

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
**Fundación W. K. KELLOGG**

**Tendencias contemporáneas en la gestión de la salud**  
**Concepto sobre programación en los sistemas locales de salud**  
**Administración de recursos humanos en salud**  
**Administración de recursos materiales en salud**

**Volumen I**

**Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX**

# VOLUMEN I

- *Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud*
- *Manual de conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud*
- *Manual de recursos humanos en salud*
- *Manual de administración de recursos materiales en salud*



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

**FUNDACIÓN W.K. KELLOGG**

# **MANUAL SOBRE TENDENCIAS CONTEMPORÁNEAS EN LA GESTIÓN DE LA SALUD**

*Paulo Roberto Motta*

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**  
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

**FUNDACIÓN W.K.KELLOGG**

1996

Motta, Paulo Roberto

Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud /  
Paulo Roberto Motta, Humberto Novaes, ed. Washington, D.C. : OPS, c1996  
xii, 73 p. — (HSP/UNI/Manuales Operativos PALTEX Volumen I / no. 1)

ISBN 92 75 32180 9

I. Título II. Humberto, Novaes III. (Serie)

1. SISTEMAS LOCALES DE SALUD 2. GERENCIA 3. DESCENTRALIZACIÓN  
NLM WA546.1

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

ISBN 92 75 32180 9

© Organización Panamericana de la Salud, 1996

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo, o en parte alguna la publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, o instituciones, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

## Acerca del autor

**Paulo Roberto Motta.** Doctor en Ciencias, Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Estados Unidos. Profesor de Administración Pública, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janeiro, Brasil. Ex profesor visitante de la Universidad de Manchester, Reino Unido, y del Centro de Estudios Superiores en Administración (CESA-HEC), Francia.

# Contenido

Prólogo .....	vii
Presentación .....	ix
El mundo contemporáneo y la gestión de la salud .....	1
Nuevos fundamentos organizacionales de los SILOS .....	5
Democracia en la gestión pública: formas participativas .....	7
Descentralización .....	12
Organizaciones gubernamentales como unidades de acción .....	16
Organizaciones independientes o de origen comunitario: las ONG's .....	21
Problemas operativos de los SILOS .....	33
Reorganización sistémica .....	33
Escasez de recursos .....	38
Coordinación: La lógica y las imperfecciones sistémicas .....	42
Dimensiones gerenciales de los SILOS .....	51
La función gerencial en el mundo contemporáneo .....	51
La gerencia en el área pública .....	63

## Prólogo

El sector de la salud en América Latina y el Caribe ha sido protagonista de una serie importante de innovaciones que tuvieron repercusiones más allá de la Región. En la década de los sesenta, con el establecimiento de los Departamentos de Medicina Preventiva, o Comunitaria, o Social, en las Facultades de Medicina, se realizaron experiencias significativas de Integración Docente-Asistencial (IDA); en la década de los setenta, antes de la Declaración de Alma Ata, ya se vislumbraban en la Región importantes experiencias de atención primaria de salud; en los años ochenta, se fue configurando progresivamente, en varios países, una reforma de los sistemas de salud, con énfasis en las concepciones de salud integrada e integral, que valorizan la descentralización de la atención, y de la administración del sistema; así, se llega a los años noventa con una clara intención de promover una reforma que tenga como base los sistemas locales de salud (SILOS).

Esos esfuerzos dieron lugar a un acercamiento progresivo entre los elementos que aparentemente se distanciaron durante el proceso de evolución de nuestras sociedades, como entre la salud pública y la asistencia médica, entre la medicina preventiva y la medicina curativa, entre la asistencia hospitalaria y la asistencia básica de salud, entre la enseñanza de las profesiones de salud y la prestación de servicios, entre los profesionales y los auxiliares, entre las corporaciones de servicios de salud y la comunidad.

El Programa UNI, que la Fundación W.K. Kellogg ha establecido en 1991, surgió para crear la oportunidad de ofrecer otras propuestas para articular la enseñanza de las profesiones de salud (es decir, UNIVERSIDAD), con el desarrollo de la salud y la prestación de los servicios de salud (es decir, SILOS), en la atención a las necesidades y demandas de comunidades específicas, que asumen un papel decisivo en la dirección de las decisiones que afectan a su calidad de vida (es decir, COMUNIDAD). De esta forma, el Programa UNI busca el desarrollo sincronizado de la enseñanza, el desarrollo de la salud y la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de la comunidad para decidir con respecto a sus necesidades y demandas y a los servicios que le son prestados.

En la actualidad existen 23 proyectos UNI en América Latina, en comunidades específicas de 11 países, que articulan la enseñanza de diversas profesiones de salud, con la reorganización de los servicios de salud en los SILOS, con una intensa participación de las comunidades en los procesos de decisión. A fin de apoyar el desarrollo de estos proyectos, y de sus ideas y soluciones, como una estrategia viable y factible para la deseada reforma del sector de la salud en los países de América Latina, el Programa UNI procura asociarse con otras organizaciones que tienen los mismos propósitos. Tal es el sentido de este esfuerzo colaborador entre la Fundación W.K. Kellogg y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por otra parte, y con los mismos objetivos la OPS apoyó a los países de la Región en el desarrollo integral local en base al mandato de la Resolución XV de la XXX Reunión del Consejo Directivo.

Los manuales que forman parte de esta serie representan el resultado de la labor intensa de identificar las situaciones que ocurren dentro de un SILOS y que exigen cierto grado de organización para facilitar los procesos de decisión de los dirigentes y los profesionales participantes. Se espera que sirvan de material auxiliar a aquellos que quieran escribir sus propios manuales de operación, que de manera específica atiendan sus propias necesidades de organización y método.

Por lo tanto, los manuales no constituyen un producto acabado, listo ya para ser utilizado por los SILOS de la Región; constituyen un punto de partida, sólido y articulado, para que cada SILOS diseñe y escriba su propio manual.

Con ellos se espera hacer una contribución eficaz y eficiente para el desarrollo de la reforma sanitaria en nuestra Región. A la Fundación W.K. Kellogg y a la OPS les da muchísima satisfacción poder formar parte de este esfuerzo al apoyar el desarrollo del sector de la salud en América Latina y el Caribe.

Dr. José María Paganini  
Director  
División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud  
OPS/OMS

Dr. Marcos Kisil  
Director y Coordinador del  
Programa para América Latina  
y el Caribe  
Fundación W. K. Kellogg



# Presentación

## ¿Por qué esta iniciativa OPS/Kellogg?

Durante años muchas de las iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han recibido apoyo de la Fundación W.K. Kellogg. Cuando los ministros de salud de los países de América Latina y el Caribe se reunieron en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana y aprobaron una resolución para transformar los sistemas nacionales de salud con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), también recomendaron realizar una evaluación de las experiencias de la puesta en práctica. Para ello se emplearía una metodología innovadora, orientada hacia el apoyo de otras actividades concretas llevadas a cabo en los países, con el objeto de brindar mejores condiciones de vida a las comunidades.

De 1990 a 1993 la OPS y la Fundación W.K. Kellogg elaboraron un proyecto conjunto para evaluar los sistemas locales de salud (SILOS) denominado "**Evaluación para el cambio**". Esto llevó a un análisis a fondo del contexto y de las instituciones de diversas comunidades y de la actuación de los líderes de SILOS en Bolivia, Brasil, Colombia, Dominica, Haití, México, la República Dominicana y San Vicente y las Granadinas, con una serie subsiguiente de publicaciones conjuntas.\*

La serie de publicaciones mencionadas anteriormente estaban de acuerdo con el mandato del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud de reforzar los sistemas locales de salud, promover estudios para crear nuevos modelos operacionales o sus componentes críticos, evaluar la equidad, eficiencia y calidad, así como la cobertura obtenida, la utilización eficiente de recursos y el grado de participación comunitaria.

También de acuerdo con este mandato, la investigación para estas publicaciones se realizó básicamente con proveedores de servicios y la comunidad, facilitándose la aplicación de los resultados en las medidas correctivas para una mejor salud de la población.

---

\* *Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina.* Cuaderno Técnico No. 31, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1990. También publicado en portugués por la Biblioteca Pioneira de Administración e Negócios-PROAHSA, São Paulo, 1990.

*Strengthening the Implementation of Local Health Systems--The English Speaking Caribbean Countries--Assessment for Change.* Serie SILOS No. 16, Pan American Health Organization/World Health Organization, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1992. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

*Evaluación para el cambio: Bolivia, Haití y República Dominicana,* Serie SILOS No. 25, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1993. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

## **¿Cuál fue el resultado de las investigaciones?**

Se encontró que en el pasado la evaluación de los programas de salud solía estar dirigida a actividades aisladas, fuera del ámbito del proceso administrativo. Por otro lado, en los actuales estudios realizados por el proyecto OPS/W.K. Kellogg lo que interesaba constantemente era identificar posibles soluciones administrativas para los cambios inmediatos o de mitad del período de implementación de las transformaciones.

La evaluación se llevó a cabo mediante la recopilación y el análisis de datos, usando diferentes metodologías, para determinar la pertinencia de la planificación de los servicios de salud en los sistemas locales, el progreso alcanzado durante la ejecución y los mecanismos de control de la eficiencia para vencer las dificultades.

En todos los casos se pretendía establecer una estrecha relación entre el administrador local y el investigador. Se encontró que el papel del administrador local era más evidente en las fases iniciales del proceso de evaluación, en la observación de la pertinencia del programa, mientras que el papel del investigador se destacaba más en el análisis del impacto.

## **¿Cuáles deficiencias fueron encontradas?**

Prescindiendo de la región analizada, los SILOS evaluados presentaban deficiencias comúnmente encontradas también en otros servicios de salud de América Latina. Los indicadores principales mostraban la necesidad de capacitar a los líderes del sector salud en ADMINISTRACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y METODOLOGÍA OPERACIONAL, así como la necesidad de interesarse más por la CALIDAD de los servicios prestados, sea de atención ambulatoria u hospitalaria.

### **Principales problemas identificados:**

- Deficiencias en la coordinación intra y extrasectorial.
- Sistemas administrativos, clínicos y epidemiológicos ineficientes.
- Escaso aprovechamiento de la información existente para la adopción de decisiones.
- Necesidad de capacitación permanente de recursos humanos en determinadas áreas.
- Deficiencias en el mantenimiento de instalaciones y equipo.
- Resistencia a la descentralización de la autoridad para tomar decisiones en el nivel local.
- Conocimientos técnicos limitados para la programación y la gestión estratégica locales.
- Administración inadecuada de material, medicamentos, vacunas y otros suministros.
- Falta de motivación y de preparación para actuar en equipo.
- Conocimiento limitado de la administración financiera en el nivel local.
- Falta de normas para la referencia y contra-referencia de pacientes.
- Desconocimiento de las técnicas de evaluación de la calidad.
- Ninguna tendencia a utilizar indicadores epidemiológicos para tomar decisiones.
- Descuido en las técnicas básicas de saneamiento y desconocimiento de los procedimientos de protección ambiental.

## ¿Por qué publicamos esta serie de Manuales?

En vista de las cuestiones identificadas en las observaciones de estudios de casos, la OPS, de acuerdo con la Fundación W.K. Kellogg, decidió publicar una serie de manuales con objetivos generales orientados a incrementar el desarrollo económico y social en los SILOS mediante una mejor administración del sector salud; mejorar la productividad de los servicios públicos y mejorar las condiciones de saneamiento en el nivel urbano (protección ambiental) y en la lucha contra las condiciones de vida insalubres.

## ¿Cuáles temas son tratados en los Manuales?

Los temas tratados en esta serie HSS/UNI de Manuales son:

1. **Tendencias contemporáneas en la gestión de la salud.**
2. Conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud.
3. Recursos humanos en salud.
4. Administración de recursos materiales en salud.
5. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas.
6. Mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo
7. Administración financiera para gerentes de salud.
8. Pautas para el establecimiento de sistemas locales de información.
9. Gerencia de la calidad.
10. Vigilancia epidemiológica.
11. Vigilancia sanitaria.
12. Vigilancia ambiental.\*

## ¿A quién sirven estos Manuales?

Los Manuales fueron preparados para auxiliar las actividades de gerencia diaria de los responsables superiores por la administración de sistemas locales de salud y sus componentes. Las cuestiones son tratadas de manera amplia para el no especialista en los temas, y no tiene el objetivo de enseñar técnicas básicas de procedimientos. Su formato fue hecho con el propósito de recibir revisiones periódicas y eventuales actualizaciones de sus capítulos. Esperamos así haber contribuido, por lo menos en parte, para la solución de problemas identificados en las evaluaciones realizadas.

Humberto de Moraes Novaes  
Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud  
Editor General de la Serie

---

\* La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS sigue preparando otros Manuales para esta Serie PALTEX de documentos operativos: No. 13, Prevención y control de infecciones hospitalarias (incorporado en el Volumen IV de esta serie), y No. 14, Prototipo de educación en administración hospitalaria.

# El mundo contemporáneo y la gestión de la salud

El mundo contemporáneo está siendo objeto de innumerables rápidos y fuertes cambios, no solamente a nivel económico, sino también, tecnológico, político y hasta filosófico. Frente a estos cambios, 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. Ellas 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 marginalizados 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 "calidad de vida".

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, marginalización de grandes grupos poblacionales y desigualdades de programas entre naciones.

Adicionalmente, la vida más larga en la mayoría de los países, unido a los factores ya mencionados, pasan a exigir de los gobiernos intervenciones masivas en el área social para garantizar niveles mínimos de sobrevivencia y de tranquilidad política y económica. En verdad, el mundo enfrenta hoy la paradoja de que en la era de la privatización y de la intención de reducir el Estado a un menor tamaño, se acentúan propuestas para mayor participación del Estado en el área social.

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 la clientela. 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 últimamente 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 deseados.

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. Este programa 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, llamada "sistemas locales de salud" o "SILOS", que en última instancia, serán las unidades responsables y articuladoras de la intención de ofrecer salud para todos.

Antes de examinar las potencialidades de los SILOS para atender las necesidades de salud, y de ver las nuevas formas de gestión que ellos inspiran, es necesario situar las especificaciones del contexto latinoamericano, en analogía y en contraposición con las tendencias mundiales.

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 últimos años 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, "tercearización" (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 justifican por la racionalidad económica de transferir funciones del Estado, usualmente desempeñadas ineficazmente, hacia el sector más eficiente de la economía: el privado.

Por ese principio de eficiencia, la mayor parte de las funciones del Estado se juzgan transferibles, lo cual se recomienda, porque se asume que la diferencia entre actividad pública y privada se reduce a un problema de gestión. Esos argumentos tienden 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 entran en el debate público de forma acentuada, emergiendo dificultades y problemas para el sector.

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

**Cuanto más se anuncian propuestas de mayor privatización, más se cuestiona 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 entran en contradicción con la nueva onda. Aún las corrientes políticas que desean mayor privatización, acaban 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.

En el área social, las reformas democráticas procuran atender grupos marginalizados, 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 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 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, en la transición democrática se vuelve necesario establecer consensos políticos, aunque sean frágiles y temporales, para garantizar un mínimo de eficiencia en la prestación de servicios. Como las organizaciones de salud manejan grandes sumas de carácter distributivo, se convierten en foco de atención de la reconstrucción autoritaria paternalista y son muy vulnerables en su direccionamiento, por causa de la fragilidad de los acuerdos políticos.

La propia democracia, con su revolución en el orden establecido, al redistribuir poder genera nuevas expectativas que dejan aparecer la insuficiencia e ineficacia de los modelos existentes para los órganos públicos en el área de la salud.

La democracia avanza por el ascenso de nuevos grupos a la estructura de poder, generando no solamente la creación de nuevas formas de articulación y agregación de intereses, sino también reforzando las instituciones democráticas de gobierno.

# 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 onda de consolidación democrática 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, así mismo, 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 de un país.

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, los SILOS 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 que existen en la región.

Los SILOS poseen una base organizacional constituida por tres elementos fundamentales:

- la descentralización;
- la participación;
- la lógica sistémica con redes de organizaciones.

Esos fundamentos se resumen en el Cuadro 1 y serán analizados más adelante, con el fin de mostrar sus implicaciones en la gestión contemporánea.

**Cuadro 1**  
**Fundamentos organizacionales de los SILOS**

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

## **Democracia en la gestión pública: formas participativas**

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 autolimitación 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, principalmente en países cuya experiencia democrática es de cierta forma discontinua.

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 y la crisis en la eficiencia del Estado (ver Cuadro 2).

### *Crisis de la capacidad de influencia*

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.

**Cuadro 2**  
**Problemas de relaciones democráticas del gobierno**

<b>Problema</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Propuesta de solución participativa</b>
<b>Incapacidad de influencia</b>	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
<b>Representatividad</b>	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
<b>Eficacia del Estado</b>	Conciencia creciente de que el Estado no puede desempeñar todas las funciones que le son otorgadas, aún en la perspectiva del Estado de bienestar social	Descargar en la sociedad acciones y responsabilidades antes concentradas en el 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 desigualmente, 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 controlarla, reducen también la posibilidad de in-

fluencia. 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 ten-

drían 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 aún 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.

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 de las 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 descredito 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 uni-

formidad 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 garantizan equidad en la distribución de los recursos públicos (intereses colectivos que sobrepasan los límites de los intereses del público atendido por determinada institución).
- *Clientela*. 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 públi-

cas 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 las 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 hostilidad con las formas centralizadas de gobierno se acentúa por el progreso de la democracia en la América Latina y el Cari-

be. La centralización pasó a ser asociada con autoritarismo, corrupción, atraso social y económico. Así, en una región en que el poder local históricamente se acostumbra a la sumisión y a la dependencia, nada más natural que asociar descentralización con desarrollo democrático.

La descentralización pasó a significar 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.

La descentralización 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.

La descentralización pasó a ser vista 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, la descentralización es vista como 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 la descentralización 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, la descentralización es vista como una forma de redistribución de costos y de beneficios. Desde esta perspectiva, la descentralización 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, la descentralización ha sido vista 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, la descentralización tiende a ser vista como una relación entre un proyecto nacional mayor y el mantenimiento de identidades locales. Descentralización 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, la descentralización es vista como 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, la descentralización 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, la descentralización tiende a ser vista bajo 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. La descentralización 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.

En las naciones de América Latina, existen obstáculos profundos que se interponen para la realización de una perspectiva más descentralizada y participativa de la gestión



pública. Dentro de estos obstáculos se resaltan, no solamente las políticas provenientes del centralismo autoritario histórico, sino también los aspectos culturales y los conceptos sobre organización y poder público.

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.

En América Latina, participación y descentralización son nuevas referencias jurídicas y culturales. En esta región el poder se mantiene centralizado, con la visión de tutela y fiscalización sobre las comunidades locales. El poder central impone formas de organización como medio de relacionamiento entre factores locales y regionales. A pesar de los recientes cambios de gran significado, el ordenamiento jurídico de la región favorece intensamente la descentralización. La democracia local es apenas una nueva referencia, a partir de la cual deben ser construidos nuevos modelos de gestión social.

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.

En América Latina, además de la pasividad, sumisión y alienación impuestas por el paternalismo autoritario, existen los remanentes tradicionales sobre el origen de la riqueza y de la pobreza. La riqueza es vista como algo naturalmente concedido como también la pobreza. Esta es una consecuencia normal de interferencias sobrenaturales y no es fácilmente removible por la acción del hombre. Las personas más pobres y más excluidas del sistema tienden a verse así mismas como diferentes de las más ricas y tienen pocas ilusiones sobre la posibilidad real de cambio.

En las sociedades anglosajonas, que inspiran los modelos de gestión pública más descentralizada y participativa, las personas se ven como iguales: superiores y subordinados, clase dirigente, trabajadores, ricos y pobres. Se acepta fácilmente cuestionar la autoridad y cambiar el poder significa, principalmente, redistribuirlo. Así, este puede ser repartido a través de la confianza en las relaciones administrativas, cuando se desarrollan modelos participativos de gestión.

En América Latina, las percepciones diversas sobre la naturaleza de las clases sociales hacen que las personas se vean de forma diferente, casi como cumpliendo funciones sociales designadas por sus superiores. Las autoridades no deben ser cuestionadas y cambiar el poder significa apenas cambiar la persona que lo ejerce. Así, los intereses son diversos, la desconfianza acentuada entre los grupos de intereses y las formas participativas sobreviven como un mecanismo frágil de trabajo, que se fundamenta en consensos débiles.

En la región latinoamericana, la introducción de formas descentralizadas y democráticas

de gestión exige más que nuevos modelos administrativos. Es necesario un cambio cultural, lento y progresivo que incluya la aceptación de nuevos valores de ciudadanía y formas de expresión política que generen nuevas relaciones del Estado con la sociedad.

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 marginalizados 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. La descentralización 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, la descentralización 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 la descentralización y de la participación 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 los interrelacionamientos institucionales internos y externos, 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.

### **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.

Si bien es cierto que son creadas con fines específicos, las organizaciones gubernamentales 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 las acciones naturales de las organizaciones gubernamentales 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 las acciones de las organizaciones gubernamentales 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 el desarrollo de una imagen positiva y mayor apoyo a la acción eficiente de las organizaciones gubernamentales.

Actualmente se vive un momento en que las críticas contundentes que normalmente, se hacen sobre la administración pública, se acentúan de forma extraordinaria. Se ataca todo lo que tiene que ver con el gobierno, desde su propia existencia hasta su "irremediable vocación" para la eficiencia, cuestionándose siempre la conducta moral y ética del funcionario público.

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 preconcepciones, sino también de análisis excesivamente simplistas sobre la gestión gubernamental. Los preconcepciones llevan a

una visión de la administración pública como algo inherentemente perverso, donde se encuentran los más indolentes y los poco virtuosos.

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.

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.

El alcance de resultados solo 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 comportamientos de ineficiencia.

Además de esas cuestiones administrativas, que sobresalen en el día a día de los servicios, 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.

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.

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, 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 manifestadas directamente por los propios órganos de la administración.

Los deseos de cambio parecen no ser suficientes para alterar una situación constantemente criticada. Muchas veces esos deseos 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, permanecen como grandes desafíos a ser aún vencidos. A pesar de todos los esfuerzos, la gestión pública 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.

Con esa perspectiva de cambio, se reactivó recientemente una preocupación más acentuada con los problemas administrativos de los gobiernos.

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 nuevas clientelas 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. Influencian comportamientos, actitudes, expectativas y valores, provocando demandas aún no experimentadas por el sistema social y económico.

En la lucha por el crecimiento y desarrollo, las organizaciones gubernamentales buscan apoyo de clientelas, además de procesar y

satisfacer demandas específicas. En este proceso, provocan rearticulación y reagregación de intereses para ofrecer apoyo y formular nuevas demandas.

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 concretizarse; el propio desarrollo de la organización crea nuevas fuentes de poder, lo que fuerza a cambios en aquellos límites. En este sentido, la organización gubernamental, cuanto más eficiente, eficaz y efectiva sea, podrá transformarse en un poderoso instrumento de cambios institucionales o de innovación en la infraestructura del poder público.

Las organizaciones gubernamentales 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 o 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 determinada clientela, 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.

### **Organizaciones independientes o de origen comunitario: las ONG's**

A través de la experiencia histórica se observa que debido al paternalismo autoritario y a la excesiva centralización, la gran mayoría de comunidades locales latinoamericanas aprendieron a convivir con la dependencia y la sumisión y a observar con recelo el descrédito de las autoridades gubernamentales.

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 son entidades independientes instituidas por la propia comunidad y muchas son conocidas como organizaciones no gubernamentales (ONG's).

#### ***Las ONG's como nuevo recurso político***

Las ONG's proliferaron en América Latina, bien en consecuencia de procesos de democratización o bien por la incapacidad del gobierno para atender demandas de más y mejores servicios. 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. En realidad, las ONG's vinieron a llenar 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, las ONG's 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 las ONG's 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.

