población (marginados, madres y niños, jóvenes, discapacitados, ancianos, etc.) o hacia ciertas patologías prevalentes en el área (hipertensos, diabéticos, etc.).

Las decisiones sobre priorización de acciones en salud debieran basarse sustancialmente en análisis epidemiológicos que permitan conocer la frecuencia y distribución de las enfermedades y las muertes según factores causales e identificar factores asociados para así determinar riesgos diferentes de enfermar y morir en los grupos poblacionales.

El propósito de la focalización es disminuir las diferenciales de riesgo entre grupos poblacionales, o sea que se orienta a un objetivo de equidad. Sin embargo, desde otras vertientes ideológicas se sustenta la focalización en términos de eficiencia o como mecanismo compensatorio para aliviar las consecuencias de las políticas de ajuste económico.

El concepto de riesgo poblacional da una indicación de necesidad de atención antes que el daño se produzca y, por lo tanto, señala a los decisores donde conviene canalizar las acciones y los esfuerzos para evitar males mayores, con criterios preventivos proporcionales a las necesidades.

De hecho, los desarrollos actuales en materia de identificación de los niveles de pobreza, permiten caracterizar adecuadamente los grupos en mayor riesgo social y vincularlos con los conocimientos epidemiológicos acumulados para una mejor orientación de las acciones en el campo sanitario y social.

La función de vigilancia epidemiológica deberá ser desarrollada en todos los niveles del sistema. A nivel local debe estimularse la adecuada recolección de información, el análisis y la toma de decisiones en el marco de la programación local participativa.

A nivel sistémico su desarrollo es importante no obstante los procesos de descentralización. A ese nivel debe efectuarse el procesamiento consolidado y también las desagregaciones que permitan adecuadas devoluciones de la información a las áreas programa.

La resultante de estas actividades eminentemente epidemiológicas, se materializa en los programas selectivos. Las principales variables vinculadas con la focalización y el desarrollo de programas selectivos podrían sintetizarse en:

- Concepción de los decisores acerca del enfoque de riesgo para la toma de decisiones en el campo sanitario y social, su promoción y alcance aplicativo en las distintas instancias y niveles del sistema.
- Desarrollo de la vigilancia epidemiológica.
- Incorporación de criterios de riesgo en la programación local participativa.
- Desarrollo de programas selectivos: pertinencia, índole, cobertura, destinatarios, recursos atribuidos, articulación entre sí y con otros programas sociales, etc.

Lo dicho en relación con la focalización y los programas selectivos, hace referencia directa a la atención de la "demanda promovida" desde el sistema, la que procura no solo atender a las personas en riesgo, sino también a aquellos con daños manifiestos, percibidos o no, que no demandan servicios (detección y atención de patologías).

Normatización de la atención

No cabe duda que un factor de gran importancia para la idoneidad técnica de un sistema, está vinculado con la gerencia del proceso de normatización de la atención. Quién promueve y qué se promueve, a quiénes se convoca para la elaboración de normas, cómo se generan las normas, cómo se difunden y vehiculizan, cómo se adaptan y actualizan, cómo se supervisa y controla, etc.

Este proceso normativo tiene vital importancia, porque además de promover la calidad técnica de la atención, a través de él se puede definir gran parte de la incorporación tecnológica del sistema y proporciona bases para el cálculo de los requerimientos de recursos humanos e insumos.

Estos procesos normativos deben referirse tanto a los programas selectivos como a la atención y control de patologías. Las decisiones normativas tienen siempre una fuerte carga ética, y están así vinculados con la moral.

La ética determina normas, pautas de conducta o de práctica, o lineamientos que se aplican para el juicio de los actos humanos. Los eticistas tratan de entender la moralidad sistemáticamente; analizan el conflicto e intentan entender por qué ciertos actos o características conductuales son considerados moralmente mejores que otros.

Los juicios valorativos, que se transforman en principios éticos, proporcionan razones para la acción, que trascienden las creencias individuales. Desde este punto de vista, todas las decisiones que se toman en el campo de la salud, en mayor medida cuando se trata de selección de finalidades o intenciones últimas en el nivel sistémico, conllevan juicios de valor y requieren por lo tanto su análisis ético.