En América Latina, las ONG's ocupan un espacio estratégico importante, ya que prestan servicios que ni el Estado ni la iniciativa privada conseguirían ofrecer. De esta forma, las transacciones con clientelas que necesitan de sus servicios, o con aquellos que posibilitan su trabajo, tienen una base de apoyo comunitaria sólida y no fácilmente destruible.

Las ONG's estimularon la realización de una variada gama de iniciativas dirigidas a la base de la sociedad, con el objetivo de hacerla más independiente en relación al Estado. Por eso se constituyeron en factor de organización comunitaria.

En principio, las ONG's 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.

Las ONG's 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 marginalizados sean articulados, agregados y procesados por el sistema político administrativo. Inclusive cuando son instituidas para prestar servicios específicos en el área de la salud, las ONG's crean nueva conciencia sobre necesidades no aten-

didadas 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 las ONG's que prestan servicios de salud fueron instituidas a partir de movimientos sociales de base, con la intención de romper lazos de sumisión política. Las ONG's asumen una nueva expresión política, a través de la prestación de servicios antes no disponibles, o de calidad inferior a la ofrecida por grupos más privilegiados.

Algunas ONG's, 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, las ONG's manejan recursos de influencia con mayor facilidad, permitiendo que intereses de grupos antes marginalizados sean agregados con mayor autenticidad.

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

### ***Las ONG's como forma de organización local***

Las ONG's, particularmente las de carácter local, constituyen instrumentos de organización y de participación social. El hecho de que su financiación se realice por medio de contribuciones de grupos privados y dota-

ciones públicas, exige la participación de gran número de beneficiarios, haciendo que el trabajo de estas organizaciones se desarrolle en función de una movilización comunitaria importante.

Como representantes informales de la comunidad frente al poder económico y político, las ONG's 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.

Las ONG's 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, estas organizaciones 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. Sus funciones son las de producir modelos alternativos a nivel local o regional, que sirvan para mejorar las condiciones de vida de determinada comunidad.

Independientemente de su tamaño, las ONG's 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, las ONG's 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, las ONG's 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 organizaciones no gubernamentales, son innumerables, conforme se explicará a continuación.

Las organizaciones no gubernamentales (ONG's):

- 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 tecnoestructura;

- 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.

Las ONG's pueden contribuir ostensiblemente al desarrollo y formulación de políticas públicas de salud. Su trabajo permanente y localizado sobre las causas de la miseria, marginalización social y sus efectos sobre la salud, hace que adquieran una gran capacidad para la formulación e implementación de políticas. Las organizaciones no gubernamentales 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.

Las ONG's 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. Pueden hasta contribuir a revertir el cuadro social de los países.

El trabajo de las ONG's 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 América Latina, la participación de las ONG's en la realización de programas de salud ha sido siempre diferente a la forma como tradicionalmente intervienen el Estado y el sector privado. Las ONG's se distinguen por un mejor nivel de organización y por su capacidad de actuar intersectorialmente, por lo que son consideradas como una herramienta potencial para ayudar a resolver los problemas de salud de la población.

Además, la existencia de gran cantidad de ONG's, 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.

### ***Las ONG's como entidades sin fines lucrativos***

Las ONG's son instituidas como organizaciones privadas sin fines lucrativos. Sin embargo, desde el punto de vista administrativo, esas entidades poseen características que las distinguen de una empresa privada. Dentro de estas se destacan las siguientes:

#### **Sobrevivencia independiente de los mecanismos de mercado o de existencia de lucro o superávit**

Las ONG's trabajan menos con respuestas a demandas y más a partir de una definición interna sobre necesidades de una población a ser servida.

Las empresas privadas, hospitales y clínicas procuran responder a la demanda y concentrar sus acciones donde ella es mayor. Normalmente, desprecian áreas poco demandadas y de baja lucratividad. Por ser privadas, crecen de acuerdo con las demandas y por su capacidad de atraer clientela. Cuanto más clientela mejor.

Las ONG's, por su parte, procuran servir una clientela limitada por las necesidades predefinidas, prioridades y disponibilidades de recursos. Clientes mas allá de lo esperado, son considerados un costo excesivo y perturbadores de la regularidad de trabajo.

La mayoría de las ONG's en el área de la salud procuran ser enlaces funcionales con el Estado, esto es, prestan servicios en áreas mal cubiertas por el servicio público, contra la garantía de una dotación presupuestal regular. Procuran, aún más, superar la visión mercadológica para la sobrevivencia, creando interfases con la comunidad servida, para recibir ayuda de cualquier naturaleza, estableciendo contactos constantes con las entidades donantes para la prestación de servicios especiales.

#### **Remuneración de la organización no basada en los precios pagados por la clientela**

El éxito de una ONG de servicio es el alcance de objetivos sociales deducidos de su propósito central. El uso eficiente de dinero, significa prestar la mayor cantidad de servicios en función de los recursos disponibles. En este sentido la eficiencia de una ONG no puede ser analizada por una expresión monetaria.

Por ejemplo, para las ONG's que cobran por sus servicios, la existencia de un superávit puede significar un mal, porque, o bien no fueron prestados todos los servicios que los recursos permitirían, o bien los precios cobrados fueron muy elevados por la natura-

leza del servicio ofrecido. La idea de ser una institución sin fines lucrativos impone obligaciones de equilibrio entre las necesidades sociales y las de sobrevivencia financiera.

Las ONG's hacen transacciones con la clientela sin buscar lucro, pero no necesariamente buscan perjuicio o desprecian el superávit. Equilibrio, ingresos y gastos, asociados a eficiencia y calidad en la prestación de servicios, son factores de preocupación central para el éxito de una organización no gubernamental.

**Objetivos fundamentados en intereses comunitarios mas amplios y cuyo alcance, en principio, sobrepasa los intereses particulares de sus miembros**

Las ONG's nacen basadas en intereses altruistas de satisfacer necesidades comunitarias. A veces, crean la idea de voluntariado y de misión, procurando atraer funcionarios que estan dispuestos a aceptar una retribución menor que lo usual por la contribución dada. La diferencia es acreditada al hecho de trabajar en una organización sin fines lucrativos y por lo tanto, el resultado de su trabajo será en parte apropiado socialmente. Esa dimensión social tiende a ser resaltada como fuente de sumisión y consentimiento de los funcionarios a las políticas de la institución.

Por otro lado, las ONG's imponen la perspectiva de que sus dirigentes y los miembros de sus cuerpos directivos no pueden beneficiarse de los resultados alcanzados. Los emolumentos de los dirigentes pueden resumirse a *pro-labore* y la de los cuerpos directivos en algunos "*Jetons*", que en la mayoría de los casos, son dispensados y aún prohibidos por normas internas o externas. Los propios miembros de los cuerpos directivos de las ONG's resaltan que su vínculo con esas instituciones se sustenta

en relaciones altruistas de servicio a la comunidad.

**Cultura organizacional caracterizada por fuerte sentido de identidad y adherencia a la misión social de la institución**

Objetivos explícitos de servicio a la comunidad son la base de la socialización de los miembros de una organización no gubernamental. En una empresa privada, la ambición de desarrollo personal y profesional es estimulada con la promesa de conseguir ganancias concretas, inclusive con la participación en los resultados. La adherencia a la organización se hace por objetivos personales de ganancias, sin esperar otra lealtad, a no ser la que garantice el progreso conjunto del individuo o de la empresa.

En ausencia de un programa de ganancias crecientes, además de una carrera funcional, las organizaciones sin fines lucrativos cultivan la misión, el ideal de servir a la comunidad y el altruismo, que contrastan con el lucro empresarial y con la inequidad del servicio estatal. Esos valores son continuamente mencionados, como refuerzo a la permanencia de funcionarios y su sentido de generar identidad y adherencia personal a la misión de la institución.

***Condiciones adquiridas en desarrollo***

La idea inicial de una ONG es ser flexible y pequeña para actuar frente a la comunidad, con la intención de dar respuesta rápida a problemas urgentes. Sin embargo, las ONG's crecen, necesitan buscar recursos en órganos públicos y privados que les imponen formalidades en la elaboración de proyectos, controles de ejecución y prestación de cuentas sobre los resultados. Así, las ONG's van adquiriendo características de operación no visualizadas en su creación pero que son consecuencia de su propio éxi-

to y actuación. Esas características son comunes a muchas organizaciones públicas y privadas; sin embargo, poseen en las ONG's ciertas peculiaridades, como se nota a continuación:

*Burocratización.* Los estudios clásicos sobre desarrollo organizacional siempre mostraron que el crecimiento lleva naturalmente a una mayor burocratización. La realización de mayor variedad y cantidad de tareas conduce a necesidades de motivación, para que todo trabajo no sea considerado como una tarea nueva. Se torna entonces necesario especializar el trabajo, desarrollar nuevas funciones, admitir nuevos profesionales y redistribuir formalmente poder, autoridad y responsabilidad. Adicionalmente, es preciso establecer relaciones laborales estables, lo que exige planeamiento de carrera y una visión razonable de posibilidades futuras de progreso, además del desempeño de tareas presentes.

Además de estas presiones burocráticas tradicionales e inevitables, las ONG's enfrentan presiones de rutinización en función de la amplitud de acción de sus líderes creadores. La mayoría de las ONG's nacen flexibles, pero dependen de líderes emprendedores que las crean y que, en principio, intentan mantener las acciones de la organización bajo sus preferencias, valores, intereses y conveniencia. La admisión constante de nuevos profesionales, trae a esas ONG's nuevas visiones, que son normalmente conflictivas con las de los líderes creadores.

Con la intención de neutralizar la influencia excesiva de esos líderes, los nuevos profesionales procuran burocratizar la organización para hacerla más impersonal y neutral. A pesar de las resistencias iniciales, los líderes acaban por no tener otra alternativa sino aceptar las nuevas imposiciones de crecimiento. Sin embargo, ven la buro-

cracia también como una nueva forma de control sobre esos profesionales.

La nueva burocracia pasa a ser una conveniencia mutua para la solución de conflictos y racionalización de los procesos. Se pierde la flexibilidad, pero se gana equilibrio y estabilidad.

*Apariencia de estabilidad.* La mayoría de las ONG's vive de alguna forma dependiente de subsidios, donaciones y de ayudas externas variadas. A medida que crecen aumenta la necesidad de ayuda y complejidad de los argumentos para justificarla.

Además, si tienen éxito, las ONG's acaban por establecer profundas relaciones institucionales y de gran alcance en la sociedad. Se tornan conocidas, visibles y atraen los medios de comunicación de masa, casi de la misma forma que las instituciones gubernamentales. Sus formas de acción son vigiladas y verificadas públicamente. Así, esas ONG's se normalizan internamente, en el sentido de demostrar algo organizado, comprensible para el público externo y principalmente que no decepcione a donadores tradicionales y potenciales.

Las ONG's que progresan necesitan pensar estratégicamente sobre cómo injerirse en el medio social en que actúan. La búsqueda de recursos en cantidades crecientes necesita ser justificada, no solamente en función de experiencias, sino especialmente en el uso más eficiente y eficaz que pretenden hacer de los nuevos recursos. Esa nueva forma de planear las acciones exige relaciones externas estables y un sistema de comunicación capaz de atraer apoyo y visión favorable sobre la organización.

*Formalización.* Las ONG's nacen más libres que las organizaciones estatales y empresas privadas. Sobre estas últimas inciden mayor número de leyes, reglas y normas rígidas que

que disciplinan y restringen sus objetivos y formas de acción. Las ONG's todavía se benefician de menos inspección y control y más aceptación social de sus formas flexibles de actuar en la búsqueda y uso de recursos.

No obstante, en la medida que crecen, las ONG's no se vuelven inmunes a las presiones clásicas para una formalización que las asemeje a empresas o instituciones gubernamentales. La formalización, implica costos fijos más elevados y es resultado de la necesidad de las grandes organizaciones para resolver conflictos internos, racionalizar procesos y acreditarse externamente para la adquisición de más recursos. Así, satisfacer esas necesidades exige burocratización y apariencia de estabilidad.

### *El desarrollo de las ONG's: la transición gerencial*

La mayoría de las organizaciones no gubernamentales nace con la visión de que su crecimiento será una consecuencia natural del ambiente que las rodea, no solamente en función de su misión social, sino especialmente por el apoyo inicial que reciben. Crecen así, sin necesidad de un análisis concreto sobre la relevancia de cada etapa de su evolución.

Las ONG's conviven más fácilmente con la ausencia de indicadores de desempeño, ayudadas por la represión interna de incertidumbre que garantiza la tranquilidad institucional. Estadísticas incrementales aseguran una imagen externa de crecimiento, aunque esta no exista sin enfrentar el dilema entre atender la justificativa social de la organización y la necesidad de sobrevivencia.

En principio, las entidades sin fines lucrativos se desarrollan fácilmente en términos del alcance de los propósitos para los cuales fueron creadas. La suspensión de la mentalidad comercial no perturba el crecimiento de la institución ni desvirtúa el espí-

ritu social que la originó. Sin embargo, el aumento de costos fijos conduce a presiones en la administración financiera. Surge la necesidad de la preocupación comercial, no como una política revisionista sino como una política de autopreservación, en que las necesidades de sobrevivencia y de viabilidad financiera afectan los objetivos centrales y las prioridades de la misión social.

En otras palabras, la represión de la mentalidad comercial favorece en principio la adherencia a la misión social, pero el imperativo de la sobrevivencia lleva a la represión de las prioridades que justifican la existencia de la organización, surgiendo algunos dilemas, como los sintetizados en el Cuadro 3.

La transición gerencial que se verifica en el desarrollo de las entidades sin fines lucrativos, debe ser acompañada también por una nueva visión estratégica y de liderazgo.

En principio, el liderazgo de instituciones tiende a resaltar la perspectiva de una nueva entidad de misión social relevante y de que las personas que la apoyan estarán contribuyendo al progreso de la comunidad. Así, se tiende a considerar como una oportunidad los recursos disponibles para la donación, y como una amenaza la falta de comprensión y apoyo de la comunidad a los nuevos objetivos que la organización pretende alcanzar.

Los dirigentes, normalmente fundadores, muestran algún interés personal de poder y actúan básicamente como intermediarios de recursos y de personas. La idea inicial es siempre movilizar recursos financieros y personas dispuestas a trabajar y cooperar con el nuevo proyecto. Crean una imagen organizacional de altruismo, desprendimiento y voluntariado, no siempre verificable en la práctica, pero normalmente suficiente para garantizar la sobrevivencia de la institución. Por ejemplo, a los empleados de esas organizaciones se les pide una contribución mas allá de lo normal, justifi-

cada por valores institucionales. No obstante, ese pedido tiende a significar una retribución menor por el trabajo prestado.

Así, la perspectiva estratégica, naturalmente adquirida por una ONG esta limitada a los intermediarios de recursos y a la disponibilidad de personas para prestar servicios. Esa perspectiva tiene poca duración porque acaba por limitar el crecimiento.

Prestar servicios a partir de la existencia de recursos financieros conduce a la idea de agregar personas para aumentar la disponibilidad de los servicios: más personas, más servicios. Como no hay vínculo con lucro, la admisión de personas es vista apenas como mayor capacidad de prestar servicios.

Por tanto, tiende a aumentar en la medida en que se descubren nuevos recursos financieros.

Entre tanto, vale recordar que la prestación de servicios en general, como por ejemplo salud, es algo intangible. La prestación de un servicio tiende a ser momentánea. La movilización para prestarlo se hace una única vez. Si no fuera usada, se incurre en costos elevados a pesar de que el servicio no haya sido prestado. Es el criterio contrario al usado en una fábrica de bienes durables, que en ausencia de un comprador inmediato, el bien puede ser guardado hasta recuperar el costo.

**Cuadro 3**  
**Dilemas entre la adherencia a la misión y la aceptación de la mentalidad comercial**

<b>Represión de la mentalidad comercial y adherencia a la misión</b>	<b>Aceptación de la mentalidad comercial (forma de sobrevivencia)</b>
1. Fundamentar relevancia en función de los objetivos sociales que justifican la existencia de la organización.	1. Aceptar rentabilidad financiera como medida de relevancia.
2. Estimular el crecimiento con base en la consecución de los objetivos sociales.	2. Moderar el crecimiento y aceptar la estabilidad o reducción de objetivos sociales.
3. Rechazar presiones externas indebidas, en función de la relevancia de los objetivos y de la misión socioeconómica.	3. Aceptar presiones externas y desvirtuar la misión.
4. Estimular el espíritu altruista para generar dedicación y <i>esprit de corps</i> en función de las actividades sociales básicas.	4. Reprimir el espíritu altruista y reactivar mecanismos para buscar conformidad a las nuevas reglas y normas existentes.
5. Atraer y mantener personal sin grandes compensaciones financieras competitivas, con base en la contribución de una misión social de alta relevancia.	5. Perder la capacidad de atraer y mantener personal sin grandes compensaciones financieras, a medida que se incorporan objetivos comerciales.



Además, el servicio de salud, aún con tecnología más avanzada es "*labor intensiva*", lo que torna el costo fijo y el de movilización extremadamente elevados. De esa forma, la gestión financiera y de recursos humanos en una ONG está directamente vinculada a la forma como la institución se inserta dentro del ambiente en que actúa.

La visión estratégica tradicional de las ONG's aumenta la retribución a los funcionarios, independientemente del incremento de su contribución, ya que la forma de remuneración de la propia organización no está relacionada con los niveles de prestación de servicios. Por eso es que en esas instituciones, las frustraciones financieras y salariales están íntimamente ligadas a un sentido de inmovilidad e incapacidad de acción. Mantener el equilibrio entre el grado de contribución y retribución de los funcionarios es en gran parte independiente de la propia acción de los funcionarios.

Solamente con una nueva postura estratégica es que el nuevo equilibrio puede ser creado. Así, se acentúa también, entre dirigentes y funcionarios de la institución, una tentativa de alterar algunos valores sociales e introducir una perspectiva más comercial para garantizar la sobrevivencia y mejor remuneración.

La idea de actuar bajo una perspectiva más comercial, a semejanza de una empresa privada, trae a la organización sin fines lucrativos la necesidad de implantar cambios de gran tamaño.

Una institución no comercial está, en principio, no preparada en términos de recursos e infraestructura, para desarrollar actividades que pueden o deben ser gerenciadas comer-

cialmente. Falta habilidad para la decisión oportuna, capacidad gerencial para establecer acuerdos y concesiones, posibilidades de ajuste inmediatamente después de la crisis y someterse a variaciones en función de las oportunidades externas. Cuando por motivos internos o externos, se envuelven en esas actividades, se genera normalmente, conflictos entre sus valores y objetivos, además de dificultades gerenciales para actualizar normas administrativas.

Esos conflictos pasan más al plano valorativo, cuando se reducen ideas existentes para adquirir nuevos valores y prácticas. Para visualizar mejor esos valores, se sintetizan en el cuadro 4, los principales cambios valorativos que deberán ocurrir en una ONG sin fines lucrativos, para pasar a actuar en una perspectiva más comercial.

Las concepciones sobre valores institucionales encierran algunas contradicciones, pero poseen también posibilidades de convergencia. La perspectiva más privatista indica la soberanía de mercado, la necesidad de conocer mejor las demandas de la sociedad, el imperativo de la competitividad, la mejor prestación de servicios, la visión comercial de productos y servicios, la autosuficiencia, y la disponibilidad de ingresos propios como virtudes básicas.

La perspectiva social recuerda los valores del pionerismo, el sentido de identidad basado en externalidades y la necesidad de atraer recursos por la calidad de la oferta.

Como la perspectiva social es más común en las ONG's, las ideas que se siguen serán para redireccionar una ONG en el sentido más privatista. No se quiere decir con esto que ese modelo deba ser implantado totalmente.

**Cuadro 4**  
**Comparación entre valores y prácticas que serán reducidas y acentuadas**  
**con el nuevo modelo comercial en una ONG sin fines lucrativos**

Valores y prácticas a ser reducidos	Valores y prácticas a ser acentuados
1. Predominancia de los valores de acción social.	1. Soberanía de la comunidad, del mercado y principalmente de la clientela servida.
2. Sobrevivencia financiera dependiente de donaciones, subvenciones y contribuciones sociales diversas.	2. Sobrevivencia financiera en función del trabajo producido.
3. Sentido de identidad basado en la producción de externalidades.	3. Sentido de identidad basado en productos y servicios claramente definidos.
4. Virtud básica: conciencia social y militancia.	4. Virtud básica: conseguir recursos financieros.
5. Interacción externa compartiendo ideales implícitos	5. Interacción externa por competición.
6. Controles administrativos y financieros basados en procesos.	6. Controles administrativos y financieros basados en resultados.
7. Preocupación prioritaria con la oferta.	7. Preocupación prioritaria con la demanda.
8. Acción administrativa basada en la "calidad de la oferta".	8. Acción administrativa basada en la competitividad, precio y capacidad para atraer clientela.
9. Planeamiento para la acción colectiva.	9. Estímulos a la iniciativa individual.
10. Recompensa prefijada.	10. Recompensa proporcional a la naturaleza y volumen de la contribución.
11. Adhesión y sentido individual de pertenecer basado en el interés con el tema central de la organización (envolvimiento personal).	11. Adhesión y sentido individual de pertenecer basado en la capacidad profesional de contribución (profesionalismo).
12. Capacidad de liderazgo suficiente para compensar deficiencias gerenciales.	12. Capacidad de liderazgo insuficiente; necesidad de habilidades gerenciales.

En la fase de transición, una entidad sin fines lucrativos tiene que adaptarse a descubrir nuevas fuentes de financiamiento y nuevas formas de sobrevivencia. Por tanto, la introducción de nuevos valores y formas de actuar no pueden ser hechos por la aceptación radical e inmediata de forma privada. Es necesario, inclusive, cuestionar el propio modelo, no necesariamente para rechazarlo, sino para mantener el equilibrio entre el pasado y el presente en la fase de transición.

Introducir la perspectiva privada implica producir cambios en toda la forma de ser y de actuar de una entidad sin fines lucrativos, o sea:

- en la manera de concebir la institución, esto es, en la definición de sus propósitos básicos o misión;
- en la definición de sus objetivos, prioridades y planes de acción (productos, servicios, etc.);
- en la forma como deberán adaptarse las demandas y apoyos que recibe de la comunidad;
- en el tipo de interacción que mantienen con otras congéneres;
- en la forma de compensar el mercado y la clientela;
- en la manera de tratar el superávit, o lucro;
- en su gestión interna.

# Problemas operativos de los SILOS

## Reorganización sistémica

Los SILOS en la Región de las Américas 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. Sin embargo, algunos problemas han sido identificados, dentro de los cuales sobresalen 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 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. Se establecen nuevas relaciones con la comunidad y con la clientela, 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 países más avanzados, la identificación comunitaria se fragiliza por los nuevos vínculos sociales impuestos por la vida moderna. Los nuevos lazos sociales 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.

### *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. El SILOS es un proyecto modernizante y democrático: redistribuir recursos, instituye nuevas formas de organizar el poder político y propone equidad en la prestación de servicios. En

otras palabras, el SILOS se constituye en una amenaza a los poderes tradicionalmente establecidos.

En algunos países, el SILOS progresó 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 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. En el área social, la salud es la más 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.

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

### ***Incapacidad Gerencial***

Los relatos iniciales sobre la implantación de los SILOS, muestran que ellos terminaron operando con una infraestructura insuficiente y sin el adecuado poder administrativo y técnico. 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 prevalecimiento 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 que 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 dirigentes locales fueron colocados en un medio de alta complejidad, responsabilidad y presiones de público y clientelas.

Las decisiones y acciones, antes tomadas y programadas a distancia, eran transferidas al más próximo local de acción. Se movilizaron políticos, proveedores, clientelas y el público organizado, que pasaron a exigir respuestas más rápidas y eficientes a sus necesidades, demandas y apoyos. Los antiguos reclamos de dirigentes locales sobre falta de poder por exceso de centralización, por más verdaderas que fuesen, eran menos aceptadas por la comunidad.

En este nuevo contexto, los dirigentes locales, además de las demandas usuales de trabajo, sufren mayores presiones para una acción eficiente, pues los nuevos cambios político-administrativos generan mayor actividad política local.

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.

Los progresos democráticos en la región deben estimular las solicitudes de más y mejores servicios, buscando mayor equidad en su distribución. En realidad, la propia sobrevivencia de la democracia dependerá del alcance de resultados concretos en la prestación de servicios sociales como los de la salud.

Las condiciones precarias de salud en que vive 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.

La demanda de nuevos servicios vendrá especialmente de grupos antes marginalizados, que usarán un nuevo espacio democrático, para dirigir sus solicitudes principalmente a aquellos gobiernos que ya se encuentran sobrecargados por inmensas presiones, presupuestos comprometidos y baja capacidad de respuesta.

Poco a poco, la adición de recursos comunitarios de todo orden comienza a llegar al área de la salud. Por ejemplo, iniciativas como las proporcionadas por muchas ONG's ayudarán en la prestación de servicios para responder a las necesidades inmediatas. Las ONG's nacen en el área de la salud para llenar vacíos dejados por el Estado y la iniciativa privada.

Aunque las ONG's no actúan directamente en el área de la salud, a veces poseen interfases importantes que mejoran las condiciones de la comunidad. Es el caso de las ONG's que trabajan con asistencia social y desarrollo comunitario, que hacen renacer en las personas la autoestima y la percepción

**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.**

de ciudadanos con derechos a mejores condiciones de vida. La autoestima genera el autocuidado y una nueva concepción de ciudadanía, reivindicaciones y acciones comunitarias, para obtener una mejor calidad de vida.

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 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.

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 (ver Cuadro 5), además, de revelarse una incapacidad de gestión frente a la escasez de recursos.

**Cuadro 5**  
**Fundamentos operativos de los SILOS**

<b>Compromiso político</b>	Compromiso de las instituciones involucradas con los ideales y objetivos comunes definidos para la operación de los SILOS.
<b>Coordinación</b>	Unidad central de referencia aliada a un esfuerzo de armonización para garantizar eficacia y equidad en la distribución de servicios.
<b>Capacidad gerencial</b>	Desarrollo de una perspectiva moderna de gestión, con introducción de nuevas prácticas que aseguren mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles.
<b>Interdependencia</b>	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 relatorios 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 lo que se refiere a la gestión de tecnología, se han informado dificultades en cuanto a la definición de estrategias de incorporación y desincorporación 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 agregadas por algunas características sectoriales típicas. Factores 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.

Son comunes en el área de la salud las quejas sobre:

- la desproporcionalidad de recursos apropiados por el sector en relación con otras áreas de política pública;
- las incongruencias, incompatibilidades y poca integración entre diversas áreas del sector, como, por ejemplo, infraestructura y prestación de servicios y las dificultades de relacionamiento 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. Mayor cantidad de recursos para tecnología y expansión de personal de servicios son factores que contribuyen a dificultar la retribución por contribución prestada. Los movimientos reivindicatorios recientes, posibilitados por la mayor democratización, reflejan muchas de las dificultades referentes a la "proletarización" de profesionales del sector.

Además de que la escasez de recursos y las dificultades de coordinación son problemas verdaderos, constantemente sirven como dis-

**En su conjunto, los manuales de esta serie abordan varios temas de gestión y de nuevas formas de tratarlos. Por eso, en este manual se pretende llamar la atención a dos problemas que se acentúan en los SILOS, que son:**

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



culpa 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 encarán, pueden corroer la propia idea de los SILOS.

### **Escasez de recursos**

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.

La administración pública no actúa normalmente en un ambiente de abundancia y eficiencia y sí en medio de escasez e ineficiencia. En el sector de la salud 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, sino también, porque existen incongruencias, incompatibilidades y poca integración entre los diversos servicios, como por ejemplo, infraestructura y prestación de servicios.

En algunos países, 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. En primer lugar está la presión para que se haga mucho más, en términos de dar solución a los problemas de salud y después 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 clientela, y por otro, la lucha para enfrentar los cortes presupuestales. 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. La burocracia 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.

En caso de poder cobrar precios monetarios, las organizaciones naturalmente racionalizarían la administración interna, pero a costa de inequidades en la distribución de servicios. 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. Lo mismo ocurre con decisiones sobre cortes, difíciles de ser explicados, ya que dejan implícita la menor importancia social del servicio que fue reducido.

Por eso es que la escasez de recursos provoca críticas a los dirigentes del sector, por problemas originados lejos de las organizaciones que dirigen. Así, la función principal del dirigente 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 acomodación, pesimismo e inmovilidad a nivel individual. La reducción de la capacidad de acción de los dirigentes públicos hace que comience a adquirirse una posición defensiva, mostrando que los problemas de sus organizaciones solo pueden ser resueltos externamente y a largo plazo. Esa posición no solo reduce intensamente las alternativas a corto plazo, sino que también constituye una gran justificativa 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 tiem-

po disputando recursos para mera supervivencia de sus departamentos. Es una lucha de base sectorial, en la que cada uno, a su modo, procura garantizar el flujo de recursos y la supervivencia de su unidad. Esta lucha favorece la competición interna, acentuando la fragmentación y segmentación de las entidades de salud.

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

Las organizaciones públicas 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 a la planeación. Eso ocurre porque la existencia de recursos minimiza los errores provenientes de las incompetencias naturales de la administración.

En épocas de escasez, informaciones concretas son necesarias para justificar racionalmente los cortes, pero ya no hay dinero para buscarlas. Luego, por falta de recursos y de tiempo, se procede a efectuar cortes indiscriminados, 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. Eficiencia 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 el desafío de la escasez, 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 clientelas que serán afectadas.

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

La ausencia de planeación 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.

En un clima de incertidumbre sobre cómo conducir la organización, los cambios para reactivar la planeación necesitan ser más radicales. Son necesarios apoyos más amplios, tanto internos como en el sentido político externo. Internamente, se hace necesario aprender a convivir con las ambigüedades externas y adaptar la organización a la falta de continuidad e incertidumbres del ambiente. La visión estratégica de planeación trae una visión de globalidad, integración y acción direccionada a largo plazo.

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 políticas sociales, como las de salud, son interdependientes y las acciones en una área de política pública afectan la otra.

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. Los enfoques globales visualizan los problemas por

sistemas, 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 un único problema.

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 salud, 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 el todo. La integración posibilita compartir los recursos. 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 clientelas con diferentes grados de agregación política. La salud envuelve problemas de gran visibilidad social, aparentemente con gran facilidad para obtener consenso sobre su solución, pero de difícil implementación debido a las diferencias políticas explícitas en las formas de agregación de intereses.

Clientelas rurales o urbanas, 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.

Una menor cuestionabilidad sobre la relevancia y la necesidad de determinada política, lleva a la aceptación de estructuras burocráticas más estables, complejas, caras y menos adaptables. Se agudizan los conflictos sobre métodos y procesos de acción sustantiva, dificultando la innovación administrativa.

Como las estructuras permanecen y no son fácilmente adaptables a las ideas nuevas, los recursos, aún los adicionales, tienden a ser canalizados para el mantenimiento de las estructuras existentes, disminuyendo la posibilidad de éxito para los proyectos nuevos. Administrativamente, esta práctica contribuye a una mayor ineficiencia, porque las innovaciones, cuando son incorporadas, constituyen simples adiciones a la estructura existente, sin modificar la antigua, ya obsoleta.

Esas prácticas son caras de innovar y con resultados dudosos, pues el cambio es una simple variación del *status quo* administrativo. Por ejemplo, en el caso de ausencia de apoyo político claro y visible, se genera mayor esfuerzo para demostrar la relevancia, necesidad y viabilidad del proyecto, y se crean mayores dificultades en la obtención de recursos y remoción de obstáculos.

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 mas 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. Valiosos recursos de proveedores locales podrán ser incorporados a la acción. La falta de dirección y distanciamiento de la comunidad aliena a los proveedores potenciales. Además, el sentido de dirección claro y las expectativas realistas, despiertan la creatividad de funcionarios y usuarios de servicios en el sentido de colaborar con su calidad y eficacia.

### **Coordinación: la lógica y las imperfecciones sistémicas**

Los creadores de los SILOS concibieron en su forma organizacional, un esquema jurídico y su dimensión operativa. Desde el comienzo, los SILOS 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. El SILOS se presenta como un concepto, una filosofía o un modelo para operacionalizar 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 operación de los servicios. Para hacer justicia a la visión estratégica de sus formuladores, a continuación se relatan 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 otra 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 ofrecen apoyo.

Una gran participación comunitaria es 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 sistemas locales de salud, 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) 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. Así pues, es necesario conquistar una nueva mentalidad gerencial y orientarse para formas novedosas de organización.

### *La lógica sistémica y sus imperfecciones*

Un SILOS es un sistema teleológico, en el cual diferentes entidades públicas y privadas proceden según un objetivo común. Así, el más grande vínculo entre las organizaciones que constituyen un SILOS está constituido por los propósitos comunes, que son independientes de los objetivos específicos de cada componente. La ventaja de un sistema teleológico 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 influye 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.

La lógica sistémica es una lógica ideal que no se verifica totalmente en la práctica. 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. Esas discrepancias, 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 traicioneras o 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 clientelas diferentes que demandan una variedad enorme de productos y servicios. Por estar en esos ambientes, las acciones de esos subsistemas no promueven reacciones inmediatas y automáticas de reequilibrio. Diferentes ambientes imponen presiones diversas sobre cada sector organizacional, generando respuestas variadas a demandas

\* Sobre estos temas véanse los Manuales del 2 al 12 de esta Serie.

específicas y en la mayoría de los casos, sin ninguna armonía con las acciones de otros sectores.

**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 (subambientes inmediatos), las que provocan la mayor parte de las acciones internas. Cómo estas acciones pueden llevar a fragmentaciones del todo, o al reequilibrio sistémico, depende de acciones gerenciales de integración.

Gerenciar un gran sistema significa enfrentarse con una variedad enorme de factores técnicos, además de comportamientos humanos diversos. Esa diversidad lleva en principio a una imagen de contradicción, cuando se piensa en un sistema como algo integrado u ordenado. En realidad, todo sistema es inherentemente paradójico o contradictorio.

Esa paradoja 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. Las analogías frecuentes de un sistema organizacional con máquinas o con

organismos, no reflejan la verdad de la vida administrativa.

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 es hecha, normalmente, sobre una base lógica racional, a partir de una intención explícita de alcanzar algún objetivo. Esa construcción, 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 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 que ella posea. Poder organizacional, significa mayor control sobre su propio destino, menor vulnerabilidad a las interferencias externas y mayor capacidad de influencia sobre otras instituciones. Así, el poder 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 es visto como un juego 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, las organizaciones que constituyen un SILOS son estructuras políticas con intereses propios. Así, siempre actuarán en el sentido de defender sus intereses, preservar y ampliar sus espacios de acción y adquirir mayor autonomía e independencia. La evolución de cada organización será en la dirección de obtener mayor control y coordinación.

La lucha política diaria, de esas organizaciones, bien 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. Las diversas unidades gubernamentales desarrollan y manifiestan más claramente sus intereses y su visión sobre el bien público. Al mismo tiempo en que actúan para prestar servicios y promover cambios en el estado social de la población, procuran preservar sus intereses. Cuando buscan recursos buscan mejorar sus servicios y también aumentar su poder e influencia.

Las unidades gubernamentales proceden como cualquier otra organización que pertenezca a los SILOS en la defensa de sus intereses. Por lo tanto, para mantener la viabilidad de un SILOS, a largo plazo, es necesario resaltar que toda acción administrativa en red es esencialmente una forma de cooperación política. 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 omi-



ten intereses 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 torna la organización de trabajo una pluralidad de funciones profesionales, las cuales para ser bien ejercidas necesitan de una concepción acentuada de autonomía. Cuanto mayor el grado de autonomía, 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. 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 institucio-

nes que componen un sistema se deben preservar, así como sus características legales y formas de prestación de servicios.

La colaboración es una manera de resaltar lo que las instituciones tienen en común y que 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.

La idea de colaboración se forma alrededor de la movilización de esos recursos de forma más eficiente, a través de procesos diversos de coordinación, participación y negociación, para resolver conflictos y establecer bases de cooperación.

### **División del trabajo**

La división del trabajo no es solamente una forma de definir tareas y de atribuir papeles y funciones a las personas. La división del trabajo 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, la división del trabajo 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. Esos profesionales 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 los objetivos individuales de esos profesionales 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 de clase, donde no solamente acompañan la evolución de sus profesiones, sino que también actúan en la protección mutua de sus miembros. Procuran influenciar 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.

Profesionales especializados prestan poca atención a procesos internos que garanticen la eficiencia, aceptando apenas que todo depende de la persona admitida. Así, acenúan la importancia del reclutamiento y se-

leccion, despreciando otras funciones gerenciales.

Además, esos profesionales manifiestan poca atención a las funciones gerenciales. Acostumbrados a obtener éxito por su esfuerzo, ocupación y acción independiente, los profesionales especializados tienen dificultades en adaptarse a tareas cuyo éxito es determinado por la capacidad de obtener resultados a través de otros. Así, cuando los profesionales especializados 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. En la mayor parte de los casos, cuando asumen funciones gerenciales, jamás dejan de ejercer su profesión de origen, manteniéndose ocupados en la gerencia apenas parcialmente.

Eso explica por qué muchas organizaciones del sector social no poseen dirigentes integralmente dedicados a las tareas gerenciales y que asocian su éxito personal directamente con el de sus organizaciones.

### **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 tales como:

□ *Pérdida de identidad y visibilidad.* Las cautelas son más acentuadas en instituciones de gran visibilidad que crecieron y adquirieron prestigio por su acción individual. Esas organizaciones 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. La nueva interacción sistémica es vista con recelo, pues puede perjudicar prestigios y cambiar comportamientos sedimentados, algunos de los cuales sustentan el éxito de la institución.

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

□ *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.

□ *Desequilibrios económicos.* La adhesión a un nuevo sistema instituye la idea de reciprocidad. Así, el equilibrio organizacional establecido entre ganancias y pérdidas, puede ser alterado. Existe recelo entonces 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**

Las organizaciones del área social prestan servicios en gran parte intangibles, lo que dificulta el establecimiento de vínculos cooperativos basados en intercambios y complementaciones. Por ejemplo, en el área

empresarial, la forma de organización en red enfatiza el interrelacionamiento sobre la base de la complementariedad, protección mutua en áreas competitivas e intercambio de bienes. 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 presupuestal, lo que posibilita a muchas de esas organizaciones, a sobrevivir aisladamente, inclusive a costa de otras. Así, en el área social, 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.

Es imposible crear un sistema organizacional en que los intereses particulares de cada organización no intenten prevalecer.

Además, esas organizaciones 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.

El sistema se forma solamente después del establecimiento de relaciones significativas,

de naturaleza estratégica; son relaciones construidas a lo largo de un proceso de prueba y error, en el cual los participantes aprenden no solo los valores y objetivos comunes, sino especialmente los beneficios de la interacción y cooperación. En otras palabras, 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 organización tiene su prestigio, su forma de actuación y su tiempo de adaptación.

Las imperfecciones sistémicas ilustran también por qué un sistema organizacional solamente se une a través de una acción de coordinación. La coordinación es la que procura resolver las paradojas de la práctica sistémica 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 sistémico, basada en la acción interactiva. En la práctica, la coordinación es un incentivo a la interacción direccionada; difícil de definirse concretamente por el alto grado de variación valorativa implícita en la idea de armoniza-

ción. Pero, por ser una interacción provocada, la coordinación 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 la función de coordinar 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. Se sugiere por lo tanto:

- 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 dejarlos 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 mantenerlos 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.

## Dimensiones gerenciales de los SILOS

La instalación de los sistemas locales de salud, con nuevas responsabilidades y formas de interacción organizacional, 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 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 hacen que los dirigentes del sector se sientan estimulados a nuevos emprendimientos e instados a buscar nuevos recursos. En este sentido, la capacidad gerencial de los dirigentes 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 hospitalario han variado en los últimos años. Estas variaciones se refieren 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 la rutina de un gerente, exigiendo atención y solución inmediata.

Esos problemas contemporáneos también tienen su componente de novedad. En otras palabras, son problemas que:

- 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 siempre un trabajo incompleto, que exige no solo 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 hospital o 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 solo toman contacto con la gerencia cuando asumen su primera función administrativa. Al principio, llegan sin ninguna preparación para la función y, muchas veces, presumiendo que su experiencia técnica, o el buen sentido, o la práctica de 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. Pero, como la creencia en ellos es acentuada, merecen un examen más cuidadoso.

#### Insuficiencia de la experiencia técnica

La creencia 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 encarar esta función 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 vencidos 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".

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 presio-

nes 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. Esos cambios pueden verse en el Cuadro 6.

**Cuadro 6**  
**Perspectiva de la gerencia en contraposición a las funciones técnicas**

Perspectiva de las funciones técnicas	Perspectiva de la gerencia
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 previsible	5. Presiones para preocuparse también con perspectivas de mediano y largo plazo
6. Trabajo normalmente rutinario y racionalmente previsible	6. Trabajo fragmentado, intermitente e imprevisible
7. Tendencia a adquirir una perspectiva de la organización limitada (parroquial) 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. El Cuadro 7 sintetiza los mitos sobre la suficiencia de estas cualidades en contraposición a algunas realidades contemporáneas.

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, transporte o petroquímica) son diferentes de los problemas de otros sectores. Para entenderlos, es preciso vivirlos, 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 menos mostrar 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:

□ 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.

Cuadro 7

## 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
<b>Buen sentido</b>	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.
<b>Autoridad del cargo</b>	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.
<b>Calidad de la decisión</b>	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.
<b>Conocimiento de procedimientos burocráticos</b>	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.

□ 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.

□ 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.

□ 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 ma-

yor autoconfianza 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 influenciable 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, de 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. Los líderes 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. Los líderes son más creativos y más propensos a alterar objetivos para facilitar el comprometimiento 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.

En el Cuadro 8 se muestra la separación existente entre habilidades gerenciales y de liderazgo, presentada en forma de contraposición con la finalidad de resaltar sus diferencias.

**Cuadro 8**  
**Principales diferencias entre habilidades gerenciales y de liderazgo**

<p align="center"><b>Gerentes</b> (que se desarrollaron en la práctica gerencial sin adquirir habilidades de liderazgo)</p>	<p align="center"><b>Líderes</b> (que se desarrollaron en el ejercicio del liderazgo pero sin práctica gerencial en grandes organizaciones)</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se relacionan con las personas de acuerdo a los papeles que desempeñan en la organización.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>4. Procuran ser más analíticos, racionales y menos emotivos y, por lo tanto, son más tolerantes por tener menos convicciones como fruto de pasiones.</li> <li>5. Creen que conflictos, emociones no controladas y acciones irracionales conducen a la ineficiencia y al desastre organizacional.</li> <li>6. Intentan cambiar a las personas a través de los procesos organizacionales; creen que modificando los procesos, se modifican las decisiones.</li> <li>7. Temen al caos y a la desorganización y creen que es imperativo imponer orden por medio de controles formales.</li> <li>8. Pueden caer en la trampa del control excesivo: valorizan los controles sobre sí mismos, sobre otros gerentes y los subordinados.</li> <li>9. Saben calcular y manipular comportamientos para obtener resultados (a veces, las personas no tienen conocimiento de esa manipulación).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se relacionan con las personas de forma intuitiva y empática.</li> <li>2. Prestan atención al significado de las tareas individuales, concentrándose más en ideas y personas y en crear realidades a partir de esas ideas.</li> <li>3. Usan imaginación y visión para definir futuras alternativas y, por lo tanto, indican más rápidamente nuevas posibilidades de desarrollo.</li> <li>4. Procuran no esconder sus emociones y, por lo tanto, poseen estilos más dramáticos e imprevisibles.</li> <li>5. Parecen más cómodas tratando con emociones y conflictos.</li> <li>6. Intentan cambiar a las personas a través de sus propias emociones y sentimientos.</li> <li>7. Aceptan imperfecciones con más tranquilidad y creen en el desarrollo a través de la armonización y equilibrios frágiles y temporales.</li> <li>8. Pueden caer en la trampa del propio entusiasmo: valorizan su capacidad de contagiar a otros con sus propias ideas.</li> <li>9. Son inconsistentes en la consecución de resultados; se muestran más vulnerables a factores que afectan su autoestima, alternando períodos de gran entusiasmo con períodos de depresión.</li> </ol>

Cuadro 8 (cont.)

<p style="text-align: center;"><b>Gerentes</b> (que se desarrollaron en la práctica gerencial sin adquirir habilidades de liderazgo)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Líderes</b> (que se desarrollaron en el ejercicio del liderazgo pero sin práctica gerencial en grandes organizaciones)</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 preelaborado, donde se controlan factores diversos, inclusive comportamientos individuales.</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. Tienden 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>

### ***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; es el arte 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. Ellos 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. Actúan, por lo tanto, como cualquier otro profesional, bien sea ingeniería, medicina, derecho, etc.

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 una 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. Estas técnicas 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 solo se consigue a través de una visión interdisciplinaria 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 insertados.

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 solo 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. 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, rotatividad 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 solo 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 comporta-

mientos. 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 han 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 dependen de la eficacia de sus dirigentes y, por analogía, se recomienda 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 conforme lo sintetizado en el Cuadro 9, 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.

**Cuadro 9**  
**Conflicto entre valores prevaecientes 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 parcimonia para minimizar pérdidas y daños al patrimonio público

No reconocer las diferencias facilita los diagnósticos que culpan excesivamente al gestor público por todas los defectos de su servicio. Para comprender y mejorar las posibilidades de acción de un dirigente público es necesario tener en cuenta no solo 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. 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 insertada.

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 público precisa tener objetivos específicos que provoquen la incorporación y apoyo de los que se benefician de su acción organizacional y, principalmente, objetivos genéricos que le garanticen amplio apoyo político.

Para los dirigentes públicos es en esa definición de objetivos que surgen las principales dificultades, incongruencias y paradojas.

El dirigente público 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, por su generalidad, como un instrumento inútil gerencial 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 tiem-

po aprendieron a adaptarse y a resistir a grupos anteriores que dirigían la organización.

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.

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, se puede acentuar en el momento en que se efectúan cambios políticos buscando mayor eficacia del gobierno. Sin embargo, los esfuerzos en ese sentido, en la mayoría de los casos, son muy difíciles o hasta imposibles.

La lógica administrativa no es la lógica política. La eficiencia y la eficacia en la perspectiva privada 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 políticas 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 ese público 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 del público 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. Para ilustrar y resaltar algunas variaciones, en el Cuadro 10, se sintetiza algunas diferencias para la acción gerencial entre dirigentes públicos y privados.

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. Son habilidades que se definen más para facilitar el ejercicio de la función gerencial pública 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.

Esas habilidades 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.

**Cuadro 10**  
**Diferencia de condiciones para la acción gerencial entre dirigentes públicos y privados**

Dirigentes públicos	Dirigentes privados
<p>1. Subordinados a instancias superiores con autoridad, responsabilidad y objetivos múltiples y contradictorios.</p> <p>2. Luchan constantemente (los 365 días del año), por mayores recursos presupuestarios.</p> <p>3. Enfrentan problemas de gran responsabilidad y visibilidad pública en cortos espacios de tiempo.</p> <p>4. No pueden despedir o substituir personal.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>8. Tienden a ser poco/nada recompensados por la lealtad organizacional, pero sí, seleccionados y reconocidos formalmente por poseer habilidades políticas de gestión.</p> <p>9. Trabaja (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>1. Poseen autoridad sobre los objetivos del órgano que dirigen, limitándolos de tal forma que sean alcanzados.</p> <p>2. Tienen poder sobre el presupuesto indicativo y variable conforme el desempeño.</p> <p>3. Los problemas que enfrentan son de poca visibilidad pública y los períodos de tiempo son mayores.</p> <p>4. Pueden contratar, dimitir y substituir personal.</p> <p>5. Trabajan con empleados que tienen clara conciencia de la subordinación jerárquica, cuyo contexto de poder favorece la jerarquía.</p> <p>6. Pueden distribuir recompensas, beneficios y sanciones, conforme el desempeño y el resultado del trabajo.</p> <p>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.</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. Trabaja (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>

Cuadro 10 (cont.)