La contracara de este conjunto de aspectos se expresa en el nivel de conciencia y las modalidades que asume la defensa de derechos por parte de la gente, o sea en la capacidad de reclamo y el nivel de responsabilidad y ciudadanía de la población real o potencialmente usuaria.

Calidad y capacidad resolutive de los servicios

Finalmente, un sistema local no solo debe tener una administración descentralizada y participativa, sino que debe estar en condiciones de ofrecer en ese espacio poblacional una atención médica que se caracterice por su calidad y sea capaz de resolver una proporción significativa de los problemas de salud de las personas y sus familias.

En ese contexto, la capacidad resolutive de los servicios debe orientarse cada vez más a la excelencia gerencial y técnica, a fin de que resulten aptos para prevenir, diagnosticar, brindar la terapéutica correcta y garantizar el seguimiento que requiere una atención de calidad.

Estos señalamientos tienen relación directa con el ordenamiento y funcionamiento de los hospitales y sus servicios en la atención de la salud, el trabajo en equipo multiprofesional y su desempeño acorde con el desarrollo actual de las ciencias de la salud.

Un aspecto definitivo para la capacidad y desempeño técnico – asistencial de los sistemas locales de salud está dado por la suficiencia y adecuación de los recursos con que cuenta.

La adecuación cuali-cuantitativa de las disponibilidades de recursos humanos, de sus capacidades y compromisos, implica a nivel del sistema local de salud tomar conocimiento y proponer cambios, si fuere necesario, en una serie de aspectos vitales para su funcionamiento, tales como:

- ✓ Estructura de Recursos Humanos existentes en el sistema y su relación con la población
- ✓ Requerimientos para el ingreso
- ✓ Modalidad de Trabajo en equipo/interdisciplina
- ✓ Formación local de recursos humanos / reciclaje local
- ✓ Oportunidades de actualización y capacitación continua

- ✓ Sistemas de incentivos
- ✓ Etc.

La magnitud de la Estructura de Recursos Humanos existente se encuentra desequilibrada en su composición, como ejemplo se puede citar que en comparaciones mundiales, Argentina es uno de los países con mayor cantidad de Médicos por cada 1000 habitantes, pero uno de los menores en el coeficiente enfermeros – médicos. En este sentido se puede destacar que uno de los factores determinantes está estrechamente relacionado con la cultura de un país, entendiendo que el desarrollo y crecimiento de determinadas profesiones deben ser impulsados por el Sistema Educativo Nacional.

La adecuación de los insumos y de los sistemas de producción y suministros contempla diferentes aspectos a programar tales como:

- ✓ Desarrollo de comités y normas para compras y suministros
- ✓ Descentralización de las compras
- ✓ Criterios para el destino y distribución de los insumos.
- ✓ Mecanismos de control de existencias
- ✓ Mantenimiento de los equipos

Es importante en tal sentido, analizar la adecuación de recursos a la especialización funcional de las organizaciones, o sea analizar los excesos / defectos de los recursos entre sí, en relación con las complejidades de los establecimientos y de las prestaciones programadas.

Lo que importa para introducir premisas de cambio, es saber cuánto se necesita para el todo, para después iniciar la incorporación o la redistribución o el uso más racional y abierto para las distintas poblaciones que lo requieren.

Se deberá contar con relevamientos que permitan determinar una distribución equitativa de los Insumos de acuerdo a la distribución de los Establecimientos Asistenciales en relación a la población a la que asiste, sumado a las características epidemiológicas de dicho grupo.

Fundamentación:

Se explayan a continuación los pilares que deben ser considerados para realizar los ajustes propuestos y sostenidos en el presente trabajo:

Suficiencia y adecuación de recursos

- ✓ Administración de recursos humanos.
- ✓ Administración de materiales (suministros y equipamiento).

- ✓ Mantenimiento de instalaciones y equipos.
- ✓ Obras físicas: ampliaciones, remodelaciones, obras nuevas.

Los estudios a nivel de los establecimientos y servicios son útiles para la construcción de variables macro del sistema, en el campo de desarrollo de capacidades y compromiso del recurso humano, de adecuación de los sistemas de suministros de insumos y de adecuación de los recursos físicos de equipamiento y planta; deberá tenerse en cuenta que dichas variables macro no son simplemente sumas de partes. De lo que se trata es de evaluar el sistema e introducir cambios en su comportamiento que por consecuencia impliquen cambios en los comportamientos institucionales.

Si bien los temas sobre la administración de recursos humanos, la administración de materiales (suministros y equipamiento) y el mantenimiento de instalaciones y equipos son tratados en forma particular en otros manuales operativos, similares al presente, a continuación se sintetizan y enuncian algunos aspectos de interés para la programación del sistema local de salud.

La adecuación cuali-cuantitativa de las disponibilidades de recursos humanos, de sus capacidades y compromisos, implica a nivel del sistema local de salud tomar conocimiento y proponer cambios, si fuere necesario, en una serie de aspectos vitales para su funcionamiento, tales como:

- ✓ Estructura del recurso humano existente en el sistema y su relación con la población.
- ✓ Requerimientos para el ingreso.
- ✓ Modalidad de trabajo en equipo/ interdisciplina.
- ✓ Formación local de recursos humanos / Reciclaje local.
- ✓ Oportunidades de actualización y capacitación continua.
- ✓ Vinculación docencia – servicios -comunidad.
- ✓ Sistemas de incentivos.
- ✓ Formas de pago a los recursos humanos. Niveles remunerativos.
- ✓ Niveles de ausentismo.
- ✓ Pérdida/rotación del recurso humano.
- ✓ Múltiple pertenencia/tiempo de dedicación profesional.

La adecuación de los insumos y de los sistemas de producción y suministros contempla aspectos a programar tales como:

- ✓ Desarrollo de comités y normas para compras y suministros.
- ✓ Descentralización de las compras.
- ✓ Criterios para el destino y distribución de los insumos.
- ✓ Coordinación interinstitucional y subsectorial para el abastecimiento.
- ✓ Organización de almacenes, procesamiento y abastecimiento.
- ✓ Mecanismos de control de existencias.
- ✓ Adecuación de los insumos a las necesidades de atención y cuidado.
- ✓ Disponibilidad/continuidad/oportunidad de recursos críticos.
- ✓ Regulación, fiscalización y control de las plantas productoras locales.

La adecuación de los recursos físicos (tecnologías de equipo y planta), hace referencia a aspectos tales como:

- ✓ Mantenimiento de los establecimientos.
- ✓ Funcionalidad/seguridad/comodidad de las plantas y del equipamiento de obra.
- ✓ Desarrollo de equipos para la
- ✓ Disponibilidad de equipos claves. arquitectura e ingeniería hospitalaria.
- ✓ Mantenimiento de los equipos (asistenciales, mobiliarios y automotores).
- ✓ Es importante en tal sentido, analizar la adecuación de recursos a la especialización funcional de las organizaciones, o sea analizar los excesos/defectos de recursos entre sí, en relación con las complejidades de los establecimientos y de las prestaciones programadas.

También se deben tener presente, los indicadores a nivel global del sistema local de salud o macro, que si bien no afectan la equidad, sí la eficiencia, ya que si en términos globales se hace referencia a la suficiencia en relación con la población a la que han de servir, el problema puede consistir en la redistribución o la coordinación o uso y no meramente en la insuficiencia relativa de las partes, y eso requiere de acuerdos y decisiones políticas, a fin de no seguir incorporando recursos indiscriminadamente, más allá de los necesarios.

A nadie escapan los riesgos de los indicadores globales, que enmascaran bajo la homogeneidad, situaciones de alta heterogeneidad poblacional. Pero, si no se manejan

indicadores globales no se puede cambiar el sistema, en el entendimiento que la optimización de las partes no necesariamente garantiza la optimización del todo.

Lo que importa, para introducir premisas de cambio, es saber cuánto se necesita para el todo, para después iniciar la incorporación y la redistribución o el uso más racional y abierto para las distintas poblaciones que lo requieren.