Dirigentes públicos	Dirigentes privados
11. Dependen y participan de grupos de poder que controlan áreas separadas del sistema organizacional ("otros" controlan las áreas de que dependen).	11. Participan de grupos de poder que normalmente controlan toda la organización.
12. Deben procesar intereses de forma equitativa, antes de establecer prioridades para concentrar recursos.	12. Pueden procesar intereses según las prioridades predefinidas en función de la rentabilidad para concentrar los recursos.
13. Tienden a ser conocidos y cuestionados por la clientela, público y prensa.	13. Tienden a ser desconocidos y no cuestionados directamente por la clientela, público y prensa.
14. Administran procedimientos internos con la expectativa de resultados. Poseen poca autonomía para cambiar procedimientos.	14. Administran objetivos y resultados. Poseen gran autonomía para cambiar procedimientos.
15. Tareas abundantes y rutinarias, legalmente no delegables (favorece la centralización).	15. En principio, no poseen tareas excesivas y rutinarias (favorece la descentralización).

### **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 negativa, el dirigente público es incapaz de actuar para el bien público, motivar a sus funcionarios y a preocuparse con la eficiencia de su organización.

Esas 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. Ven, por tanto, al dirigente público, 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 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 solo 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 condiciona más adecuadamente la propia decisión y 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 presupuestales, 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 uso de sus recursos, 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, ella 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. Los dirigentes públicos 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 dependiente 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 informaciones 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 político, 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, en 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 administra 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. Esas ligazones 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 intermediarios no poseen todo el conocimiento sobre la base de sustentación política de los dirigentes; creen siempre que pueden ejecutar las funciones de los dirigentes 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.



**MANUAL DE CONCEPTOS  
SOBRE PROGRAMACIÓN EN  
LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD**

*Néstor A. Perrone*

*Con la colaboración de:*

*Elsa M. Moreno*

*Olga Nirenberg*

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud**

**FUNDACIÓN W.K.KELLOGG**

1996

Perrone, Néstor A.

Manual de conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud /  
Néstor A. Perrone, con la colaboración de Elsa M. Moreno, Olga Nirenberg,  
Humberto Novaes, ed. Washington, D.C. : OPS, c1996  
x, 86 p. -- (HSP/UNI/Manuales Operativos PALTEX Volumen I / no. 2)

ISBN 92 75 32180 9

I. Título II. (Serie) III. Moreno, Elsa M.  
IV. Nirenberg, Olga 1. SISTEMAS LOCALES DE SALUD  
NLM WA546.1

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

ISBN 92 75 32180 9

© Organización Panamericana de la Salud, 1996

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo, o en parte alguna la publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones<sup>1</sup> empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, o instituciones, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

## Acerca de los autores

**Néstor Perrone.** Médico, Maestría en Salud Pública, título universitario en Planificación Social para Países en Desarrollo, Universidad de Londres, London School of Economics and Political Science. Director y jefe de planificación de diversos servicios de salud pública y de seguridad social en Argentina. Profesor adjunto de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

**Elsa M. Moreno.** Médico, ex Coordinadora del Programa de Salud Maternoinfantil, OPS/OMS. ex Secretaria de Salud Pública de la República Argentina. Profesora Titular de la Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

**Olga Nirenberg.** Socióloga, Directora Ejecutiva del Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL). Profesional adscripta a la Dirección Médica Adjunta del Hospital Pediátrico "Juan P. Garrahan".



# Contenido

Presentación . . . . .	vii
Introducción . . . . .	1
Direccionalidad de la programación operativa . . . . .	5
El objeto de la programación: los sistemas locales de salud . . . . .	5
Los propósitos de la programación . . . . .	6
Los objetivos de la programación de los sistemas locales de salud:	
Algunas especificaciones . . . . .	8
Objetivos de resultados . . . . .	8
Objetivos de procesos . . . . .	9
Objetivos de estructura . . . . .	10
La apertura programática de un sistema local de salud . . . . .	12
Desarrollo de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial . . . . .	12
Desarrollo de la capacidad y desempeño técnico-asistencial . . . . .	12
Evaluación de la capacidad y desempeño social del sistema . . . . .	13
Especificando la apertura programática . . . . .	15
Desarrollo de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial . . . . .	15
Desarrollo de la capacidad y desempeño técnico-asistencial . . . . .	26
La programación global y funcional . . . . .	38
Los contenidos principales . . . . .	38
Proponiendo un camino para la programación global . . . . .	40
Encuadrando los programas de actividades . . . . .	45
La formulación de programas a nivel central del sistema local . . . . .	45
La transferencia a las áreas . . . . .	46
Desarrollo de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial . . . . .	47
Desarrollo económico-financiero (administración financiera) . . . . .	48
Desarrollo de la capacidad y desempeño técnico-asistencial . . . . .	48
Evaluación de la capacidad y desempeño del sistema local de salud . . . . .	50
La programación local participativa a nivel de las áreas . . . . .	51
La gestión participativa . . . . .	51
Las responsabilidades gerenciales en la programación participativa . . . . .	53
Los contenidos de la programación en las áreas . . . . .	55
Desarrollo de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial . . . . .	55
Desarrollo de la capacidad y desempeño técnico-asistencial . . . . .	57

Algunas estrategias para la acción . . . . .	59
Anexo: Evaluación de los sistemas locales de salud . . . . .	67
El significado de la evaluación . . . . .	67
Los abordajes evaluativos . . . . .	68
Las técnicas evaluativas . . . . .	70
Evaluando en los sistemas locales de salud, ¿qué evaluamos? . . . . .	71
Un modelo evaluativo para los sistemas locales de salud . . . . .	72
Bibliografía consultada . . . . .	85

# Presentación

## ¿Por qué esta iniciativa OPS/Kellogg?

Durante años muchas de las iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han recibido apoyo de la Fundación W.K. Kellogg. Cuando los ministros de salud de los países de América Latina y el Caribe se reunieron en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana y aprobaron una resolución para transformar los sistemas nacionales de salud con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), también recomendaron realizar una evaluación de las experiencias de la puesta en práctica. Para ello se emplearía una metodología innovadora, orientada hacia el apoyo de otras actividades concretas llevadas a cabo en los países, con el objeto de brindar mejores condiciones de vida a las comunidades.

De 1990 a 1993 la OPS y la Fundación W.K. Kellogg elaboraron un proyecto conjunto para evaluar los sistemas locales de salud (SILOS) denominado "Evaluación para el cambio". Esto llevó a un análisis a fondo del contexto y de las instituciones de diversas comunidades y de la actuación de los líderes de SILOS en Bolivia, Brasil, Colombia, Dominica, Haití, México, la República Dominicana y San Vicente y las Granadinas, con una serie subsiguiente de publicaciones conjuntas.\*

La serie de publicaciones mencionadas anteriormente estaban de acuerdo con el mandato del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud de reforzar los sistemas locales de salud, promover estudios para crear nuevos modelos operacionales o sus componentes críticos, evaluar la equidad, eficiencia y calidad, así como la cobertura obtenida, la utilización eficiente de recursos y el grado de participación comunitaria.

También de acuerdo con este mandato, la investigación para estas publicaciones se realizó básicamente con proveedores de servicios y la comunidad, facilitándose la aplicación de los resultados en las medidas correctivas para una mejor salud de la población.

---

\* *Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina.* Cuaderno Técnico No. 31, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1990. También publicado en portugués por la Biblioteca Pioneira de Administración e Negócios-PROAHS, São Paulo, 1990.

*Strengthening the Implementation of Local Health Systems--The English Speaking Caribbean Countries--Assessment for Change.* Serie SILOS No. 16, Pan American Health Organization/World Health Organization, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1992. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

*Evaluación para el cambio: Bolivia, Haití y República Dominicana,* Serie SILOS No. 25, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1993. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

### **¿Cuál fue el resultado de las investigaciones?**

Se encontró que en el pasado la evaluación de los programas de salud solía estar dirigida a actividades aisladas, fuera del ámbito del proceso administrativo. Por otro lado, en los actuales estudios realizados por el proyecto OPS/W.K. Kellogg lo que interesaba constantemente era identificar posibles soluciones administrativas para los cambios inmediatos o de mitad del período de implementación de las transformaciones.

La evaluación se llevó a cabo mediante la recopilación y el análisis de datos, usando diferentes metodologías, para determinar la pertinencia de la planificación de los servicios de salud en los sistemas locales, el progreso alcanzado durante la ejecución y los mecanismos de control de la eficiencia para vencer las dificultades.

En todos los casos se pretendía establecer una estrecha relación entre el administrador local y el investigador. Se encontró que el papel del administrador local era más evidente en las fases iniciales del proceso de evaluación, en la observación de la pertinencia del programa, mientras que el papel del investigador se destacaba más en el análisis del impacto.

### **¿Cuáles deficiencias fueron encontradas?**

Prescindiendo de la región analizada, los SILOS evaluados presentaban deficiencias comúnmente encontradas también en otros servicios de salud de América Latina. Los indicadores principales mostraban la necesidad de capacitar a los líderes del sector salud en ADMINISTRACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y METODOLOGÍA OPERACIONAL, así como la necesidad de interesarse más por la CALIDAD de los servicios prestados, sea de atención ambulatoria u hospitalaria.

#### **Principales problemas identificados:**

- Deficiencias en la coordinación intra y extrasectorial.
- Sistemas administrativos, clínicos y epidemiológicos ineficientes.
- Escaso aprovechamiento de la información existente para la adopción de decisiones.
- Necesidad de capacitación permanente de recursos humanos en determinadas áreas.
- Deficiencias en el mantenimiento de instalaciones y equipo.
- Resistencia a la descentralización de la autoridad para tomar decisiones en el nivel local.
- Conocimientos técnicos limitados para la programación y la gestión estratégica locales.
- Administración inadecuada de material, medicamentos, vacunas y otros suministros.
- Falta de motivación y de preparación para actuar en equipo.
- Conocimiento limitado de la administración financiera en el nivel local.
- Falta de normas para la referencia y contra-referencia de pacientes.
- Desconocimiento de las técnicas de evaluación de la calidad.
- Ninguna tendencia a utilizar indicadores epidemiológicos para tomar decisiones.
- Descuido en las técnicas básicas de saneamiento y desconocimiento de los procedimientos de protección ambiental.

## ¿Por qué publicamos esta serie de Manuales?

En vista de las cuestiones identificadas en las observaciones de estudios de casos, la OPS, de acuerdo con la Fundación W.K. Kellogg, decidió publicar una serie de manuales con objetivos generales orientados a incrementar el desarrollo económico y social en los SILOS mediante una mejor administración del sector salud; mejorar la productividad de los servicios públicos y mejorar las condiciones de saneamiento en el nivel urbano (protección ambiental) y en la lucha contra las condiciones de vida insalubres.

## ¿Cuáles temas son tratados en los Manuales?

Los temas tratados en esta serie HSS/UNI de Manuales son:

1. Tendencias contemporáneas en la gestión de la salud.
2. **Conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud.**
3. Recursos humanos en salud.
4. Administración de recursos materiales en salud.
5. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas.
6. Mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo
7. Administración financiera para gerentes de salud.
8. Pautas para el establecimiento de sistemas locales de información.
9. Gerencia de la calidad.
10. Vigilancia epidemiológica.
11. Vigilancia sanitaria.
12. Vigilancia ambiental.\*

## ¿A quién sirven estos Manuales?

Los Manuales fueron preparados para auxiliar las actividades de gerencia diaria de los responsables superiores por la administración de sistemas locales de salud y sus componentes. Las cuestiones son tratadas de manera amplia para el no especialista en los temas, y no tiene el objetivo de enseñar técnicas básicas de procedimientos. Su formato fue hecho con el propósito de recibir revisiones periódicas y eventuales actualizaciones de sus capítulos. Esperamos así haber contribuido, por lo menos en parte, para la solución de problemas identificados en las evaluaciones realizadas.

Humberto de Moraes Novaes  
Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud  
Editor General de la Serie

---

\* La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS sigue preparando otros Manuales para esta Serie PALTEX de documentos operativos: No. 13, Prevención y control de infecciones hospitalarias (incorporado en el Volumen IV de esta serie), y No. 14, Prototipo de educación en administración hospitalaria.

# Introducción

Programar es prepararse para hacer algo en la mejor forma posible, es prever las cosas con la anticipación suficiente para que al momento de la acción no hayan dudas sobre lo que queremos hacer ni falten los elementos para poder hacer lo que nos proponemos.

Todos nos preparamos y programamos para afrontar nuestra actividad cotidiana y esto es relativamente simple, si lo que vamos a hacer es simple o estamos habituados a hacerlo.

Pero programar un sistema local de salud es algo complejo por varias razones y más aún si lo que nos proponemos es cambiarlo en lugar de seguir con las formas habituales de actuar.

La complejidad de la programación de un sistema local de salud proviene de varios factores y vale el esfuerzo señalar algunos:

- La multiplicidad de actores, instituciones y disciplinas con las que hay que acordar para emprender la acción.
- El cúmulo de tareas que hay que gerenciar.
- La brevedad de los tiempos exigidos para mostrar capacidad de acción y de alcanzar resultados.
- La laboriosidad de algunas técnicas y procedimientos para llevar las ideas a la práctica.
- La incertidumbre creciente de los contextos en que se desarrolla la programación.

- El historial de arrastre organizacional que hay que superar.

- La vitalidad crítica que desencadena en los opositores.

Quizás lo primero que hay que tener en claro es el carácter del objeto de trabajo que se va a programar, o sea, el sistema local de salud.

En el campo de la salud es frecuente trabajar con diferentes niveles de análisis, como por ejemplo cuando se analiza el sector o los subsectores públicos, de la seguridad social y privado, o bien un establecimiento o alguno de sus servicios, o la relación médico-paciente. Lo que se hace en cada uno de esos casos es recortar la realidad que es única y sin límites para poder abarcar una parte y comprenderla mejor y quizás, si es necesario, transformarla.

El sistema local de salud es también un recorte, pero en este caso se hace referencia a un espacio geográfico poblacional, fácil de identificar, aunque no tanto de definir y de delimitar.

El nivel de análisis no es un recorte vacío sino que es un espacio de relaciones. Los profesionales de la salud están muy acostumbrados a reconocer la relación profesional-paciente, o sea la relación recurso-persona, pero en los niveles más amplios se da un salto a la relación genérica de organización-población, que no siempre es percibido, aunque cada vez sea más habitual analizar, por ejemplo, el hospital conjuntamente con la población a la que sirve.

**No se trata de un hospital ni de un servicio hospitalario, ni de un centro de salud, ni de la actividad personal de un profesional, sino de un sistema, el cual constituye un recorte distinto de la realidad, una escala o nivel de análisis particular, mayor y diferente que los anteriormente mencionados.**

El concepto es similar a la tradicional relación económica oferta-demanda, en sus expresiones en el campo de la salud y en verdad lo que la programación procurará en cualquier nivel que se trabaje, es encontrar el equilibrio más apropiado entre estos dos términos.

En el espacio de un sistema local de salud se dan las relaciones de oferta demanda que se mencionaran, expresadas en la interacción entre el conjunto de establecimientos y otras organizaciones sociales vinculadas con la salud y los pobladores y comunidades que requieren servicios.

Cada nivel de análisis tiene particularidades que le son propias, problemas y explicaciones que le son específicos; dimensiones y subdimensiones de análisis concebidas para su naturaleza; formas de abordaje, métodos, técnicas e instrumentos elaborados para el nivel y para las interacciones que en él se dan, a fin de comprenderlo mejor y mejor decidir.

Los sistemas locales de salud, si bien son un recorte relativamente nuevo en el campo sanitario, ya disponen de experiencias propias y se han desarrollado un buen cúmulo de conocimientos explicativos de esas realidades, así como de tecnologías transformadoras, que aportan a la generación de cambios.

Es bueno que quienes van a programar ahonden en este campo como forma de reducir inseguridades y riesgos al momento de sus decisiones y que quienes están abocados a estas tareas, sistematicen sus experiencias e investigaciones para acre-

centar el bagaje técnico disponible en materia de programación de sistemas locales de salud.

Para quienes trabajan en los sistemas locales de salud, tal vez valga recordar que "todos trabajamos localmente" y que el aforismo acuñado de "pensar globalmente y actuar localmente" a la vez que contribuyó al desmoronamiento de una concepción tradicional de la localización del saber en los niveles centrales, nos pone frente al desafío de su ejercicio. Tal vez sea la programación local la que concreta esa síntesis de pensamiento y trabajo, conocimiento y acción, saber y hacer, representada en el saber hacer.

Dado que las relaciones que se están tratando en el espacio definido del sistema local de salud son entre organizaciones y poblaciones o comunidades y que las organizaciones son el objeto de estudio de la disciplina o ciencia de la administración, el campo de estudio en el que caen los sistemas locales de salud y su programación es el habitualmente conocido como administración de salud.

Pero conviene aclarar desde ya que numerosas ciencias han aportado y aportan conocimientos a esta finalidad y que ante un fenómeno social complejo como es la salud, el apoyo entre disciplinas es una modalidad imperativa de trabajo, cualquiera fuere el nivel en que se desarrolle la acción.

Quizás valga aclarar aquí que los términos administración, gerencia y gestión serán utilizados como equivalentes, no obstante sus particulares connotaciones.

**Expresados linealmente, aunque en la práctica se den simultaneidades, los pasos del método administrativo son planificación, programación, ejecución y control o evaluación. Puestos en lenguaje corriente equivaldrían a pensar y proponerse hacer, decidir concretamente lo que se va a hacer, hacer y vigilar la acción y reflexionar sobre lo realizado, para reiniciar el ciclo.**

Como toda disciplina, la administración de salud tiene su método de trabajo, que supone una serie de pasos sistemáticos a seguir para lograr con mayor probabilidad de éxito que nuestras intenciones se transformen en acción y se concreten los cambios requeridos. En verdad no se trata sino de los pasos de la metodología de las ciencias aplicado a las organizaciones de salud.

Cada paso del método tiene teoría y tecnología propia, generada con mayor o menor profusión y éxito por la administración de salud a lo largo de su desarrollo y que nutren los textos en la materia.

Nuestras organizaciones de salud ejecutan y hacen en una acción digna, pero muchas de ellas siguen haciendo casi lo mismo que venían haciendo, no obstante los cambios del contexto; pocas veces se detienen a pensar y a redecidir la acción y menos aún a evaluar los resultados de esta.

Es verdad que resultaría paradójico intentar parar para pensar, frente a la presión de las demandas cotidianas, pero la linealidad literal del método se supera en la simultaneidad de las actividades que propone y en alguna división de funciones y tareas. (Frente a esta afirmación, Paulo Motta con mucho humor comentó, que la propuesta metodológica parecía algo así como intentar detectar las fallas y arreglar el motor de un camión o transporte colectivo viejo, en marcha, sin detenerlo y con toda la gente adentro).\*

El proceso de planificación-programación tiene dentro de las organizaciones de salud, a la vez que simultaneidades en su desarrollo, avances y retrocesos en los diferentes pasos decisivos entre los encargados de transformar las ideas de cambio en servicios concretos para los usuarios o destinatarios.

Un refrán popular dice que "del dicho al hecho, hay mucho trecho". La planificación representa al dicho y la ejecución el hecho, en tanto que la programación intenta reducir la distancia entre ambas y supone el cúmulo de decisiones intermedias e instrumentales para poner en práctica nuestras intenciones.

Es muy frecuente que en ese proceso se produzca un desgranamiento tal entre lo que se dice y lo que se hace, que lo que en verdad llega como producto de la acción a la gente, no sean sino los indicios de nuestras intenciones y esfuerzos.

Este desvirtuamiento procesual está muy ligado a las frecuentes reinterpretaciones del discurso inicial como resultado a veces de su imprecisión y otras de la falta de acuerdos para la construcción compartida, ya que son muchos los que habrán de intervenir. Programar también significa precisar, crear los mecanismos para llevar los planes a la práctica y construir su viabilidad, y es en ese sentido que el consenso acerca de un ideario compartido en relación con los propósitos y los modos para llegar a ellos, son fundamentales.

Planificar y programar no constituyen meramente el conjunto de las reflexiones sistemáticas que preceden y presiden la acción, a modo de actividad intelectual que pudiera

---

\* Para otras afirmaciones de este mismo autor véase el Manual No. 1 de esta Serie.



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 la última década 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 la salud y las distintas disciplinas académicas, así como de las comunidades.

Ese hecho ni reduce ni subalterniza la labor técnica de los administradores, sino por lo

contrario les exige una mayor precisión y fundamentación de sus propuestas, una mejor decodificación que transparente la intención y la acción, un esfuerzo adicional de dinamización y movilización, una entrega generosa de sus conocimientos y una responsabilidad y compromiso directos asumidos en la relación cara a cara.

Quizás como contrapartida, los alivie de las tensiones de las decisiones inciertas adoptadas en soledad, los engrandezca y alegre en el trabajo compartido y en la comprensión de otras percepciones de la realidad y los gratifique en su contribución a la democratización y al bienestar de sus comunidades.

**Los temas tratados en esta Serie HSS/UNI de publicaciones son complementarios para la programación operativa del presente Manual No. 2:**

1. **Tendencias contemporáneas y la gestión de salud.**
3. **Administración de recursos.**
4. **Administración de materiales.**
5. **Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas esenciales.**
6. **Mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo.**
7. **Administración financiera para gerentes de salud.**
8. **Sistemas de información.**
9. **Evaluación de la calidad en los servicios de salud.**
10. **Vigilancia epidemiológica.**
11. **Vigilancia del saneamiento.**
12. **Vigilancia ambiental.**

# Direccionalidad de la programación operativa

## El objeto de la programación: los sistemas locales de salud

El propósito de la tarea es desarrollar la programación operativa de los sistemas locales de salud. Para ello resulta necesario tener en claro qué significa un sistema local de salud, ya que su definición habrá de dar direccionalidad y en consecuencia pertinencia a toda propuesta operativa que se sugiera.

Del apreciable desarrollo conceptual referente a los SILOS, plasmado en las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud, en el área de Desarrollo de los Sistemas de Salud, se sintetizan algunos de los puntos de vista desde los que estos pueden ser visualizados:

- Como un conjunto de recursos de salud interrelacionados, ya sea sectoriales o extra-sectoriales, responsables del desarrollo de la salud de una población definida, en un área geográfica delimitada.
- Como 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.
- Como 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.

- Como una táctica operativa para acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria y sus componentes esenciales, en la que se visualiza a los sistemas locales como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada, que es el sistema nacional de salud.

- Como un proceso de desarrollo progresivo, cuali y cuantitativo, que tiene como puntos de partida ciertos requisitos o bases fundamentales:

- la decisión política del sistema para la descentralización y apoyo a su desarrollo;
- la existencia de una unidad política, administrativa y técnica identificable y responsable de la conducción del SILOS;
- la delimitación de una base geográfico-poblacional.

- Como la capacidad de resolución de las necesidades de salud y de los problemas de atención en el nivel local, o sea la suficiencia de los organismos o establecimientos locales para contribuir al mejoramiento del nivel de vida, hallar la forma de resolución a los problemas de salud de la población, alterar las situaciones que se consideran adversas para la salud o conservar un estado que se ha alcanzado.

Los SILOS aparecen como idea fuerza, como modelo ideal, como imagen objetivo, 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 producir salud. De hecho es un concepto que ha ido cambiando y enriqueciéndose en el tiempo.

## Los propósitos de la programación

Son esos conceptos propositivos los que la programación local debe operativizar y que se habrán de transformar en sus objetivos de trabajo.