A continuación irá el flujo financiero y los costos razonables por la utilización, cual-quiera fuere la dependencia del efector, y en consecuencia los criterios para la incorporación de tecnología. Esto no se hace en un día, pero debe orientar a los decisores, en particular al estado en su función reguladora, para los cambios en el mediano plazo.

La cuestión es que casi siempre se habla de lo que falta, pero no siempre de lo que sobra y que se podría ahorrar y destinar a mejor propósito. Es al momento de las incorporaciones y de los mejores destinos cuando deben primar los criterios de riesgo, equidad, eficiencia y redistribución social.

Debe aclararse, particularmente en lo que se refiere a la estructura del recurso humano, que lo dicho no requiere de una política agresiva contra el personal, sino un análisis de su desgranamiento, atrición o pérdida según tipo, a fin de que a su salida del sistema, sea remplazado por el perfil, en la función y en el lugar que correspondan, o bien que se promocióne, se brinde estímulos y se acuerde su reciclamiento.

Se estima que un decenio, las distorsiones en la estructura y distribución de personal en el sistema pueden disminuir o ajustarse a lo deseable, si se respeta una propuesta racional al momento de las designaciones o los reciclajes. Debe recordarse que cada vez que se incorpora a alguien, se compromete la estructura de personal del sistema durante toda la vida útil del agente.

El vínculo y el acuerdo con las entidades formadoras de recursos humanos es insoslayable, ya sea por exceso o por defecto en la producción universitaria o de escuelas técnicas, pero particularmente para acordar las modalidades de formación de las profesiones de la salud y fomentar el aprendizaje activo y la práctica en todos los espacios de los sistemas locales.

Otro tanto sucede con la incorporación de equipos o aparatos, en particular los costosos, pero en este caso la situación es peor ya que estos condicionan el modo de producción y crean, a veces, necesidades de uso para amortizar el capital invertido, más allá de los requerimientos de la población potencialmente usuaria; en otras situaciones son ubicados en establecimientos menores, a pedido de un profesional que desarrolla la especialidad pero que al poco tiempo ya no trabaja en el hospital, condenando al ocio y la obsolescencia un capital valioso.

“El cambio garantiza la continuidad, ya que solo lo que se transforma podrá aspirar a perpetuarse”. Heráclito

CAPITULO 17

A modo de conclusión

Resulta imprescindible al finalizar la lectura de la tesis presentada, comprender acabadamente y aprehender como convicción trascendente que ***la transformación del sistema de Salud Argentino no es solo una cuestión de Estado, sino una responsabilidad estratégica de TODOS los ciudadanos que ocupamos éste suelo, sea cual sea nuestro rol, porque la salud y su atención, no repara en distinciones económicas, sociales, culturales, geográficas, etc. Nos afecta por igual de manera sistémica.***

La primera condición para un mejoramiento de la situación presente es hacerse bien cargo de su enorme dificultad, decía José Ortega y Gasset, y a lo largo de éste trabajo se ha demostrado y analizado, desde distintas ópticas, que la situación de nuestra realidad sanitaria es harto compleja y que por ende su resolución no será sencilla, pero es necesario vencer los miedos que produce la incerteza del escenario a modificar y actuar con la mirada puesta en la formulación e instrumentación de nuevos paradigmas que nos permitan re-conceptualizar y re-organizar nuestro mapa de salud.

Una cuestión que resulta primigenia en éste camino de cambio, es pensar que nada podrá llevarse a cabo, tal como se ha expresado en las páginas precedentes, sin la integración y amalgama de todos los actores intervinientes en los diferentes estamentos: usuarios, financiadores, prestadores y proveedores de servicios, coordinados en una estrategia ***planificada, integrada y operacional***, tanto a nivel nacional, provincial como local, considerando las diversas realidades que éste País presenta, a fin de no desperdiciar recursos, que por su naturaleza hasta hoy, son escasos para hacer frente a la demanda de la población en la atención de su salud, para (como sostiene el Dr. Ignacio Katz) pasar de la lógica de la carencia y el derroche, a la lógica de la racionalidad y eficiencia, porque está harto demostrado que el problema aquí no es ***cuanto se invierte, sino en qué y como*** se lo hace, porque como ha quedado expuesto en el presente desarrollo, en nuestro sistema de salud hay irracionalidad, fragmentación, ineptitud en la gestión, carencia de interrelación entre los diversos actores que conlleva a la prestación de un servicio adecuado para los habitantes, para lo cual es innegable la necesidad de cambio en la tradicional organización de nuestro sistema prestacional, integrando en **red** al subsistema público, de obras sociales, privado con y sin fines de lucro, que contemple los diferentes niveles de complejidad y de gestión operativa, para facilitar el acceso solidario y equitativo a la atención de la salud, de tal modo que ésta sea un derecho y no un privilegio para la gente, y que deje a un lado intereses sectoriales o personales en beneficio y con la participación de TODOS, poniendo la proa en la ecuación NECESIDAD-DEMANDA/RECURSOS-OFFERTA DE SERVICIOS, y esto no será posible sin considerar

el sistema político y la organización social de éste país, que ha sido descrita frondosamente a en estas páginas.

A lo largo de éste trabajo, hemos esbozado diferentes ideas y conceptos que consideramos apropiados, pero sin dejar de tener presente que estos no son nunca verdaderos ni falsos, son solo más o menos útiles⁹

Por lo expuesto, consideramos que nuestra idea de fomentar la divulgación de instrumentos como los Sistemas Locales de Salud, han de contribuir a iniciar el largo camino del cambio imprescindible de la atención sanitaria de nuestra población.

No quisiéramos que nadie al pensar en nuestra persona, crea que **“Habiendo podido hacer tanto, nos atrevimos a tan poco”**, como expresara el genial Albert Camus

⁹ David Easton: Esquema para el análisis político. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1999

Bibliografía

APORTES PARA EL DESARROLLO HUMANO EN ARGENTINA. 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011.

BANCO MUNDIAL - Informe sobre el desarrollo mundial, 2013

CORELLA, José María. – La Gestión de Servicios de Salud – Díaz de Santos – Madrid. 1996

ERRASTI, Francisco. – Principios de Gestión Sanitaria – Díaz de Santos – Madrid. 1997.

KATZ, Ignacio. Al gran pueblo argentino SALUD!, una propuesta operativa integradora. EUDEBA. Buenos Aires. 1998

KATZ, Jorge y colaboradores. El sector Salud en la República Argentina: Su estructura y comportamiento. 369 p – Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.1993

INDEC – Censo de la República Argentina – año 2010

BUZZI Ana María, REY Pablo.E, LEONETTI Laura. Modelos de gestión sanitaria descentralizada. Buenos Aires. Ed. AMALEVI. 2007

NACIONES UNIDAS, Restrepo Trujillo, M. - La reforma a la Seguridad Social en Salud de Colombia y la Teoría de la Competencia regulada – Chile 1997

NACIONES UNIDAS, Uri Wainer K. - Hacia una mayor equidad en la Salud: El caso de las ISAPRES – Chile, 1997

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -Serie HSP-UNI / Manuales Operativos PALTEX – Vol. 1 y 2

ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA. HUGO E. ARCE. Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló, Buenos Aires. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 414-418

Revista Médicos - Año III - Edición nº XIII - Julio/Agosto - 2000

Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, © 2010

Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4

Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata. 1ª edición. Buenos Aires: OPS, 2003.

Ley (PLN) 26.529/2009: **Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud**. Sanción: 21/10/2009; Promulgación de Hecho: 19/11/2009; Boletín Oficial 20/11/2009.

Ley (PLN) 25.506: **Ley de Firma digital** Sancionada: Noviembre 14 de 2001. Promulgada de Hecho: Diciembre 11 de 2001.

Ley 14.494/12: **Sistema de Historia Clínica Electrónica Única**. Promulgación por Decreto 85/13 del 21/1/2013. Publicación en el Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires n° 27030 (suplemento) el 19/3/13

Notas de población N° 92 • CEPAL. Demografía y salud en los censos de población y vivienda: la experiencia latinoamericana reciente. Juan Chackiel

Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos. Guillermo Cruces. Documento presentado en la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile. Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Capítulo III.