En nuestra propuesta de programación operativa de un sistema local de salud, los puntos de vista recién señalados funcionan a modo de plan, o de lineamientos, o de propósitos, o de objetivos generales, o de imagen objetivo, o imagen horizonte, según las múltiples sinonimias utilizadas en planificación. Aunque queden dudas respecto de cómo lograrlos, el nivel de incertidumbre de hacia dónde nos dirigimos se ha reducido.

Hay que iniciar ahora un proceso de reformulación, reordenamiento y especificación, para llegar a plantearlos en un nivel más operacional, procurando no distorsionarlos ni perderlos en el intento.

Si se analizan las precisiones conceptuales consignadas, algunos propósitos son estructurales, otros son procesuales y otros son de resultado. O sea que se proponen cambios en las estructuras del sistema local, en su funcionamiento y en las condiciones de salud y de vida de sus pobladores.

Sin cambiar su expresión ni intentar su operacionalización, podrían agruparse en una primera prefiguración, así:

### Propósitos estructurales:

□ Disponer de un conjunto de requisitos básicos:

- decisión política del sistema;
- existencia de una unidad política, administrativa y técnica identificable y responsable de la conducción;

- población definida;
- área geográfica delimitada.

□ Generar una respuesta organizativa del Estado y sectorial del sistema de salud a nivel local, como unidad articulada del sistema nacional de salud.

□ Impulsar un proceso de descentralización y dar apoyo a su desarrollo.

□ Contribuir a la democratización del Estado.

□ Coordinar todos los recursos, ya sean sectoriales o extrasectoriales.

□ Incorporar el trabajo en red.

### Propósitos procesuales

□ Lograr la suficiencia de los organismos o establecimientos locales, para resolver los problemas de salud y de atención.

□ Alcanzar un nuevo perfil de actuación para la atención de la salud.

□ Cambiar los procedimientos técnicos de la prestación de servicios.

□ Dar atención integral a los problemas tanto de las personas como del medio.

□ Aunar diferentes disciplinas.

□ Aplicar la estrategia de atención primaria y sus componentes esenciales.

### Propósitos de resultado

□ Hallar la forma de resolución a los problemas de salud de la población.

□ Alterar las situaciones que se consideran adversas para la salud o conservar un estado que se ha alcanzado.

- Lograr mayores grados de equidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud, asegurando la participación social.
- Contribuir al mejoramiento del nivel de vida.
- Alcanzar un desarrollo progresivo, cuali y cuantitativo.

El pensamiento simple, quizás demasiado lineal, que subyace a modo de hipótesis, es que si queremos alcanzar esos resultados es necesario cambiar los procesos del sistema local y para poder realizar esos procesos son necesarios algunos cambios estructurales.

No siempre hay total acuerdo respecto de la ubicación de los objetivos de estructura, o de procesos o de resultados, pero es necesario optar por la más convincente, teniendo

en cuenta que todos son objetivos que hay que alcanzar para el desarrollo de un sistema local de salud.

En verdad se trata de algo así como un sistema de objetivos, ya que se condicionan mutuamente, la situación de cada uno de ellos depende de lo que se alcance en los otros y todos tienden a una finalidad común, y que solo pueden verse en forma independiente desde un enfoque conceptual o cognitivo, pero que en las realidades concretas se encuentran en formas imbricadas, aunque seguramente con desarrollos asincrónicos.

Es importante visualizarlos como un conjunto o abanico de objetivos que se transforman en una batería de acción simultánea para el mejoramiento de la salud, en oposición a soluciones parciales.

# Los objetivos de la programación de los sistemas locales de salud:

## Algunas especificaciones

### Objetivos de resultados

Los objetivos de resultados de la programación son los cambios últimos que se esperan alcanzar en los sistemas locales de salud, y se refieren al mejoramiento de la capacidad y desempeño social de los sistemas locales o a su retorno social, expresados en su equidad en términos de cobertura y acceso, su efectividad y su eficiencia social.

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

Cobertura y acceso constituyen dos conceptos relacionados; la cobertura incluye la perspectiva de la oferta y el acceso la 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.

En cuanto al acceso, factores facilitadores o restrictivos, estos últimos conocidos como "barreras", modifican la probabilidad de uso por parte de las personas. Se habla frecuentemente de acceso cultural, geográfico, administrativo o económico, en un intento por precisar los aspectos procesuales por los que pasa una persona para identificar una

necesidad, trasladarse hasta un establecimiento, realizar los trámites requeridos y eventualmente pagar por el servicio demandado.

Es necesario recordar que existen riesgos diferenciados según tipo de población, que en general están asociados a factores económico-sociales; el sistema será más equitativo en la medida que oriente acciones selectivas para disminuir dichos riesgos.

Un segundo aspecto se vincula con la capacidad y oportunidad de percibir la necesidad y requerir atención. Este aspecto puede mostrar variantes entre poblaciones con diferentes características culturales y para su nivelación, en términos de equidad, requiere de acciones específicas, por ejemplo en el campo de la educación y la comunicación social.

Un tercer aspecto de la equidad se refiere, al acceso a los servicios de atención médica, en cuanto a oferta disponible y existencia de barreras para su utilización; el sistema será más equitativo en la medida en que distribuya y articule sus recursos y facilite su uso.

Otra cuestión es la probabilidad de recuperar la salud una vez que se accedió al tratamiento; en este aspecto intervienen principalmente factores relacionados con el estado inicial del paciente, así como los provenientes de la atención en los propios servicios; en tal sentido prevención, oportunidad y calidad técnica sin discriminaciones son requisitos de equidad para el sistema.

Por último, existen aspectos propiamente económico-financieros de la equidad, obvios

**El concepto de cobertura no es unívoco y asume distintos significados que hacen referencia a diferentes aspectos que habrán de tomarse en cuenta:**

- **Cobertura poblacional:** proporción de población con derecho de asistencia por parte del sistema.
- **Cobertura territorial:** alcance geográfico del sistema.
- **Cobertura prestacional:** espectro y cantidad de prestaciones que brinda el sistema.
- **Cobertura de recursos:** oferta disponible de recursos del sistema.
- **Cobertura económico-financiera:** recursos económico-financieros para la atención de la población.

a nivel de las personas según sus posibilidades de pago, en tanto que a nivel del sistema están vinculados al origen y distribución de los recursos financieros que brindan las coberturas necesarias.

La efectividad social del sistema local de salud hace referencia al cumplimiento de los propósitos medulares del mismo, vinculados con:

- Los cambios en la situación de salud, particularmente en lo que hace a la variación en la cantidad y distribución de enfermedades, discapacidades y muertes, con énfasis en las "evitables".
- La contribución para el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores y la satisfacción de los distintos actores, en particular de los usuarios reales o potenciales, respecto del sistema.

Recuérdese que la calidad de vida supone la satisfacción de necesidades fundamentales y la contribución en lo que concierne al sector, se refiere entre otras, a la conservación de la salud, al entendimiento de los problemas, a la participación, al trato humanizado y ético, al respeto por la libertad de los usuarios, a la preservación de las identidades, y no meramente a las necesidades de consumo.

La eficiencia social del sistema constituye un concepto vinculatorio entre los resultados y

los costos económicos, en procura de que el esfuerzo de una sociedad dirigido a cubrir las necesidades de salud de su población se reduzca a lo estrictamente necesario.

Estas relaciones pueden vincular costos de producción y cantidad de bienes y servicios producidos, o bien recursos, en términos monetarios, asignados para la obtención de un resultado en términos de morbilidad disminuida o muertes evitadas a nivel del sistema, sectores o instituciones.

## Objetivos de procesos

Los objetivos de procesos son los cambios que hay que producir en el funcionamiento del sistema local de salud y se refieren al mejoramiento de su capacidad y desempeño técnico asistencial, expresados en:

- La adecuación de los servicios de salud y de otras organizaciones sociales vinculadas, a las necesidades y demandas locales.
- La suficiencia y adecuación de los recursos humanos y materiales para la realización de las acciones requeridas.
- Un nuevo perfil de actuación de sus establecimientos respecto a la población beneficiaria, reflejado entre los aspectos más destacados en la gestión compartida, la orientación de sus prioridades, la conformación de equipos multiprofesionales, las modalidades de trabajo, los ámbitos de acción, los relacionamientos institucionales,

el trato a las personas y la aplicación de la normativa técnica, para la atención y cuidado integral tanto de los pobladores como del medio, en forma tal que se manifiesten en acción los propósitos de equidad, efectividad y eficiencia.

El primer objetivo requiere de buenos análisis poblacionales y epidemiológicos, así como del reconocimiento de las disponibilidades locales y del espectro de funciones y prestaciones del sistema, a fin de concluir acerca del grado de correspondencia entre problemas, prestaciones y recursos organizacionales y proponer los ajustes necesarios para compensar los desbalances. Se refiere a la búsqueda del equilibrio global entre oferta y demanda, o sea entre organizaciones y población, incluyendo la totalidad de las organizaciones y la totalidad de la población.

El nuevo perfil de actuación mencionado en el segundo objetivo debe dar solución a la atención de la demanda espontánea en lo que respecta a los problemas de urgencia, agudos y de larga evolución, a los requerimientos de los grupos en riesgo biológico o con daños específicos y a las necesidades de prevención primordial para la población general. Asimismo incluye la vigilancia ambiental.\*

El tercer objetivo se refiere a la adecuación cuali y cuantitativa de las disponibilidades de recursos humanos, de sus capacidades y compromisos, en su ciclo de ingreso, progreso y egreso en el sistema local de salud y en sus instituciones; a la disponibilidad en tiempo y forma, de los insumos y equipos necesarios para la realización de las actividades, en particular a la administración de medicamentos y vacunas en su condición de

insumos críticos\*\*, así como a la adecuación de las plantas físicas y el mantenimiento de las obras, instalaciones y bienes de equipo\*\*\*.

## Objetivos de estructura

Los objetivos de estructura son los cambios que hay que producir en la organización global del sistema local de salud y en su gestión y se refieren a:

- Mejoramiento de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial, expresado en la aptitud para la conducción del sistema.
- La adecuación del ordenamiento y gestión organizacional.
- La idoneidad económico-financiera del sistema y de sus instituciones.

La aptitud para la conducción del sistema se refiere al logro de condiciones básicas para el ejercicio de esa función, manifestadas en la decisión política del sistema mayor para la descentralización y apoyo a su desarrollo en el sistema local de salud; la existencia de una unidad política, administrativa y técnica identificable y responsable de la conducción del SILOS; y la delimitación de una base geográfica poblacional, con la consecuente normativa jurídica que respalde la gestión autónoma, particularmente en los aspectos económico-financieros. Este objetivo hace también referencia al mejoramiento de la capacidad de gerencia en las distintas instancias decisorias y a la idoneidad de los sistemas de información y comunicación institucional y social.

La adecuación del ordenamiento y gestión organizacional se refiere a los avances

---

\*\* Sobre administración de medicamentos y vacunas, vea manual No. 5 de esta Serie.

\*\*\* Sobre mantenimiento de instalaciones y equipo, vea manual No. 6 de esta Serie.

---

\* Sobre vigilancia ambiental, véanse Manuales Nos. 11 y 12 de esta Serie.

necesarios en los procesos de regionalización y descentralización, a la necesaria articulación entre organizaciones sectoriales y extra-sectoriales y al desarrollo de la gestión participativa.

La idoneidad económico-financiera del sistema y de sus instituciones se refiere a la dis-

ponibilidad y oportunidad de los recursos financieros, a la adecuación de los mecanismos de financiamiento a los requerimientos del modelo organizativo propuesto (descentralizado, articulado y participativo), al control de la productividad y costos, y a las modalidades y prácticas de la programación, la ejecución y el control presupuestario.\*

---

\* Sobre el tema de la gerencia financiera para gerentes de salud véase Manual No. 7 de esta Serie.



# La apertura programática de un sistema local de salud

El conjunto de objetivos generales mencionados en el capítulo anterior suponen una intensa carga de trabajo. La programación operativa debe definir los criterios mejores para dividir esa carga de trabajo y proceder a la apertura de programas; los programas habrán de instrumentar al plan que los contiene. Todo lo que se decida tiene racionalidad y justificación en la medida que contribuya a los propósitos planteados.

Los criterios de apertura pueden ser diversos, pero los resultados de su aplicación deben ser inclusivos de los propósitos a fin de que estos no se pierdan ni distorsionen.

La primera apertura representa grandes espacios conceptuales de transformación, es decir de decisión, de acción y de control, que conforman áreas administrables o a administrar. Por tratarse de grandes aperturas, muchas de ellas requerirán aún de mayores divisiones o desagregaciones hasta llegar a expresiones de real posibilidad de operacionalización.

Una primera propuesta de apertura de programas para el desarrollo de un sistema local de salud, siguiendo los objetivos generales planteados, es la siguiente:

## **Desarrollo de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial**

### **Mejoramiento de la aptitud para la conducción del sistema.**

□ Desarrollo de las condiciones básicas: decisión política, unidad responsable de la

conducción, delimitación geográfico poblacional.

□ Desarrollo de las capacidades de liderazgo y gerencia.

□ Desarrollo del sistema de información y de comunicación.

### **Ordenamiento y gestión organizacional.**

□ Descentralización.

□ Articulación entre organizaciones (trabajo en red).

□ Gestión participativa.

### **Desarrollo económico financiero (Administración financiera).**

### **Desarrollo de la capacidad y desempeño técnico asistencial**

#### **Adecuación del sistema a necesidades y demandas**

#### **Mejoramiento de la atención a las personas, con un nuevo perfil de actuación en:**

□ Atención de la demanda espontánea.

□ Focalización de acciones en grupos poblacionales en riesgo biológico-social o con daños específicos (programas selectivos).

**Recuérdese que la apertura de programas representa la primera gran división del trabajo y que por tanto es una decisión de riesgo ya que al dividir se puede fragmentar lo que se desea integral y que, además ella habrá de condicionar la actividad futura de toda la estructura del sistema local.**

### **Mejoramiento de la atención al medio o ambiente (calidad y vigilancia ambiental)**

#### **Suficiencia y adecuación de recursos**

- Administración de recursos humanos.
- Administración de materiales (suministros y equipamiento).
- Mantenimiento de instalaciones y equipos.
- Obras físicas.

### **Evaluación de la capacidad y desempeño social del sistema**

#### **Mejoramiento de la equidad, en términos de cobertura y acceso**

#### **Mejoramiento de la efectividad social**

#### **Mejoramiento de la eficiencia social**

La apertura de programas cierra una fase del proceso de planificación programación para los sistemas locales de salud, que supone que con mayor o menor certeza se ha decidido acerca de:

- El diagnóstico sobre la situación actual de los sistemas locales de salud.
- La situación futura deseable para los sistemas locales de salud, en un mediano plazo.

□ Las líneas de acción a adoptar, priorizando aquellas que parecen las más importantes a desarrollar.

□ La división de la carga global de trabajo a realizar, estableciendo los grandes campos de acción y transformación que se constituyen en programas.

La situación actual y la situación futura son dos imágenes especulativas, donde en la primera se presentan las disconformidades y problemas observados y, en la segunda, los propósitos o intenciones de cambio para la superación de aquellos.

Cuando se plantean propósitos para el mejoramiento de la equidad en la cobertura y el acceso, de la efectividad o de la eficiencia para la situación futura, significa implícitamente que se han recogido evidencias en la situación actual respecto de inequidades en la cobertura y el acceso, deficiencias en la efectividad e ineficiencias en el funcionamiento del sistema local de salud.

Cuando se plantea el mejoramiento de la atención a las personas y al medio mediante un nuevo perfil de actuación, significa que hay disconformidad con el actual desempeño. Cuando se propone la descentralización, la articulación y la participación de la gente, se supone como contracara diagnóstica que el sistema está muy centralizado, desarticulado y que no toma en cuenta el punto de vista y la satisfacción de los usuarios.

Como es de imaginar, esta situación no es pareja entre los diferentes sistemas locales, ni internamente entre los diferentes aspectos.

Cada sistema local deberá establecer su diagnóstico de situación, su línea de base o momento de lanzamiento para el cambio, respecto a cada uno de esos aspectos, dimensionando o apreciando cuál es la situación inicial a fin de poder evaluar los cambios que se irán introduciendo mediante la intervención programada.

La adopción de una determinada apertura programática, significa también la decisión de que esas son las líneas de acción prioritarias y que en esa forma se habrá de la propuesta planteada, irán clarificando estos aspectos.

# Especificando la apertura programática

Si la apertura propuesta en el capítulo anterior satisface, es menester aún clarificar y distinguir conceptualmente qué significa cada una de esas áreas de trabajo. Cuanto más claro sea el mensaje acerca de lo que se quiere hacer, tanto más transparentes y fáciles las negociaciones y tanto menor la incertidumbre de aquellos que lo harán.

Alguien podrá decir que esas especificaciones conceptuales y distinciones deberían formularse participativamente y es verdad, pero los responsables técnicos por la programación operativa deben llevar su aporte ordenado en un documento de trabajo inicial a someter a la confrontación y el acuerdo, según las circunstancias y condiciones locales.

Ese documento de trabajo debe ser lo más breve y sintético posible, en el entendimiento que no es definitivo y que va a ser modificado y enriquecido con los aportes y la mirada de otros actores interesados en la salud.

Los autores de ese documento base deberán estar alerta frente a sus propias resistencias para modificarlo, a las que a veces induce la palabra escrita, y deberán estar dispuestos a la reformulación o a la introducción de cambios, recordando que solo se trata de un documento de trabajo.

A continuación se ofrecen algunas especificaciones que pueden resultar de utilidad a quienes se aboquen a estas tareas y que irán abriendo y perfilando por desagregación, nuevas áreas de trabajo a programar. Algunas de ellas tratan conceptos complejos y controvertidos, con los consiguientes riesgos de reducción en una síntesis. Se trata de algunas especificaciones que pueden orientar la acción, según las circunstancias locales.

En ellas se analiza las presuntas causas o factores de los que depende su superación o mejoramiento, a modo de supuestos básicos. Algunas de las siguientes especificaciones pueden resultar orientadoras y precisas, en tanto que otras son más vagas e imprecisas, debido a que se sabe menos al respecto o que hay menos desarrollo de tecnología de acción para la corrección o superación de los problemas, o bien porque dependen de causas más profundas y arraigadas en la estructura social y que la posibilidad de actuación es en un nivel más inmediato o superficial, sin pretensión de atacarlo en sus raíces.

Si se tiene en claro de qué factores depende lo que se quiere cambiar y hasta qué nivel de profundidad en la cadena explicativa causal se va a actuar, se tiene muy avanzada la programación operativa, en particular si hay acuerdos sobre ello.

## **Desarrollo de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial**

### **Mejoramiento de la 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.

La información es un insumo básico para poder conducir y la comunicación institucional y social, una instrumentación indispensable para su ejercicio y la gestión participativa.

### Condiciones básicas

Si bien en el discurso político los aspectos vinculados con la autonomía de los sistemas locales y la necesidad de los procesos de descentralización suelen estar incorporados, la implementación de esos aspectos encuentra en la práctica grandes dificultades, en parte por las trabas de la normativa jurídica existente, en parte por deficiencias o distorsiones en la comprensión del significado y más habitualmente por las consecuencias últimas de la descentralización en lo que hace a 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.

Es necesario abrir un espacio para el análisis y avance en los aspectos jurídicos, a fin de respaldar y alcanzar grados aceptables para la conducción autónoma del sistema local. Constituciones, cartas orgánicas, leyes nacionales y estatales, legislaciones específicas de la seguridad social y del sector privado, leyes del ejercicio profesional, ordenanzas municipales, estructuras de los organismos, misiones y funciones, reglamentos, convenios, estatutos, escalafones, etc., expresan con claridad la necesidad de este espacio programado de trabajo.

La autonomía de los sistemas es relativa no obstante las normas jurídicas, ya que puede variar en función de sus capacidades para la obtención de recursos (coparticipación y generación de recursos propios). En caso de no contar con esas capacidades, dependerán de los recursos provenientes de los niveles centrales, viéndose afectada la autonomía económico-financiera imprescindible para el autogobierno. Este es un espacio programable, al que se hará referencia al momento de

tratar la administración económico financiera.

Un importante supuesto, aún teniendo en cuenta el contexto político-económico imperante hoy día, consiste en que la capacidad de conducción de los sistemas locales de salud recae 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 coordinaciones 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 a los que tienen esas responsabilidades en el subsector público.

No menos importante es la existencia de la unidad responsable de la conducción, conformada por equipos capacitados para liderar los procesos de cambio, tanto desde el punto de vista político como administrativo gerencial. Parece necesario que esos equipos se constituyan interdisciplinariamente y que su dedicación sea intensa, dadas las cargas de trabajo. Existen áreas funcionales clave, que es necesario cubrir con profesionales especializados, como es el caso de administración financiera, epidemiología, enfermería, nutrición, mantenimiento, saneamiento, etc. Esos recursos casi siempre existen en los sistemas locales, sin aprovechar a pleno sus potencialidades.

La conformación del equipo plural de conducción, cohesionado internamente en torno al ideario compartido, es una construcción

**Pero a la vez, por ser espacios de resolución de problemas de salud de la gente, interesa la existencia de capacidad instalada de salud con algún nivel de suficiencia para solucionar los problemas, al menos los servicios ambulatorios de primer nivel y un establecimiento polivalente que permita resolver en internación una importante proporción de las referencias de aquellos.**

programable, aunque más no fuere a mediano plazo.

La delimitación del espacio geográfico poblacional, aunque aparentemente más sencillo, suele presentar en la práctica algunas dificultades, que es necesario tener en cuenta al momento de su decisión programada. Por constituir el sistema local de salud un espacio político de transformación, los límites territoriales debieran corresponderse con las divisiones políticas del país en cuestión, ya sean provincias, estados, distritos, municipios o conjuntos de ellos.

Otro aspecto que es menester observar en la delimitación son las relaciones que inevitablemente habrán de mantenerse con los vecinos del área delimitada. Las delimitaciones territoriales no constituyen fronteras y deberán tenerse en cuenta los compromisos preexistentes (formales o de hecho), de atención de demandas espontáneas, cualquiera fuere la procedencia de los usuarios, así como los vínculos con establecimientos mayores para la referencia de los casos no atendibles localmente con el grado de resolución disponible.

Los aspectos culturales son también relevantes en la delimitación de los espacios territoriales, ya que unir bajo una misma esfera administrativa a pobladores con diferentes historias, idiomas y culturas no resulta sencillo.

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 la falta de información desagregada para el recorte propuesto, la presencia de hospitales de referencia nacional difícilmente integrables, la falta de niveles primarios de atención o la 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).

### **Capacidad gerencial y de liderazgo**

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

Estas aptitudes no son necesariamente innatas y pueden adquirirse si se desarrollan programas de capacitación en gerencia y fortalecimiento de liderazgo para los funcionarios de los diferentes niveles y dependencias y para los líderes reales o potenciales del sistema y si se refuerza la capacitación continua bajo programa.

### **Sistemas de información y comunicación\***

El desarrollo de los sistemas de información y comunicación institucional y social constituye un aspecto estructural, de carácter

---

\* Sobre sistemas de información, vea Manual No. 8 de esta Serie.

instrumental estratégico para el desempeño organizacional y gerencial de los sistemas locales con las intenciones propuestas, en términos de interacción entre actores de diferentes dependencias, intereses y grados de influencia, con orientación descentralizada y participativa.

Interesa tanto a nivel global del sistema local de salud, como a nivel de los establecimientos y centros de salud, ya que la información es un recurso administrativo para el apoyo a su operación. La epidemiología habrá de jugar un rol importante en la creación de los sistemas de información locales.

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.

En particular las decisiones fundamentales que tienen que ver con la direccionalidad del sistema debieran ser puestas en la agenda de discusión social, a través de las organizaciones representativas y también en los medios de comunicación masivos y especializados. Los productos de discusiones así socializadas constituirían insumos para los decisores y otorgarían mayor viabilidad política a la implementación de sus decisiones.

Es importante destacar que para que los diferentes actores puedan intervenir adecuadamente en los distintos foros de discusión, así como en los procesos de planificación y programación participativa o para que puedan tomar las decisiones que les competen en sus respectivas instancias, deben contar con la información adecuada a

través de mecanismos comunicacionales apropiados. No sólo es importante qué se informa sino cómo se lo comunica.

La responsabilidad primaria de garantizar la adecuación del proceso de información y comunicación global recae en la conducción del sistema, si bien las organizaciones involucradas tienen claras responsabilidades en su direccionalidad, implementación y uso.

Los contenidos comunicacionales deben vincularse no sólo con la índole de los destinatarios sino adecuarse a la problemática social y sanitaria a la que se refieren. Particularmente las comunicaciones que involucran a los miembros de la comunidad deben referirse a aquellos aspectos que constituyen problemas reales, (percibidos o no), para la situación de salud local y orientarse a la resolución de los mismos con la mayor autonomía posible.

Tener en cuenta los puntos de vista, opiniones y preferencias de los usuarios y proveedores, así como brindar informaciones acerca de utilización de servicios y promover conductas o hábitos saludables de vida y de consumo, es hoy día un imperativo de la gestión de las políticas sociales; tanto es así que se denomina al conjunto de acciones implicadas en ello "marketing social", neologismo proveniente de los ámbitos de comercialización empresarial.

La importancia del autocuidado, los sistemas de autoayuda y del cuidado social del ambiente, requieren para su desarrollo de la información apropiada brindada mediante mecanismos comunicacionales idóneos. El rol educativo de la comunicación en el mundo contemporáneo es insoslayable.

### **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 redistribución del poder y de articular recursos.

Las estrategias que hay que operacionalizar son la descentralización, la articulación entre organizaciones mediante el trabajo en redes y la gestión participativa.

### **Descentralización**

En los sistemas locales 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.

Existen una serie de formas de transferencia de competencias que implican grados variables de independencia respecto del órgano que las transfiere y que a veces se asumen como situaciones "intermedias" hacia la descentralización (delegación, desconcentración, etc.). Sin embargo, éstas no son forzosamente pasos o etapas para la descentralización: se ha señalado muchas veces que pueden contribuir a reforzar el centralismo.

En el campo de la salud, el modelo de regionalización como sistema de distribución de autoridad y competencias de gestión por delegación del poder central, puede orientarse a ese reforzamiento centralista, si como a veces se observa se vuelve a concentrar en la figura y espacio en que los representantes se localizan, y no se los alerta

acerca de los nuevos roles que habrán de desempeñar en esa instancia.

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 el proceso de toma de decisiones. Se diferencian 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.

Se trata de cuestiones con una fuerte carga valorativa, que asumen significados diferentes según sea la configuración ideológica que les sirve de marco. Así, desde ciertas posturas se considera a la descentralización como proceso necesario encaminado a transferir o devolver poderes de los niveles centrales hacia los periféricos para democratizar las relaciones entre el estado y la sociedad y posibilitar una participación ciudadana genuina.

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 y 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 o actores.
- Inducir y regular las acciones de los actores involucrados.

En las dependencias públicas del sistema local de salud, la intención es que este proceso alcance a los establecimientos hospitalarios, a fin de que puedan ejercer su acción en el área programa que se les asigne.

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 a descentralizar, pero en particular para la administración de personal y de los recursos económico-financieros.

Es necesario tener presente que si se descentralizan funciones del nivel central hay que simultáneamente asignar a éste nuevos roles, y que al transferir funciones a la periferia, hay que entregar autoridad, recursos y capacidades para poder cumplir con ellas en esta instancia. Entre los nuevos roles centrales está el control del efectivo cumplimiento de las funciones transferidas y el facilitar los procesos de fortalecimiento y capacitación de los actores locales para el desempeño de sus funciones en el marco de la descentralización.

No obstante, tratándose de entes públicos, la decisión de operar en forma descentralizada no se adopta desde su interior, sino que debe emerger de la autoridad de aplicación que corresponda y contar con un marco jurídico preciso que respalde plenamente el desarrollo institucional.

Aún sin la existencia de una ley sancionada, los niveles centrales pueden desconcentrar y delegar funciones y decisiones, en el contexto de las legislaciones vigentes. En materia económico-financiera, la descentralización debería alcanzar el manejo de los fondos asignados presupuestariamente y los auto-generados, incluyendo los relacionados con personal.

Puede concluirse que el proceso de descentralización es complejo y conflictivo, ya que no solo supone cambios en los procedimientos, en las culturas institucionales y en el comportamiento de personas, sino también y "fundamentalmente porque implica un cambio en la distribución del poder y ello exige una voluntad y un comportamiento político sin vacilaciones". (Carlyle Guerra de Macedo)

### **Articulación institucional, trabajo en redes**

La capacidad para el trabajo en redes, o sea la articulación entre organizaciones, sectoriales y extrasectoriales, constituye un aspecto de relevancia para la organización de los sistemas locales de salud, sobre todo debido a la heterogeneidad y las diferentes dependencias de las organizaciones que los conforman. Se trata de una propuesta para vitalizar las relaciones institucionales.

La red es un resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de

**Descentralización no significa dejar librado al azar el funcionamiento de los entes, ni el desentendimiento de los niveles centrales de los problemas de las instituciones, sino imprimirles un mayor grado de autonomía a sus operaciones con el fin de lograr mejores desempeños en menores tiempos.**

gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad normativa, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más instituciones, áreas institucionales o personas, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos y explicitados. El vínculo así generado tiene carácter horizontal, de relación entre pares, acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones.

Hay gradientes de estructuración y compromisos en estas relaciones, desde las más laxas a las más formalizadas, como serían el intercambio de información, la coordinación respecto al uso de normas comunes, la cooperación en la división del trabajo, o la colaboración para la realización de trabajo conjunto.

En muchos países, el desarrollo histórico de los sistemas de salud generó formas organizativas mixtas o plurales con instituciones dependientes del sector público, de la seguridad social y del sector privado, conformando subsistemas de servicios cuyos relacionamientos hacia el propio interior o entre sí, están fuertemente normados, explícita o

implícitamente. Esa característica dificulta el funcionamiento del conjunto y le resta efectividad y eficiencia.

Generar los cambios que mejoren desempeños globales del sistema significa modificar culturas institucionales y legislación fuertemente arraigadas. Frente a las dificultades que ello supone, el trabajo en redes parece constituir una estrategia superadora que respetando los relacionamientos formales o establecidos, permite incorporar otras formas de relación más espontáneas, voluntarias, de cooperación, de creatividad, más informales, por acuerdos entre partes pertenecientes al sector o por fuera de él, procurando que las respuestas se adecuen más a las necesidades de la gente.

Un supuesto subyacente al trabajo en red consiste en que facilita una mejor utilización de las disponibilidades existentes, contribuyendo de ese modo al mejoramiento de la salud. Las disponibilidades existentes hacen referencia a instituciones, a servicios y a personas en servicios o simplemente en sus roles como actores sociales, cualquiera fuere el ámbito de dependencia, con la única condición de que su participación contribuya a la finalidad salud. Esta forma de trabajo capitaliza además las potencialidades individuales expresadas en liderazgos en el campo del conocimiento o de la acción social, a veces relegadas o restringidas en los marcos formales de las instituciones y sistemas.

**El 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.**

Este enfoque permite superar también los compartimentos sectoriales y subsectoriales que frecuentemente obstaculizan un uso más racional y a pleno de los recursos; también da cabida dentro del sistema a las organizaciones comunitarias, o a actores que desarrollan acciones de salud no consideradas médicas o de medicina tradicional "folk", usualmente marginadas de las estructuras formales.

Los sistemas locales de salud deberían tener facultades y capacidades para desenvolverse en el trabajo en redes.

### **Gestión participativa**

El mejoramiento de la aptitud para la gestión participativa, en el campo de la salud, es un fenómeno relativamente reciente, ya que tiene su origen en la década del setenta, quedando fielmente reflejado en Alma Ata.

La expresión sobreutilizada "participación de la comunidad" a menudo se ha referido a arreglos, en general informales, que proporcionan un rol más activo en la promoción de la salud a miembros de la comunidad y a las organizaciones en las cuales ellos participan.

Esta visión "microsocial" y comunitarista está presente en numerosas perspectivas teóricas y estrategias operativas en distintos campos de lo social. En el campo de la salud, frecuentemente se visualiza la participación comunitaria como colaboración de la población en actividades diseñadas por las instituciones o como recurso de mano de obra para abaratar costos en la prestación de servicios o en la implementación de programas.

Hoy se reconoce que esos enfoques reduccionistas de la participación ni siquiera han sido costo-eficaces y que frecuentemente han generado una mayor dependencia de la población más vulnerable con el sector salud.

A partir de la década de los ochenta, aparece el enfoque de la concertación como una perspectiva superadora del participacionismo, en tanto que ubica en el centro de la escena a los procesos de negociación social, en los que intervienen un conjunto de actores con heterogéneos grados de influencia e intereses y donde debe potenciarse la capacidad de gestión de los grupos comunitarios, para obtener condiciones más igualitarias en la distribución del poder.

El proceso decisorio se convierte así en el centro de la problemática de la participación como acción colectiva que supone incorporar al menos tres elementos:

- Concepciones, actitudes y comportamientos de los distintos actores involucrados, particularmente de los decisores, favorables a la gestión participativa.
- Un conjunto de reglas que determinan la participación en el proceso de decisión.
- Un mecanismo de agregación de decisiones individuales que concurren a la formación de la voluntad colectiva.

Los sistemas locales de salud resultan escenarios apropiados para la participación de la gente en las decisiones que tienen que ver con la resolución de los problemas de salud, desde la misma definición de cuáles son esos problemas, pasando por la determinación de las estrategias para su solución, hasta la ejecución, control y evaluación de las actividades, resultados e impactos.

Ello es así debido a sus dimensiones más acotadas, a la índole de las relaciones sociales más directas (cara a cara) donde los representantes están menos distantes de los representados, así como a los grados crecientes de autonomía alcanzados para las decisiones, como producto de la descentralización.

"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 tienen que ver con la satisfacción de necesidades, y en el control de los procesos así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria".\*

Un sentido amplio del concepto de participación es el que la define como "influencia sobre el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social y de las instituciones sociales".

Desde otro enfoque, no antagónico sino complementario, "participar significa tomar parte de algo con otros, significa repartir o entrar activamente en la distribución".\*\*

Los sistemas locales ofrecen el ámbito apropiado para el necesario intercambio y redistribución del saber, destruyendo los mitos, por un lado del monopolio del saber técnico como requisito único y eficiente para una racional y eficaz programación de las acciones sociales de salud y por el otro, como contrapartida contestataria, de la sobrevaloración del saber popular como única fuente orientadora de la acción.

Esta confrontación de saberes podrá generar una nueva racionalidad política, superadora de las formas paternalistas, clientelísticas y asistencialistas, predominantes en América Latina.

La gente valora más los problemas que tienen que ver con la satisfacción de sus

necesidades fundamentales y que deberían encontrar resolución en su vinculación con los servicios; en tanto que los técnicos valoran más los problemas de organización y funcionamiento de las instituciones, perdiendo muchas veces de vista la vinculación con la población. Es en los espacios locales donde aquella valoración se hace más concreta, donde verdaderamente se realiza la vinculación población-servicios. Porque en realidad, de lo que se trata es de "la ruptura de la asimetría existente entre los servicios institucionales de salud y las comunidades".\*

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 político-organizativos y es probable que no se reduzca al campo de 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.

**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 qué se puede hacer, para la solución de problemas consensuados. Supone que también se adjudican responsabilidades para la ejecución de las actividades acordadas.

La idea de concertación surge de la evidencia de que distintos actores, que tendrían que ponerse de acuerdo, tienen intereses diversos y controlan variables diferentes en una situación dada, o sea que ejercen distintos grados y tipos de poder.

\* OPS/OMS. *Serie Desarrollo de Servicios de Salud No. 35, 1988.*

\*\* Robirosa M., Cardarelli G. y Lapalma A. *Turbulencia y Planificación Social.* UNICEF/ Siglo XXI, 1989.

La importancia de la organización como fuente de poder en el mundo moderno es indudable. Es sabido que en salud, como en otros campos sociales, la oferta tiene mayor organización que la demanda. Puede decirse que cuenta con mayor poder.

En la mayoría de los países de América Latina, con sistemas mixtos de salud, hay grupos que adquieren inusitada relevancia: las agremiaciones médicas, las federaciones de hospitales, las cámaras de medicamentos, el Estado en sus distintos niveles, los diferentes gremios de trabajadores de la salud, etc.; ello plantea un complicado y desigual interjuego de poderes entre ellos y con la comunidad.

Frente a ello, la población no siempre cuenta con el suficiente nivel organizativo que permita una dinámica más equilibrada en lo que al poder se refiere. La población tampoco es homogénea sino por el contrario, son los grupos de menores recursos, los más vulnerables, los que menor nivel organizativo presentan; es obvio, casi redundante, decir que son los que tienen menor poder.

Esto debería ser profundizado para entender mejor los procesos sociales y tener más claras las posibilidades de incidir en los cambios necesarios para una democratización efectiva, que signifique avances en la participación real de la gente, principalmente la de menores recursos, en las decisiones sobre cuestiones que las afectan y que tienen que ver con el mejoramiento de sus condiciones de vida.

En la mayoría de los países de la Región existen múltiples factores históricos y político-sociales, que dificultan la participación real de la población en cuestiones de salud, particularmente la de los menores recursos. Es por ello que las actividades promocionales para activar la participación y el desarrollo de actitudes de ciudadanía orientadas a la defensa de derechos y asun-

ción de responsabilidades, también recae en el Estado, si bien este puede compartirla o delegarla en organizaciones no gubernamentales (ONG), cuyos roles en ese campo han cobrado gran importancia.

Es indudable que un buen conocimiento de la historia de las organizaciones y movimientos comunitarios locales, ayudará a formular metodologías y abordajes más idóneos para la activación de la participación.

Será necesario analizar en cada caso concreto la estructura y distribución del poder local, así como las restricciones que impone a la autodeterminación local el sistema global de poder. En ese sentido, surge una clara vinculación con la aptitud para la conducción del sistema.

Para la concreción de los procesos de deliberación y concertación se requiere de espacios de participación adecuados, de formas organizativas y de metodologías de gestión apropiadas.

Entendemos por espacios de participación, ámbitos materiales y simbólicos de contención de las relaciones interactivas de los diversos actores sociales.

El nivel de esa contención y por ende de su aceptación de la diversidad, caracterizarán en definitiva la profundidad y alcance de los procesos participativos.

La existencia de espacios locales adecuados para la participación dependerá en gran medida de las restricciones impuestas por los espacios mayores y sus características políticas dominantes. Parece más posible la existencia de espacios para la participación en regímenes democráticos que en los autoritarios. Sin embargo, los regímenes de democracia formal o representativa no lo garantizan por sí y parece necesario profundizar en las formas de democracia directa, que mejorando las representativas o forma-

les, faciliten el desarrollo sistemático de espacios adecuados de participación.

### **Mejoramiento de la idoneidad económico-financiera del sistema\***

El mejoramiento de la idoneidad económico-financiera de un sistema local 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.

Un sistema local de salud podrá desempeñar mejor su finalidad de atender las necesidades de la población en la medida en que posea recursos económicos y financieros suficientes para garantizar el pago, en tiempo y forma, de los factores involucrados en la satisfacción de dichas necesidades.

La disponibilidad de recursos financieros se refiere no solo a la cantidad sino también a la oportunidad con que se dispone de los mismos.

En este sentido la capacidad de negociación relativa de la conducción oficial de salud respecto de las áreas de toma de decisión económica, como el Ministerio de Economía, o los mecanismos con que se distribuyen los fondos públicos, así como los de la Seguridad Social, dan una clara señal del nivel de autonomía del sector.

Diversos aspectos deseables de la organización del sector como la descentralización, la articulación intersectorial y la conformación de redes de servicios requieren de un acompañamiento de los flujos financieros que faciliten estos desarrollos, que reflejarán, en definitiva, la adecuación de los mecanismos de financiamiento al modelo organizativo deseable.

Las nuevas tendencias que se van consolidando en el campo de organización de la atención de la salud en varios países de la Región, requieren un análisis de los relacionamientos entre la población aportante usuaria, los entes aseguradores, el Estado entre ellos y las organizaciones prestadoras, ya que en gran medida la eficiencia y la calidad de las prestaciones dependen de cómo se hayan definido esos vínculos.

Por ejemplo, voluntariedad de los aportantes para la elección del ente asegurador, riesgos compartidos entre aseguradores y prestadores, compromiso de gerencia compartida entre aseguradores y prestadores, compromiso de calidad, sistemas de acreditación y control, formas de pago a los factores de producción, cajas recaudatorias únicas o múltiples, mecanismos distributivos y redistributivos, controles mutuos por parte de los actores involucrados, particularmente de los usuarios, etc.

En la actualidad cada vez crecen más las posibilidades de contar con otras fuentes de financiación para los establecimientos públicos. En tal sentido las conducciones de los sistemas locales deberán prepararse para la movilización de otros recursos más allá del erario público, como son los fondos que se recuperan mediante facturación de las prestaciones brindadas a usuarios con cobertura.

Obviamente siempre existieron ingresos más allá de los presupuestos oficiales, pero fueron prácticamente insignificantes en la vida de las entidades (aranceles, rifas, donaciones, etc.). La referencia que aquí se hace se relaciona con montos que se pueden lograr facturando las prestaciones que los hospitales brindan a entidades intermedias como obras sociales, seguros privados, prepagos, empresas, etc.

---

\* Sobre el tema de administración financiera, véase Manual No. 7 de esta Serie.

**No existe descentralización completa sin descentralización de recursos financieros. Ni se puede pretender el fomento 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.**

Merece la pena destacar que se hace referencia a un cobro indirecto que de ninguna manera supone pagos directos de bolsillo por parte de los usuarios, por lo cual es un concepto distinto al del arancelamiento directo que sí constituiría una barrera económica al acceso a la atención de importantes sectores de la población. No se trata de pagos al momento de la prestación, sino de pagos *a posteriori* que se facturan para ser saldados con fondos previamente constituidos con esa finalidad por los aportes de los afiliados a organismos de seguro social o privados.

El conocimiento por parte de los niveles decisorios de los costos de las prestaciones que otorgan los hospitales y demás establecimientos es de máxima relevancia. El hecho de contar con los costos de las prestaciones, no solo hará más simple la tarea de presupuestación, sino que permitirá también una mejor información para la apertura de nuevas áreas o modalidades de atención, y mejores posibilidades de negociación para la compra o venta de servicios.

El análisis vinculatorio de demanda, producción, recursos, productividad y costos del sistema con base poblacional territorial ha de aportar a una administración más eficiente y a decisiones más racionales y equitativas.

La mayoría de los aspectos considerados encuentran en la programación, la ejecución y el control presupuestario un instrumento valioso para la programación y evaluación económica y financiera y en la riqueza de sus registros, sustento para la construcción de indicadores y criterios decisorios y evaluativos.

Como parte de su capacidad gerencial, los funcionarios y responsables deberán estar familiarizados con la gestión presupuestaria y sus metodologías, análisis de costos, precios de la producción, principios contables, y el análisis cualitativo de los recursos financieros y los procesos de distribución.

El seguimiento del destino del gasto puede ser un instrumento útil para la evaluación de un sistema de salud en la medida en que permite verificar si los objetivos de política enunciados tienen un correlato con la asignación de recursos, en términos de distribución geográfica, niveles de complejidad, tipo de bien o servicio financiado y poblaciones beneficiarias.

## **Desarrollo de la capacidad y desempeño técnico-asistencial**

Bajo este acápite se incluyen una serie de aspectos altamente relacionados con las tecnologías específicas del campo sanitario y médico, de cuya aplicación dependerá primordialmente la calidad del sistema local de salud.

En función de diversas experiencias y relevamientos de opinión, estos aspectos son altamente priorizados por la población usuaria, lo cual resulta comprensible, dado que resumen las actividades y servicios finales directos, que a los ojos del consumidor son los que permiten la resolución de sus problemas de salud.

Teniendo en cuenta la finalidad social de los sistemas locales de salud, la capacidad y desempeño técnico-asistencial, o idoneidad técnica de los sistemas locales de salud, se expresa en:

- El grado de adecuación de los servicios sectoriales y de otras organizaciones sociales vinculadas, a las necesidades y demandas locales.
- El nivel de resolución de esos requerimientos, a través de la atención de la demanda espontánea y la focalización de acciones en los grupos de mayor riesgo, así como en acciones para la preservación de la salud de la población en general.
- El mejoramiento de la atención al medio ambiente, o sea la vigilancia ambiental y el saneamiento.
- La suficiencia y adecuación de los recursos para la realización de las acciones requeridas.

### **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.

Las necesidades y demandas a las que habrá de adecuarse el sistema están contenidas en la propia población, en forma manifiesta o no. Es por lo tanto necesario identificar los problemas de salud existentes en el sistema local. El reconocimiento de las necesidades y demandas requiere de estudios demográfico-sociales y epidemiológicos, así como de análisis de la utilización histórica de servicios por parte de la población.

El resultado de esos estudios debe ser confrontado con las percepciones y expectativas de los distintos conjuntos sociales que habitan en el sistema local en cuestión, a fin de validar las prioridades que se seleccionen.

Tradicionalmente los problemas de salud fueron analizados en términos de enfermedades y muertes según causas, lo cual contribuyó al desarrollo del conocimiento médico así como al análisis de las situaciones sanitarias.

Las tendencias más actuales en administración de salud y con fines de organización de sistemas, promueven el análisis de los problemas según la complejidad requerida para la resolución de los mismos, agrupándolos según que requieran alta tecnología, tecnologías intermedias y tecnologías sencillas incluyendo el autocuidado.

La práctica médico-sanitaria reconoce que la mayor parte de los problemas pueden resolverse con tecnologías simples y de bajo costo, mientras que solo una escasa proporción requiere tecnologías caras y complejas. De acuerdo con ello, un sistema será más adecuado en la medida que organice y disponga sus recursos en correspondencia con los problemas agrupados con esos criterios.

Asimismo se requiere estudiar la oferta real y potencial de las organizaciones existentes, reconocimiento de las disponibilidades y del espectro de funciones del sistema, definir la estructura y nivel de la utilización deseable, proponer las tecnologías más apropiadas, acordar los rendimientos posibles y estimar los recursos necesarios para equilibrar la ecuación. Estas actividades, de relativa complejidad, requieren un intenso proceso de negociación, en particular con los profesionales del sector.

Los cambios que se vienen operando en los paradigmas explicativos de los fenómenos de salud-enfermedad, desde modelos estrictamente biólogos hacia modelos de causalidad social y ambiental, obligan a incorporar en las respuestas organizacionales de los sistemas a instituciones y recursos no solo hospitalarios o médicos, sino a otras organizaciones y recursos sociales.



En una perspectiva tradicional, el análisis de suficiencia y adecuación tecnológica hubiera quedado reducida exclusivamente a los recursos sectoriales de hospitales, centros sanitarios, médicos, enfermeras, etc. Deberán incorporarse ahora otras organizaciones extrasectoriales y comunitarias, así como otro tipo de recursos.

En tal sentido, pareciera recomendable no separar el desarrollo del conocimiento tecnológico, habitualmente en manos de las universidades, de la problemática social concreta a cuya solución habrá de concurrir. Por lo tanto una preocupación importante de la conducción del sistema debiera ser la articulación entre academia, servicios y comunidad. Las experiencias recientes de los Proyectos UNI (una nueva iniciativa en la formación de los profesionales de la salud), promueven estas formas tripartitas de gestión en los sistemas locales de salud.

Desarrollo tecnológico y economía de la salud son dos enfoques íntimamente vinculados. La tecnología incorporada en establecimientos, bajo la forma de equipos y aparatos y otros bienes físicos, equivale en términos económicos al factor capital como bien de producción. Incorporar tecnología significa alterar la función de producción; definir la combinatoria de factores incide en la determinación de dicha función y de sus costos.