SHEPS, C.G.; MADISON, D.L. - The Medical Perspectives in Regionalization and Health Policy. U.S. Department of Commerce, N.T.I.S., No. HRP-0024039, 1977, pp.1 5 -2 2

CASTELLANOS, J. Expert Committee on the Role of Hospitals at First Referral Level. OPS/OMS, Ginebra, diciembre, 1986, 14p.

Sitios web:

http://www.msal.gov.ar/htm/site/atencion_primaria_01.asp

<http://www.msal.gov.ar> - <http://www.ops.org.ar>

http://www.msal.gov.ar/htm/site/atencion_primaria_09.asp

<http://www.msal.gov.ar> - <http://www.ops.org.ar>

http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2012.pdf

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/a_primaria/programas/salud_barrio/?menu_id=21720 . Consultada 20/5/2014

<http://www.laplata.gov.ar/index.php>. Consultada 20/5/2014

<http://www.spine.org.ar/>. Consultada 17/6/2014

<http://www.indec.mecon.ar/>

Anexo I

I.-Programa Salud en el Barrio Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)



Programa Salud en el Barrio

Atención Primaria de la Salud

El Programa Salud en el Barrio de Atención Primaria de la Salud se propone facilitar a los vecinos y a distintos organismos información sobre servicios, programas y acciones de salud barrial. Además, Salud en el Barrio mantiene contacto periódico con organizaciones que desarrollan actividades de índole social y/o de salud en la Ciudad de Buenos Aires, recoge las demandas de salud de los vecinos y promueve el fortalecimiento de las acciones conjuntas entre equipos de salud y organizaciones sociales.

El programa funciona en todas las comunas de la Ciudad de Buenos Aires. Para solicitar orientación concurrir al stand de Salud en el Barrio, ubicado en el Centro de Gestión y Participación Comunal -CGPC- más cercano, de lunes a viernes de 9 a 15 horas.

Las principales acciones del programa son:

- **Orientar e informar** a los vecinos sobre los **servicios, programas y acciones del sistema de salud** que se desarrollan **a nivel barrial**, en cada comuna de la Ciudad de Buenos Aires, para facilitar su accesibilidad a los mismos.
- Brindar información sistematizada a través del **Boletín Salud en el Barrio, guías de Servicios de Salud en el Barrio, Gacetillas de difusión de actividades locales**, para fortalecer los canales de comunicación entre los vecinos y los equipos de salud.
- **Realizar charlas, talleres y/o cursos** orientados a la comunidad **en coordinación con los equipos de salud y los programas de salud**, a fin de capacitar en diferentes temáticas de interés (promoción de la salud, primeros auxilios, salud de adultos mayores, salud sexual y reproductiva, prevención accidentes del hogar, educación alimentaria nutricional).

Contacto

Coordinación

- **Dirección:** [Medrano 350](#) 2º piso
- **Teléfono:** 4958-6210 - Lunes a viernes de 9 a 19 horas
- **Correo:** saludenelbarrio@buenosaires.gov.ar

II. Municipalidad de la ciudad de La Plata

CENTROS DE SALUD

En la ciudad de La Plata hay 45 unidades sanitarias municipales, cada una de las cuales cuenta con equipamiento y personal profesional idóneo las 24 horas, los 365 días del año.

Con el objeto de mejorar la accesibilidad a los servicios de los grupos sociales más vulnerables y asegurar la calidad de la atención, la política general de la dependencia apunta a aumentar las actividades preventivas en consultorios y en terreno.

El nuevo modelo de gestión en salud que se impulsa es el de organizar la asistencia sanitaria desde los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Así fueron delineadas las áreas de responsabilidad geográfica de los CAPS, en los que se cuenta con información acabada de las características socio - sanitarias de los habitantes de la misma.