La atención básica propicia funciones de producción y mano de obra intensivas, mientras que los servicios complejos requieren unidades de capital intensivo. Esto tiene fuertes repercusiones en la distribución del ingreso sectorial y social, debido a la retribución a los factores de producción.

Un sistema adecuado debe tender a proteger su tecnología, concentrando y utilizando a pleno la alta tecnología, y desconcentrando la tecnología básica para acercarla a la resolución de los problemas más frecuentes.

Los procesos de normatización de la atención y los mecanismos de derivación, a la vez que constituyen primordialmente reaseguros para la calidad, el acceso y la equidad, contribuyen a la eficiencia, al indicar la incorporación y el uso apropiado de la tecnología médica y de salud.

En función de lo dicho, 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.

El análisis del sistema se instrumenta por la consolidación de los análisis de las organizaciones que lo componen. La adecuación de un sistema también se expresa en la correspondencia y ajuste de los establecimientos que lo componen a la especialización funcional asignada a cada una de estos. En el campo de salud es conocida la existencia de modelos normativos o tipologías de organizaciones que clasifican a los servicios de atención de salud según complejidad, sintetizando de esa forma combinaciones deseables de funciones y recursos. No es tan frecuente la inclusión de las organizaciones y recursos extrasectoriales.

Un paso que frecuentemente no se da, es la adjudicación de responsabilidades a las diferentes organizaciones de cualquier dependencia, respecto de las actividades a realizar y de las poblaciones a atender. El subsector público deberá reconocer como propias las correspondientes a los grupos de menores ingresos y a los carentes de cobertura por los sistemas de seguro social o privados, ya que en esta decisión se juega en gran medida la equidad del sistema; sin embargo, se reitera que los establecimientos públicos deberían estar abiertos a otros tipos de clientelas.

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.

La adecuación del sistema se verá en sus resultados, como la correspondencia entre

los problemas de salud reconocidos y las necesidades de utilización de servicios, con las prestaciones brindadas y las disponibilidades existentes.

### **Mejoramiento de la atención a las personas, con un nuevo perfil de actuación**

- Atención de la demanda espontánea.
- Focalización de acciones en grupos poblacionales en riesgo biológico-social o con daños específicos (Programas selectivos).
- Estrategias promocionales para la población general.

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.

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 en 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.

---

\* Sobre el tema de la rehabilitación, véase Manual No. 15 de esta Serie.

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.

### **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 al acceso en los diferentes momentos del complejo proceso que transcurre desde la percepción de una necesidad hasta la utilización efectiva de servicios.

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 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 sus organizaciones.

### **Focalización de las acciones**

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 cuándo un determinado problema requiere para su solución de acciones que abarquen a la totalidad de la población, o bien a un grupo específico de la misma, ya que la decisión a adoptar tendrá consecuencias de distinta índole.

En el campo de la salud estas consecuencias pueden ser de carácter epidemiológico, político, económico y social, distinciones estas que pueden hacerse desde un punto de vista conceptual pero que en la realidad se presentan en forma sobrepuesta.

Seleccionar puede ser insuficiente para el control o erradicación de una patología, o puede ser políticamente cuestionable, pero universalizar puede originar usos de tecnologías caras y gastos innecesarios o de escaso rédito, que pudieran aportarse a otros destinos sociales con mayor eficacia y/o equidad.

Los programas selectivos constituyen el fiel reflejo de ese proceso de focalización. A nivel sistémico, esta cuestión conlleva los

principales contenidos ético-valorativos, ya que marca opciones preferenciales hacia grupos de población (los pobres, las madres, los niños, los jóvenes, los discapacitados, los 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 en los países de América Latina, 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 moralidad. La moral refleja tradiciones de creencias acerca del bien y del mal en una sociedad determinada.

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 la ciencias de la salud.

Para la programación operativa de los establecimientos se remite a los lectores al Manual de Organización y Procedimientos

---

\* Sobre el tema de la calidad, véase Manual No. 9 de esta Serie.

Hospitalarios, producido por el Programa de Estudios Avanzados en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud, PROAHSA, São Paulo, FGV/EAESP/HC/FMUSP, 1985, que resume aspectos fundamentales de carácter instrumental, respecto de normas, procedimientos y rutinas a nivel de los servicios de salud.\*

### **Mejoramiento de la Atención al Medio Ambiente (Vigilancia ambiental y saneamiento)\*\***

En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), la "Cumbre de la Tierra", Agenda 21, de 1992, se señaló que las perspectivas de la salud dependen del desarrollo adecuado y sostenible de nuestro ambiente natural y social y en el temario tratado se reflejan la amplitud y la complejidad del cuidado del ambiente y de las reparaciones necesarias.

Solo para dimensionar el esfuerzo requerido e imaginar la diversidad de las participaciones en los sistemas locales de salud, se listan los capítulos y temas de la Agenda 21:

- Dimensiones sociales y económicas:
  - relaciones económicas y comerciales;
  - lucha contra la pobreza;
  - evolución de las modalidades de consumo;
  - dinámica demográfica;
  - desarrollo de los asentamientos humanos;

---

\* Publicación OPS/PALTEX.

\*\* Sobre el tema de vigilancia del medio ambiente y sanitaria, véanse Manuales Nos. 11 y 12 de esta Serie.

- integración del medio ambiente y del desarrollo en la adopción de decisiones.
- Conservación y gestión de los recursos para el desarrollo:
  - protección de la atmósfera;
  - planificación y ordenamiento del recurso tierra;
  - lucha contra la deforestación;
  - desertificación y sequía;
  - ecosistemas de montaña;
  - desarrollo agrícola y rural;
  - conservación de la diversidad biológica;
  - manejo de la biotecnología;
  - protección de océanos, mares y zonas costeras;
  - calidad y suministro de agua dulce;
  - manejo de productos químicos y tóxicos;
  - manejo de residuos peligrosos;
  - manejo de residuos sólidos y aguas negras.
  - manejo de residuos radiactivos;
- Fortalecimiento del papel de los grupos principales:
  - mujeres, niños y jóvenes;
  - poblaciones indígenas;
  - organizaciones no gubernamentales;
  - autoridades locales;
  - trabajadores y sindicatos;
  - comercio e industria;
  - comunidades científicas y tecnológicas;
  - agricultores.
- Medios de ejecución:
  - recursos y mecanismos de financiación;
  - tecnología y su transferencia;
  - ciencia;

- educación, capacitación y toma de conciencia;
- aumento de la capacidad;
- arreglos institucionales internacionales;
- instrumentos y mecanismos jurídicos internacionales;
- información para la adopción de decisiones.

La identificación geográfica de áreas de mayor riesgo ambiental, la estimación de los problemas y la asociación de esos datos con el perfil de salud de la población puede llevar a la adopción de estrategias locales de vigilancia ambiental.

Para ello resulta indispensable la capacitación de personal en la materia, el desarrollo del área legal respectiva, la aplicación de metodologías de evaluación ambiental adecuadas a la realidad de cada sistema local de salud y el desarrollo de los sistemas de información con esta finalidad.

El cumplimiento de las necesidades de atención primaria de la salud requiere al menos el desarrollo de actividades de saneamiento básico, para la recolección y disposición de desechos, el suministro de agua potable, la vivienda adecuada, el abastecimiento de alimentos inocuos y el control de contaminantes y de vectores.

Todos los subprogramas de saneamiento y vigilancia ambiental tienen una fuerte carga de participación, interdisciplina, multiprofesión e intersectorialidad y deberán encontrar en los distintos niveles y en la programación operativa participativa espacios prioritarios para su desarrollo.

Particularmente, son los grupos juveniles los actores con mayor sensibilidad y potencial para participar en este tipo de actividades, por lo cual deberían formularse estrategias específicas orientadas a la activación de

estos grupos en los temas ecológicos y de protección ambiental.\*

### **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.

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.

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

---

\* Mayores detalles sobre los aspectos de cuidado y vigilancia ambiental se encuentran en los Manuales Nos. 11 y 12 de esta Serie.

\*\* Sobre los temas abajo citados, véanse los Manuales Nos. 3, 4 y 6 de esta Serie.



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 arquitectura e ingeniería hospitalaria.
- Mantenimiento de los equipos (asistencial, mobiliario y automotores).
- Disponibilidad de equipos claves.

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 es importante analizar 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 o 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, cualquiera 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.

En no más de cinco años 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.

# La programación global y funcional

## Los contenidos principales\*

Quizás sea la desagregación del programa de Adecuación del Sistema a Necesidades y Demandas, la que debiera iniciar el proceso de programación, por tratarse de un programa global que involucra y afecta a todas las unidades o establecimientos del sistema local de salud, ya que el resto de los programas están subalternizados y requieren de la información y decisiones adoptadas en él para su prosecución.

Habitualmente se reconoce a ese proceso como la programación global o el programa general del sistema local de salud y es una responsabilidad de la conducción su elaboración, el logro de acuerdos y su puesta en acción, en intensa y delicada interacción con los operadores locales de áreas. Tiene fuertes connotaciones políticas a la vez que un alto contenido técnico y gran laboriosidad, ya que se trabaja permanentemente con las relaciones entre la población y las organizaciones y recursos, en sus distintas desagregaciones y en distintos momentos, o sea en la situación actual y la situación futura deseable a alcanzar.

Debe comprenderse que se trata de un conjunto de matrices encadenadas, en forma tal que lo que se decide en una determinada variable afecta o repercute inmediatamente en las otras. Hay que tener por lo tanto un buen conocimiento de las realidades locales, en sus aspectos cuanti y cualitativos, para que la propuesta numérica tenga posibilidades de correspondencia.

---

\* Reconocimiento del autor al Dr. Juan José Barrenechea de quien recibió, en ocasiones de trabajo compartido, gran parte de la información y la metodología que nutren las recomendaciones del presente capítulo.

Recuérdese que si todo queda igual en cuanto a recursos y producción, en el mediano plazo, dados los crecimientos poblacionales, todas las coberturas de servicios habrán caído y la situación sanitaria empeorado. La programación funcional debe acompañar el crecimiento poblacional con equidad, pero para eso hay que saber dónde se van a colocar nuevos recursos y dónde no.

La programación global del sistema local de salud debe contener al menos:

□ El análisis de la cobertura de los servicios de salud, por áreas o regiones, que permita comparar la situación actual con la futura a mediano plazo de los siguientes aspectos:

- población caracterizada actual y proyectada;
- tipo de establecimientos según complejidad y número;
- personal según grandes categorías y tiempos de dedicación;
- tipo y número de camas;
- producción anual de consultas y egresos;
- rendimientos de las horas profesionales y del recurso cama;
- algunos indicadores básicos de cobertura como: categorías de personal/habitantes, camas/habitantes, consultas/habitantes y egresos/habitantes.

□ El programa funcional, o sea las definiciones estandarizadas de cada tipo de establecimiento según nivel de complejidad y atención; tamaño teórico de la población a servir; funciones, incluidas las de referencia y contrarreferencia; modalidades de operación; plantilla teórica de personal; características básicas de los recursos físicos, edificios

**La intención de la programación global y funcional es alcanzar la mejor aproximación posible, mediante un cálculo por áreas y global, de los recursos necesarios, humanos y de establecimientos, que rindiendo con sus mejores posibilidades y estandarizados en su estructuración, permitan alcanzar en un plazo dado, habitualmente mediano, consumos de servicios razonables y una disminución de las diferenciales existentes entre las áreas, a un precio o gasto compatible con las posibilidades económico-financieras del sistema local de salud.**

y de equipamiento; producción esperada y rendimientos normalizados.

□ El análisis de la factibilidad económico-financiera, con sus correspondientes proyecciones presupuestarias; el gasto de los establecimientos según tipo, desagregado en personal, otros gastos de funcionamiento y capital; la estimación del costo medio de las consultas y egresos según tipo de establecimiento y el gasto per cápita por áreas y total.

Para los responsables de la programación global es conveniente recordar:

□ Que deben ser muy ordenados en el diseño y llenado de las planillas de análisis.

□ Que deberán disponer de una buena cartografía, con la división geográfico-poblacional adoptada, con una buena caracterización, desagregación por área y proyección de la población, que será la que utilizarán todos los programas de actividades que se propongan a fin de tener denominadores comunes, así como de la mejor información y estudios epidemiológicos acerca de la frecuencia y distribución de las enfermedades y de las muertes en el sistema y sus áreas.

□ Que las desagregaciones son laboriosas y que hay que adoptar definiciones estandarizadas o clasificadores comunes, en especial para establecimientos y para personal, ya que de lo contrario no se puede consolidar información; que la propuesta es multiprofesional y que así debería reflejarse en la plantilla estandarizada.

□ Que para disponer de planillas de resumen, se necesitan varias horas de trabajo previo.

□ Que es conveniente diferenciar al menos el sistema de urgencias y de atención de agudos, del sistema de atención de pacientes de largo tratamiento, ya que facilita el análisis y las decisiones.

□ Que dado el carácter integral deberán reconocerse e incorporarse los establecimientos de todas las dependencias, programando los públicos y estimando y previendo los crecimientos privados.

□ Que deberán también identificar las organizaciones extrásectoriales con las que habrá que coordinar acciones, en especial las de educación y saneamiento ambiental, ya que la propuesta estratégica es multisectorial y ello también debe reflejarse en las elaboraciones.

□ Que será necesario reconocer las organizaciones sociales/ comunitarias y sus liderazgos a fin de su incorporación al quehacer sanitario, ya que la propuesta estratégica es participativa y ello debe estar reflejado en las elaboraciones.

La primera elaboración del programa global puede presentar algunas dificultades, si se trata de un sistema local complejo, ya que habrá requerimientos de información a los que tal vez no se les pueda dar respuestas ajustadas y precisas, pero eso no debe ser un obstáculo para proseguir con este proceso, recurriendo a las mejores estimaciones posibles.

Los responsables y programadores deben tener en cuenta que la programación global crece por aproximaciones sucesivas y deben tomar las medidas necesarias, solicitando e incorporando a los sistemas de información los datos que han de ser requeridos en el próximo intento y reduciendo la información que no se utiliza y sobrecarga al sistema. Sería conveniente en ese sentido, estar respaldado por una base de datos computarizada.

La programación global requiere de un ajuste inmediato que habrá de ser realizado por los responsables de áreas, los propios establecimientos y otros actores locales, los que han de reconocerse en el programa general, acordar los roles, corregir aquella información que por el conocimiento o por registros locales saben que no corresponde con la realidad e incorporar toda otra que resultare de interés para su desarrollo y operación en el área.

La información direccional que proporciona la programación global es muy importante para la toma de decisiones actuales y futuras, en particular centrales, en pro de una disminución de las diferenciales existentes entre los pobladores que habitan en las diferentes áreas o regiones del sistema local de salud.

Asimismo, resulta un instrumento valioso a nivel operativo para la mejor visualización de los recursos existentes y sus posibles interacciones, a la vez que permite a los responsables de área una mejor identificación de sus responsabilidades y de su rol en el conjunto que conforma el sistema local de salud, no obstante el carácter descentralizado que puedan adoptar. He aquí otro de los sentidos del mencionado aforismo "pensar globalmente, actuar localmente".

El proceso de la programación global pone a prueba la capacidad de liderazgo, de gerencia y técnica del grupo de conducción,

a la vez que su cohesión como grupo de trabajo, en torno a los postulados del ideario común, ya que ellos son los encargados de motorizar y dinamizar la tarea, y lo que es más importante, de llevarla a la práctica, respetando los compromisos asumidos.

Como es de imaginar, la programación global requiere de la participación de las distintas personas responsables en las unidades del nivel central, en particular los encargados de las diferentes aperturas programáticas, ya que por un lado tienen mucho para aportar y por el otro deben reconocer los espacios e inserciones de sus respectivos programas en la programación global, a fin de mantener coherencia en los lineamientos y en las desagregaciones que propongan.

También se requiere de una conducción que facilite la interacción y lidere el proceso de elaboración y decisión, ya que en general lo que se observa es que gran parte de la información necesaria está disponible pero en reductos cerrados que impiden su vinculación global. Es uno de los momentos de concretar la coalición clínica-epidemiológica-gerencial y de integrar al trabajo a los grupos de arquitectura y de economía, si se dispone de ellos.

Para la elaboración del programa global, dedicar un tiempo para la capacitación del grupo participante es de gran ayuda y si se lo hace una vez, sus integrantes se transforman en un valioso potencial de diseminación. Si bien se aprende mucho más haciéndolo que tratando de explicarlo, la capacitación es necesaria.

### **Proponiendo un camino para la programación global**

Con los riesgos consiguientes de una simplificación y a modo de guía, se listan algunos consejos básicos, sin pretensión de exhausti-

vidad, para los responsables de la etapa de programación global:

### La situación actual del sistema local de salud

□ Recuerde que cuando se analizan consultas, a falta de nominaciones innovadoras generalmente aceptadas, se hace referencia a todo tipo de actividad ambulatorial, de carácter curativo, de control y promocional; es posible que el sistema esté registrando solo las consultas médicas, y si se van a incluir bajo la denominación "consultas" las actividades no solo curativas, sino también promocionales, ya sea de médicos o de otros profesionales u otro tipo de personal, será conveniente normarlas y registrarlas para la situación futura, aunque sea englobándolas en ese rótulo, ya que aún no se dispone de otro.

□ En una población de crecimiento medio, habitualmente del total de los egresos un tercio es partos, un tercio es quirúrgico y un tercio es clínico; del total de las consultas brindadas, en general un 20 a un 25% son de urgencia. (Verifique estas apreciaciones en su sistema local).

□ Analice las relaciones de personal/población: médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, odontólogos, bioquímicos, nutricionistas, trabajadores sociales, profesionales y técnicos de saneamiento, agentes sanitarios, personal de mantenimiento, personal de estadísticas, otros según la categorización adoptada y por fin el personal total, en cada caso dividido por la población del sistema en su totalidad y por áreas; tenga en cuenta las diferencias y explique las presuntas razones.

□ Analice la estructura de personal por categorías y observe las relaciones de los profesionales médicos/enfermeras profesio-

nales; enfermeras profesionales/auxiliares de enfermería; auxiliares de enfermería/ayudantes empíricos de enfermería; odontólogos/auxiliares de odontología; bioquímicos/auxiliares de laboratorio; radiólogos/auxiliares de radiología; ingenieros/técnicos de saneamiento y así otras categorías de personal para la totalidad del sistema y por áreas. Analice la armonía de las relaciones. En general un profesional debiera estar apoyado por tres a cinco personas que lo asistan en las funciones. (Verifique esta apreciación en su sistema local).

□ Observe la relación personal total/camas según la complejidad de los establecimientos. En general los establecimientos pequeños de baja complejidad tienen una relación de 1 a 1, los de mediana complejidad hasta 3 a 1 y los complejos superan esas cifras. (Verifique esta apreciación en su sistema local).

□ Observe los rendimientos de las horas profesionales y del recurso cama (porcentaje de ocupación, promedio de estadía y giro cama), analice los rendimientos para la totalidad del sistema y por área y explique. Analice también los rendimientos de personal total por consultas y egresos, puede ser un indicador interesante.

□ Vea si se pueden mejorar los recursos ociosos o téngalos en cuenta para otras funciones. Recuerde que los rendimientos mejores observados en el sistema pueden ser meta para establecimientos similares en la situación futura, incrementando así la oferta potencial. Analice la estructura porcentual de las camas de agudos según cuidados especiales (terapias), cuidados intermedios y cuidados generales de la totalidad del sistema.

□ Analice la situación de las plantas físicas y su adecuación funcional para el trabajo y

la situación del equipamiento básico existente.

□ Observe el presupuesto de su sistema local y analice el gasto de funcionamiento en personal y otros gastos, y en gastos de capital, de los establecimientos y del nivel central, incluidas las delegaciones regionales si las hubiera. En general el gasto de personal representa entre un 75% a un 80% del total del gasto de funcionamiento de los establecimientos, y el gasto central debiera ser menor del 15 % del gasto total. (Verifique esta apreciación en su sistema local).

□ El gasto de personal casi siempre está disponible o debiera estarlo, o cuanto menos el gasto medio por categoría de personal, incluidas las cargas sociales. Estime los gastos medios de funcionamiento por establecimiento y por áreas en base a los datos de personal, luego incorpore el porcentual faltante (para obtener el 100%) correspondiente a gastos de funcionamiento.

□ Analice la distribución per cápita por áreas y para el total del sistema, compare con las respectivas situaciones socioeconómicas. Si le es posible, además de trabajar con la población total del sistema y de las áreas, use también como denominador las estimaciones de población con necesidades básicas insatisfechas u otras caracterizaciones de población en función de su situación de riesgo o socioeconómica. Si dispone de información analice el gasto directo o de bolsillo de la población en servicios para su salud.

□ Recuerde que muy probablemente existen economistas en el sistema que pueden ayudar en la elaboración y análisis de la situación actual y en la propuesta; intégreles al equipo de trabajo.

□ Analice el gasto medio de la consulta y del egreso por establecimiento, creando

estructuras con fines comparativos. (Verifique esta apreciación en su sistema local; si dispone de información desagregada a partir de estudios de costos realizados recientemente, utilícela). Compare según complejidad de los establecimientos y explique. Compare con los precios de mercado (privado o de contratos o facturaciones de establecimientos del seguro).

### **Programación para la situación futura**

□ En un primer paso de la programación para la situación futura, asigne el nivel de complejidad a sus establecimientos actuales según las definiciones estandarizadas. Aplique las plantillas de personal propuestas y los rendimientos normalizados y obtenga todos los valores previamente analizados, tomando como denominador las respectivas proyecciones de población cuando corresponda.

□ Si las definiciones estandarizadas de los establecimientos fueron bien diseñadas, teniendo en cuenta la realidad existente en cuanto a tipos de establecimientos, la tarea es relativamente simple. Habitualmente los establecimientos más complejos y especializados tienen una categoría propia en la estandarización.

□ Obtenga los valores por área y totales para el sistema local de salud. Estos representan la situación futura del sistema con los recursos actuales trabajando según normas. Analice por área y para la totalidad del sistema local de salud.

□ Cuantifique los excesos y defectos de personal, comparando con la situación actual. Analice el desgranamiento, pérdida o atrición del personal por categorías.

Al momento de programar la situación futura, trabaje primero con los totales y después redistribuya por áreas según las diferenciales

observadas buscando mejor equidad y eficiencia.

Trabajar con totales significa simplemente proponer la cobertura deseable para la situación futura del sistema de salud en su totalidad (no por áreas), expresada en consultas y egresos, y encontrar un primer techo económico según el costo medio estimado para esas prestaciones si los recursos se desempeñaran de acuerdo a las nuevas normas o estándares. O lo que es igual, encontrar el número de consultas y egresos que se deben incrementar para alcanzar una cobertura de prestaciones aceptable y el gasto que se debería afrontar.

Alguien podrá decir que la técnica más adecuada sería solicitar a los responsables de áreas sus propuestas de necesidades ya que están más próximos a la realidad local y obtener así por sumatoria la propuesta global.

En tal sentido, es conveniente poder diferenciar el programa de necesidades de las áreas y sus establecimientos de la programación global y funcional y a esta de los presupuestos aprobados y finalmente a los últimos de los presupuestos ejecutados. La experiencia muestra que esos cuatro valores, que deberían ser muy semejantes, en general distan mucho de serlo. (Verifique esta apreciación en su sistema local y analice las causas).

Los excedentes de consultas y egresos que se propongan para la situación futura desable de la totalidad del sistema son los que deberían ser redistribuidos según criterios de equidad entre las áreas, dado que los existentes difícilmente puedan ser redistribuidos.

□ Recuerde que de esas consultas adicionales más del 80% son de primer nivel, un 15% de nivel intermedio y un 5% de refe-

rencia a la alta complejidad y que los egresos adicionales se resolverán en un 60% en establecimientos con internación de baja complejidad, el 30% en establecimientos con internación de mediana complejidad y un 10% a lo sumo en establecimientos de alta complejidad. (Verifique esta apreciación en su sistema local).