Los Centros existentes son los siguientes:

CENTRO DE SALUD N° 1

Calle 145 entre 59 y 60

Los Hornos

Responsable: Od. Daniel Cagnola

Tel: 0221- 450-9717

CENTRO DE SALUD N° 2

Calle 66 y 143

Los Hornos

Responsable: Dra. Uriarte, Adriana

Tel: 0221 – 450-9699

CENTRO DE SALUD N° 3

Calles 45 entre 146 y 147

San Carlos

Responsable: Od. Thea Rubén

Tel: 0221- 470-6675

CENTRO DE SALUD N° 4

Centenario y Arana

Villa Elisa

Responsable: Dr. Boccia, Marcelo

Tel: 0221- 487-0267

CENTRO DE SALUD N° 5

Calle 12 y 19

City Bell

Responsable: Dra. Valeria Menoyo

Tel: 0221 – 480-0263

CENTRO DE SALUD N° 6

Calle 122 entre 80 y 81
Villa Elvira
Responsable: Dra. Villalobos, Alicia
Tel: 0221 – 452-0077

CENTRO DE SALUD N° 7

Calle 7 esq. 82
Villa Elvira
Responsable: Dra María M. JUAREZ
Tel: 0221 – 453-2585

CENTRO DE SALUD N° 8

Calle 20 esq. 85
Responsable: Dr. Del Papa, Rodolfo
Tel: 0221 – 451-5845

CENTRO DE SALUD N° 9

Calle 528 bis y 2 bis
Tolosa
Responsable: Dr. Masson Carlos
Tel: 0221 – 424-9595

CENTRO DE SALUD N° 10

Calle 208 y 516
Abasto
Responsable: Dra. Causo, Liliana
Tel: 0221- 491-3845

CENTRO DE SALUD N° 11

Calle 143 y 414 bis
Arturo Seguí
Responsable: Dr. Alberto Stefanizzi.
Tel: 0221- 474-1804

CENTRO DE SALUD N° 12

Calle 138 y 481
Gorina
Responsable: Dr. Marques, Teodoro
Tel: 0221 – 471-5078

CENTRO DE SALUD N° 13

Calle 41 entre 10 y 11
La Plata
Responsable: Dr. Cueto, Jorge

Tel: 0221 – 427-2867

CENTRO DE SALUD N° 14

Calle 16 entre 529 y 530

Tolosa

Responsable: Lic. Errecarte María Laura

Tel: 425-9122

CENTRO DE SALUD N° 15

Calle 520 y 118

Tolosa

Responsable: Dr. Scotti, Gustavo

Tel: 0221 – 471-4785

CENTRO DE SALUD N° 16

Calle 66 entre 173 y 174

Los Hornos

Responsable: Dr. Suárez Cores, Enrique

Tel: 0221 – 450-4767

CENTRO DE SALUD N° 17

Calle 27 y 449

City Bell

Responsable: Dr. Roca, Fernando

Tel: 0221 – 473-2299

CENTRO DE SALUD N° 18

Calle 45 entre 187 y 187 bis

Lisandro Olmos

Responsable: Dr. De Orta, Alfredo E.

Tel: 0221 – 496-1102

CENTRO DE SALUD N° 19

Calle 4 y 611

Villa Elvira

Responsable: Dra. Massi, María Elena

Tel: 0221 – 486-1836

CENTRO DE SALUD N° 20

Calle 139 entre 33 y 34

San Carlos

Responsable: Lic. De Mederos Gladys

Tel: 0221 – 470-0029

CENTRO DE SALUD N° 21

Calle 131 entre 639 y 640

Responsable: Od. Agueda Jorge
Tel: 0221 – 491-0711

CENTRO DE SALUD N° 22

Correa
Villa Elvira
Responsable: Dr. Rogatti
Te: 0221 – 491-2084

CENTRO DE SALUD N° 23

Calle 53 y 228
Etcheverry
Responsable: Od. Florián, Silvana
Tel: 0221 – 496-1393

CENTRO DE SALUD N° 24

Ruta 2 Km. 44,500
El Peligro
Responsable: Od. Adhemar Alejandro
Tel: 02229 – 491950

CENTRO DE SALUD N° 25

Calle 514 y 12
Ringuelet
Responsable: Od. Ramos Mejia Carlos
Tel: 0221 – 471-2160

CENTRO DE SALUD N° 26

Calle 126 y 605
Villa Elvira
Responsable: Dr. Hasta, Héctor
Tel: 0221 – 486-4112

CENTRO DE SALUD N° 27

Calle 526 entre 24 y 25
Tolosa
Responsable: Dr. Leal, Carlos
Tel: 0221 – 470-6382

CENTRO DE SALUD N° 28

Calle 10 y 491
Gonnet
Responsable: Dra. Walker, Marcela
Tel: 0221 – 471-1068

CENTRO DE SALUD N° 29

Rep. De los Niños
Gonnet
Responsable: Dr. Betancor, Guillermo
Tel: 0221 – 571-6942

CENTRO DE SALUD N° 30

Calle 20 y 50
La Plata
Tel: 0221 – 451-0782

CENTRO DE SALUD N° 31

Calle 186 y 492
Romero
Responsable: Dra. Lenardón, Mabel
Tel: 0221 – 491-4321

CENTRO DE SALUD N° 32

Calle 131 y 510
Hernández
Responsable: Dra. Álvarez, Susana
Tel: 0221 – 471-0037

CENTRO DE SALUD N° 33

Calle 142 y 520
San Carlos
Responsable: Lic. Ghe, Gabriela
Tel: 0221 – 470-0625

CENTRO DE SALUD N° 34

Calle 156 entre 528 y 529
Romero
Responsable: Dr. Fernández, Néstor
Tel: 0221 – 470-6925

CENTRO DE SALUD N° 35

Calle 121 entre 99 y 600
Villa Elvira
Responsable: Dra. Piedigrossi, Mirta
Tel: 0221 -486-5374

CENTRO DE SALUD N° 36

Calle 412 y 29
Villa Elisa
Responsable: Dra. Porta, Patricia
Tel: 0221 – 474-0101

CENTRO DE SALUD N° 37

Calle 137 entre 78 y 79
Los Hornos
Responsable: Dra. Zoli, María Luisa
Tel: 0221 – 450-7199

CENTRO DE SALUD N° 38

Calle 7 y 477
City Bell
Responsable: Dr. Maggi Gustavo
Te: 0221 – 480-3821

CENTRO DE SALUD N° 39

Calle 412 entre 116 y 117
Villa Elisa
Responsable: Dra. Martínez, Mirta
Tel: 0221 – 487-1239

CENTRO DE SALUD N° 40

Calle 59 entre 7 y 8
La Plata
Responsable: Dra. Suárez Crivaro, Florencia
Tel: 0221 – 427-2164

CENTRO DE SALUD N° 41

Calle 84 entre 131 y 132
Elizalde
Responsable: Dr. Barba, Héctor
Tel: 0221 – 453-1423

CENTRO DE SALUD N° 42

Calle 149 entre 35 y 36
B° Malvinas
Responsable: Dra. Gygli Silvina
Tel: 0221 – 479-8399

CENTRO DE SALUD N° 43

Calle 7 y 632
Responsable: Dra. Jáuregui Adriana
Tel: 0221 – 491-0689

CENTRO DE SALUD N° 44

Calle 59 y 154
Los Hornos
Responsable:

Tel: 0221 – 456-4808

C.I.C

Calle 46 y 158

El Retiro

Responsable: Lic. Giovannangelo Florencia

Tel: 0221 – 4140291

CENTRO DE SALUD N° 46

Calle 16 y 608

Altos de San Lorenzo

Responsable: Dr. Perona Fernando

Referencias

- ⁱ Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX .OPS. Código: UNIXX. Año de publicación: 1996. Vol I
- ⁱⁱ Mirta S. Roses, Alicia Bárcena y Martín S. Herrero. Aportes para el desarrollo humano en Argentina (Ed. 2011)
- ⁱⁱⁱ Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX .OPS. Código: UNIXX. Año de publicación: 1996. Vol I
- ^{iv} Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX .OPS. Código: UNIXX. Año de publicación: 1996. Vol II
- ^v Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX .OPS. Código: UNIXX. Año de publicación: 1996. Vol I
- ^{vi} Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX .OPS. Código: UNIXX. Año de publicación: 1996. Vol I : consultados diciembre de 2012.-
- ^{vii} +Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: Vol. 53, núm. 2, 2011, pp. S96-S108, consultada 30/4/2014