□ Redistribuya las consultas y egresos por áreas, procurando disminuir diferenciales. Agregue el personal necesario proporcional según plantillas estandarizadas o recalcúlelo.

□ Analice si las plantas físicas y el equipamiento existente tienen capacidad para afrontar el crecimiento o si es necesario hacer ampliaciones, remodelaciones u obras nuevas. Calcule esos costos de inversión con el equipo de arquitectura.

□ No inicie el diseño de plantas físicas antes de tener los requerimientos de necesidades por áreas; recuerde que el gasto de tres años de funcionamiento de un nuevo establecimiento es prácticamente el gasto de la inversión de planta y equipamiento. (Verifique esta apreciación en su sistema local).

□ Analice si la decisión es equitativa entre las áreas. Recuerde que los que no tienen cobertura alguna son prioridad. Analice las condiciones de los pobladores, el acceso directo y el indirecto por derivación. Analice el impacto sobre los totales. Recuerde que hay un techo de cobertura y gastos.

□ Reorganice la información acerca de la oferta propuesta del sistema local por niveles de atención, primer nivel, segundo nivel y tercer nivel, y observe si las relaciones porcentuales son adecuadas, en el entendimiento que el porcentaje mayor habrá de corresponder a la atención de primer nivel y el menor a la del tercer nivel de atención, en tanto que sus costos son a la inversa. Observe las relaciones consultas/egresos.



- Fundamente la decisión de la configuración final adoptada para cada área y para el sistema local de salud en su situación futura y recuerde que esos valores y relaciones son metas a alcanzar.
  - Sea gradual y desagregue por años sus requerimientos y metas anuales. Cronografe las incorporaciones de personal, la ejecución de construcciones, compras de equipamientos y los presupuestos correspondientes, mostrando los respectivos correlatos y analice.
  - Si se pasó del techo presupuestario acordado, renegócielo o busque fuentes adicionales de financiamiento o plantee alternativas de prestación más acordes con las posibilidades económico-financieras, antes de reducir sus metas de cobertura. Analice las tendencias de sus presupuestos.
  - Desarrolle el modelo evaluativo con el que habrá de analizar la marcha del desarrollo de la programación global y el logro de resultados.
  - Si se han alcanzado los acuerdos necesarios, al tiempo de la ejecución no designe otro personal que el necesario, según tipo, lugar y metas establecidas. Si hubiere excedentes de personal en algunas áreas, ofrezca posibilidades de redistribución o acuerde reciclamientos.
  - Plantee acciones de capacitación para todo el personal del sistema e informe a la comunidad acerca de las intenciones del programa global. Incorpore los contenidos del ideario acordado y del programa global y funcional a las actividades de capacitación.
- Observe las actividades de capacitación que se están realizando; prácticamente un tercio del personal total concurre a algún tipo de esas actividades por año; analice la equidad de la distribución de esas capacitaciones; casi siempre son médicos y particularmente de los hospitales cabeceras. (Verifique esta apreciación en su sistema local). Controle que se instruya a todo nuevo ingreso acerca de sus funciones y del ideario acordado.
  - Desarrolle el plan de obras y equipamiento según lo programado.
  - Consiga una buena interacción entre el grupo responsable de la programación global, el equipo de arquitectura y los profesionales interesados donde se van a hacer las obras.
  - No construya donde no estaba previsto, ni sobredimensione por presiones locales, en general de los propios servicios; analice funcionalidad y flexibilidad de los diseños; analice toda donación de edificios para actividades de salud, recuerde que luego hay que hacerlos funcionar. Sea transparente y participativo en las compras de equipamiento.
  - Capacite aún en los más altos niveles del sistema acerca del ideario y del programa global.
  - Por último, no tome ninguno de los parámetros aquí señalados como normas absolutas o imperativas; asuma los que le parezcan más razonables para su sistema local, de acuerdo con los comportamientos históricos, los deseables y los posibles.

# Encuadrando los programas de actividades

Acordados el ideario, la apertura de programas y el programa global y funcional, la conducción como parte de su función integradora, deberá transitar el encuadre de la programación de actividades prioritarias para el sistema.

Todos los programas seleccionados y que conforman la apertura programática requieren para su concreción el desarrollo de actividades. El planteamiento de las actividades de cada programa tiene características particulares según sea la naturaleza del mismo.

Siempre en el espíritu de participación, es conveniente que los encargados de dinamizar estos procesos encuadren a los grupos que habrán de desarrollar y realizar los diferentes programas de actividades, a fin de mantener la unidad del conjunto, facilitar las tareas y permitir las consolidaciones posteriores requeridas para la evaluación global del sistema local de salud y sus futuras reprogramaciones.

La programación de actividades resulta una tarea de mayor esfuerzo, detalle y compromisos para la acción y en consecuencia de mayores requerimientos de recursos, que supone acuerdos previos a su realización, cuanto menos aquellos vinculados con los propósitos generales, la apertura general de programas a realizar y los techos presupuestarios de los que se ha de disponer.

La finalidad del encuadre de la programación de actividades es, por un lado brindar a aquellos encargados de la programación operativa en los establecimientos y sus áreas, las mejores orientaciones respecto de cada programa y por el otro dejar en claro las responsabilidades centrales y locales respecto de cada programa, así como los apoyos esperables que la conducción habrá de brindar para facilitar la ejecución. La

intención es reducir al mínimo posible las incertidumbres de los que habrán de gerenciar los programas en terreno.

El encuadre de la programación de actividades continúa el proceso de operacionalización iniciado por el programa global, y contiene dos momentos:

- La formulación y desarrollo de programas a nivel central, o sea la programación operativa global, que resume la funciones de integración, orientación y asesoría de los niveles centrales.

- La transferencia ordenada de información y tecnología a los niveles de ejecución, con la explicitación de las respectivas competencias centrales y periféricas que concreten los procesos de descentralización.

## La formulación de programas a nivel central del sistema local

No es la intención de este manual desagregar todos los programas incluidos en la apertura, ya que muchos de ellos son motivo de desarrollo de manuales específicos, pero sí dar los lineamientos básicos que orienten la puesta en práctica al momento de programar actividades en detalle, en tiempo y espacio, a nivel de los establecimientos y sus áreas, lo cual se explicitará en el siguiente capítulo.

Para el desarrollo de la programación operativa global, los responsables centrales de los respectivos programas deberían transitar y tener en claro aspectos tales como:

- La situación global y las respectivas situaciones locales respecto del problema que el programa quiere superar.

- La priorización de los problemas que interesan al sistema local como un todo.

- Los propósitos del programa en general y para cada área en particular.
- La apertura de subprogramas, si la carga del trabajo así lo requiere.
- La especificación de las poblaciones a las que están destinados los programas y los lugares y tiempos de su ejecución.
- Los objetivos y metas que sería deseable alcanzar en el sistema local de salud y en cada una de las áreas respecto de cada programa.
- Las estrategias que propone cada programa para la superación de los respectivos problemas y ámbitos de acción.
- Las normas y procedimientos técnicos para la realización de las actividades.
- La organización y recursos básicos necesarios para la realización de las actividades.
- Los sistemas de información de cada programa.
- Los sistemas de evaluación que propone cada programa.
- Los presupuestos necesarios para la ejecución de las actividades.

Para su elaboración se requiere de una intensa coordinación entre los responsables centrales de los respectivos programas así como de la activa participación de los responsables locales a nivel de establecimientos y sus áreas.

Dado que el encuadre está destinado a las unidades que habrán de ejecutar los programas, los responsables centrales por los pro-

gramas deberán tener en cuenta que todo tipo de actividad que se encomiende habrá de ser realizada por un único efector que es el establecimiento dentro de su área asignada, y que por lo tanto deberán coordinar sus indicaciones a fin de no sobrepasar la potencialidad de acción y capacidad de tarea de los respectivos efectores, so pena de tener que incorporar personal adicional y modificar en consecuencia las estimaciones del programa global.

Debe recordarse que el programa global calculó metas de producción con los recursos trabajando con sus mejores posibilidades de rendimientos y que las plantillas de personal fueron normalizadas para afrontar el conjunto de las actividades a realizar, sean estas tanto de los servicios finales como intermedios y generales. Si algo no cuadra, debe reverse el programa global o bien adecuar las orientaciones o exigencias centrales a los establecimientos.

Según la complejidad del sistema local de salud, el encuadre podrá estar destinado directamente a los establecimientos respectivos, o bien a un nivel distrital intermedio para que vehiculice las orientaciones y coordine las actividades del área.

En el encuadre deberán incluirse los documentos previos elaborados (ideario, apertura de programas y programa global), que todos los responsables de establecimientos y áreas deben conocer y que debiera serles remitida formalmente, por más que hayan participado en el proceso de elaboración.

## **La transferencia a las áreas**

El carácter de la información a transferir dependerá de la forma más o menos descentralizada que adopte el sistema local de salud, de la disponibilidad de información

central, de la certeza normativa de las elaboraciones centrales y de la decisión de transparencia adoptada.

A modo de ejemplo se sugiere un listado sintético de información básica que conveniría transferir a los distritos y/o áreas y establecimientos, ordenado con fines meramente didácticos siguiendo la apertura de programas previamente propuestos.

### **Desarrollo de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial\***

#### **Mejoramiento de la aptitud para la conducción del sistema**

- Decisión política:
  - resúmen de las grandes políticas que sustenta el país respecto de políticas sociales y de salud e intenciones respecto del desarrollo local, responsabilidades del Estado respecto a la salud;
  - lineamientos políticos y valorativos del ideario adoptado a nivel del sistema local de salud;
  - marco jurídico administrativo que sustenta el desarrollo de los sistemas locales de salud.
- Unidad responsable de la conducción:
  - caracterización y responsables de la unidad central del sistema local de salud;
  - caracterización, responsable/s y sede de la unidad de distrito y/o área;
  - delimitación geográfico-poblacional;
  - espacio geográfico poblacional asignado al distrito y/o área;

- caracterización demográfica del distrito y/o área.

#### □ Desarrollo de la capacidad de gerencia:

- modalidades de trabajo adoptadas por los equipos políticos y técnicos centrales para su relacionamiento con los equipos de operación y sugerencias de trabajo en el distrito y/o área;
- intenciones de formación y capacitación, áreas de prioridad.

#### □ Desarrollo del sistema de información y de comunicación:

- principales decisiones acordadas centralmente para el desarrollo del sistema de información;
- información requerida centralmente y a nivel de distrito y/o área respecto del estado de salud, recursos, producción y utilización, administración económico-financiera y costos, resultados;
- anexo de términos básicos, definiciones, clasificaciones, etc., acordados y adoptados;
- acuerdos respecto al sistema de comunicación al interior y al exterior del sistema local de salud.

### **Ordenamiento y gestión organizacional**

#### □ Descentralización:

- Decisiones acordadas acerca de funciones y competencias centrales y de distrito y/o establecimiento respecto de la realización de actividades o programas vinculados con la prestación de servicios a personas y al cuidado del ambiente;
- decisiones acordadas acerca de funciones y competencias centrales y del distrito y/o área respecto de la

---

\* Recomendamos ver otros Manuales de esta Serie para complementar las informaciones de este capítulo.

administración de recursos humanos, materiales y financieros;

□ Articulación entre organizaciones (trabajo en red):

- principales lineamientos acordados respecto del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes;
- identificación de los acuerdos y convenios realizados centralmente con otras organizaciones sectoriales y extrasectoriales vinculadas con la salud e identificación de los respectivos recursos de operación existentes a nivel de cada área;
- capacidad asignada a los establecimientos para realizar convenios con otras organizaciones;
- sugerencias para el trabajo intersectorial.

□ Gestión participativa:

- lineamientos para el desarrollo de la participación en salud;
- espacios y mecanismos establecidos para la participación comunitaria y social en la estructura central y local de área;
- sugerencias para la promoción de la participación.

### **Desarrollo económico-financiero (administración financiera)**

□ Decisiones acordadas acerca del financiamiento del sistema local de salud y de los distritos y/o establecimientos.

□ Decisiones acordadas acerca del proceso presupuestario.

□ Procedimientos, instrumentos y registros de contabilidad.

□ Sistema de costos de los establecimientos.

□ Sistema de evaluación del uso de los recursos y gestión económico-financiera.

### **Desarrollo de la capacidad y desempeño técnico-asistencial**

#### **Adecuación del sistema a necesidades y demandas**

□ Complejidad asignada a cada uno de los establecimientos del distrito y/o área.

□ Lineamientos para la organización y funcionamiento de los establecimientos según grandes tipos.

□ Plantilla de personal existente y programada para el período, de los respectivos establecimientos del distrito y/o área.

□ Decisiones adoptadas respecto del equipamiento global del sistema y del plan de obras, con los respectivos desagregados por establecimiento.

□ Rendimientos globales actuales y esperados para el período de los respectivos establecimientos del distrito y/o área.

□ Producción global actual y esperada para el período de los respectivos establecimientos del distrito y/o área.

□ Cobertura actual y esperada de las respectivas áreas.

#### **Mejoramiento de la atención a las personas**

□ Concepción de la salud y del nuevo perfil de actuación.

□ Pautas a los establecimientos para el mejoramiento de la calidad y los rendimientos.

□ Pautas a los establecimientos acerca del trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario.

□ Lineamientos para la atención de la demanda espontánea:

- decisiones adoptadas respecto de la red de urgencias, la atención ambulatoria, la atención en internación y en cuidados especiales;
- sugerencias centrales para mejor abordar la demanda espontánea (estrategias operativas o nuevas modalidades de operación de los establecimientos y servicios (atención domiciliaria, cirugía ambulatoria, hospital de día, sesiones de terapéutica grupal, atención primaria de urgencia, citación programada, etc.);
- orientaciones y estrategias para la atención y el seguimiento de los pacientes de largo tratamiento.

□ Focalización de acciones en grupos poblacionales en riesgo biológico-social o con daños específicos (programas selectivos):

- estimaciones centrales acerca de la existencia de grupos de riesgo maternoperinatal, niños, adolescentes, adultos y senescentes por distrito y/o área (mapeo epidemiológico y metas de cobertura deseable o esperada);
- estrategias para la captación según grupo;
- normas para el control y seguimiento bajo programa según grupo: contenidos del control, periodicidad, mecánica operativa para la realiza-

ción de los controles, organización y responsables, sistemas de evaluación e información;

- normativas acerca de la prevención, atención y referencia de patologías prevalentes en los grupos de riesgo;
- lineamientos para la prevención y atención de patologías prevalentes y enfermedades endémicas (SIDA, venéreas, diabetes, hipertensión, obesidad, etc.);
- orientaciones para la atención de la salud mental, la salud bucal, la salud ocupacional y los discapacitados.

### **Mejoramiento de la atención al medio o ambiente (vigilancia ambiental y saneamiento)**

□ Estrategias y apoyos a la capacitación.  
 □ Metodologías de evaluación ambiental a aplicar en las áreas.

□ Pautas para el desarrollo de actividades de saneamiento básico y otros programas de interés para el sistema local.

□ Sistema de información para la salud ambiental.

### **Suficiencia y adecuación de recursos**

□ Administración de recursos humanos: pautas y procedimientos para la administración de personal.

□ Previsiones centrales de capacitación.

□ Administración de materiales (suministros y equipamiento): pautas y procedimientos para los procesos de compras y suministros.

□ Mantenimiento de instalaciones y equipos: pautas y procedimientos para el mantenimiento de equipos y aparatos.

□ Obras físicas: pautas y procedimientos para la realización de obras físicas en los establecimientos.

## **Evaluación de la capacidad y desempeño del sistema local de salud**

□ Plan de evaluación global del sistema local de salud:

- dimensiones, subdimensiones y variables a analizar;
- técnicas, procedimientos y fuentes de información;
- responsables: rol central y de los establecimientos.

□ Orientaciones para el desarrollo de los procesos autoevaluativos a nivel de los establecimientos y área.

La transferencia debe ser interpretada dentro del contexto de los procesos de apoyo que el nivel central debe brindar a los responsables de los establecimientos y a las áreas y como parte de las relaciones de complementariedad entre niveles decisorios dentro del sistema local de salud.

El proceso de transferencia de este cúmulo de información requiere de documentación de síntesis y de actualización a la vez que de una actividad programada de interacción de los grupos centrales con los responsables locales a nivel de los establecimientos y sus áreas y de estos con los decisores operativos u operadores concretos de la acción.

Pero el proceso no se agota con la impregnación del centro a la periferia sino que la interacción debe permitir el camino inverso, a fin de recoger las sugerencias y aprendiza-

jes de los actores de la ejecución que permitan las rectificaciones o adecuaciones normativas necesarias.

El encuadre y la transferencia constituyen un proceso educativo y formativo para los líderes actuales y potenciales, que debiera alcanzar a la totalidad del personal y de aquellos actores vinculados con el quehacer del sistema local. Si de algo depende el desarrollo de la calidad del sistema de salud es de este ciclo educativo formativo, así como de los procesos de programación local participativa y de evaluación que se tratarán en los capítulos próximos.

Si se instala como un programa de reuniones periódicas entre las diferentes instancias decisorias, permite instrumentar los procesos de comunicación y coordinación, así como la supervisión y el monitoreo de la marcha de los programas de interés, contribuyendo a alcanzar la necesaria dinámica y animación dentro de las distintas unidades integrantes del sistema local de salud.

La práctica de incorporar a estos procesos de normatización y transferencia a los líderes de los servicios asistenciales y académicos si los hubiere, en sus respectivos campos de especialización, según requerimientos de los programas, parece adecuada y recomendable.

Una de las intenciones básicas de este proceso de encuadre y transferencia es la instrumentación de los responsables locales a nivel de las áreas, a fin de que ellos puedan desenvolverse sin dudas al momento de desarrollar la programación local participativa en sus respectivos ámbitos, promoviendo formas homogéneas de atención dentro del sistema local de salud que contribuyan a los objetivos de equidad y calidad.

# La programación local participativa a nivel de las áreas

## La gestión participativa

Un sistema local de salud es mucho más que el conjunto de los establecimientos hospitalarios y su administración. Implica una concepción más amplia en la que a la vez que se rescata la necesidad de la atención oportuna y apropiada de los enfermos, se orienta el eje de la acción al cuidado y preservación de la salud de las personas y a la prevención de una serie amplia de riesgos que amenazan a los pobladores en sus ámbitos de vida.

La diversidad de las condiciones para mantenerse sano (más allá de las voluntades personales) surgidas de las familias, los barrios, las situaciones ambientales, los trabajos, las escuelas, los lugares de esparcimiento, los grupos de convivencia y amistad, etc., sumadas a las situaciones económicas, políticas y sociales de los contextos mayores así como a las propias habilidades a lo largo del ciclo vital en la niñez, la adolescencia, el período reproductivo y la senectud, hacen más compleja no solo la interpretación de la causa de las enfermedades, sino también la elección de las decisiones de acción más aptas para su prevención y cuidado.

El conocimiento requerido es tan amplio que no alcanza una disciplina ni parece ser ya problema solamente de la ciencia o técnica, y las acciones necesarias son tantas, que no resultan cuestión exclusiva de profesiones o sectores, sino también de estilos de vida y desarrollo a adoptar por sociedades, comunidades, familias y pobladores.

Participación, intersectorialidad, multiprofesionalidad e interdisciplina parecen ser estrategias clave para superar el desafío de

la complejidad y el cambio, y en tal sentido debieran encontrar en la programación local la instrumentación y el espacio que faciliten y permitan el intercambio, la conjunción de saberes, el acuerdo y la coordinación para una acción creativa, innovadora y colaborativa.

Las limitaciones de los modelos tradicionales de planificación y programación, normativos o directivos, derivaban principalmente de su escasa representatividad, dado que los planes concebidos eran producto de un equipo de profesionales técnicos que utilizaban una teoría del funcionamiento social desde una perspectiva presuntamente objetiva de la que se inferían fines, medios, intereses y comportamientos de grupos sociales, generalmente no coincidentes con la realidad.

La planificación participativa postula un método de concertación social que permite clarificar mejor las distintas lógicas sociales, institucionales y organizativas y obtener un significativo grado de control compartido sobre aquellas. En este contexto, la planificación se convierte en un proceso cognocitivo y de compromiso, en la medida que recolecta e interpreta información cuanti y cualitativa y proyecta estrategias de acción asumiendo responsabilidades. Es al mismo tiempo un intercambio y una coordinación de recursos, capacidades y actividades que permite conciliar intereses en conflicto.

Ya se señaló que las estrategias que se recomiendan para fomentar la participación social en los sistemas locales de salud son los procesos de deliberación y concertación. Para concretar estos procesos se requieren espacios de participación adecuados, formas organizativas que los faciliten y metodologías de gestión apropiadas.



La propia estructura regionalizada, adoptada para el sistema local de salud con la división del trabajo en espacios de población, puede resultar de suma utilidad, reconociendo en ella un nivel central, los espacios de distrito y de establecimiento/áreas, con sus respectivas conducciones y responsables.

Pero esa estructura creada para definir las relaciones centro-periferia, deberá orientarse ahora también a fomentar la interacción comunidad-servicios, mirando no solo desde la perspectiva de la oferta sino también desde la expresión de las necesidades y expectativas de la comunidad y en el respeto por las modalidades propias de su satisfacción.

Para ello es necesario crear espacios formales (concejo, comité o cualquiera sea su denominación), reconocer a las organizaciones comunitarias existentes e invitarlas a participar con reglas claras de juego, a una actividad de su interés como es la identificación de problemas de salud y la búsqueda de acuerdos acerca de las mejores soluciones según las posibilidades locales.

Las formas que suele adoptar la participación en estos espacios, en cualquiera de los niveles mencionados, son las indirectas o por representación, las que parecen ser más adecuadas si los representantes han sido democráticamente elegidos por los representados y si sus legitimidades son sostenibles en el tiempo como producto de la transparencia y efectividad de su gestión.

A nivel de la relación establecimientos-comunidad debieran generarse espacios ampliados para la participación directa y periódica de la propia gente, ya sea en jornadas, talleres, asambleas, ferias u otras modalidades. Es en estos espacios ampliados donde se legitiman decisiones y representaciones, de ahí su importancia, más allá de la frecuencia de su implementación. Es

conveniente que cuando se realicen acudan a ellos las autoridades y responsables locales, de modo de reforzar políticamente los acuerdos.

Para que este proceso participativo sea abarcador, debiera darse en plenitud tanto a nivel de la conducción superior, como a niveles intermedios y particularmente de la acción. La modalidad de trabajo más adecuada para estos grupos pareciera ser el taller, dado que genera un ámbito privilegiado para desenvolver simultánea e integralmente funciones de programación, de investigación, de capacitación, de organización, de movilización para la acción y de control y evaluación.

El taller constituye el marco del trabajo participativo donde se aplican técnicas adecuadas para desarrollar las etapas del proceso de planificación, comenzando por establecer una relación inicial de integración entre los participantes, aclarando sus respectivas expectativas y generando un contrato implícito entre los actores, que sin dudas fortalecerá la tarea compartida. El llevar a cabo dicha tarea y aprovechar la posibilidad de transformar en acciones las decisiones concertadas también forma parte de un proceso que se va construyendo en la práctica: la participación se aprende fundamentalmente practicándola.

En este espacio podrán integrarse gradualmente otros actores u organizaciones de la sociedad civil, así como de otros sectores sociales, si no se incorporaron de inicio.

La metodología de trabajo tiene la secuencia lógica del reconocimiento de problemas y el análisis de sus causas, la priorización de los problemas, la selección de alternativas sobre cursos de acción, la atribución de responsabilidades, la ejecución y el control y la evaluación de productos y consecuencias.

Es recomendable que en los escenarios de programación participativa se prevea la coordinación de las actividades grupales a cargo de personas debidamente adiestradas en el método, al menos al inicio del proceso participatorio, a fin de capacitar acerca sus procedimientos, de encaminar las discusiones y de activar a los grupos más débiles y potenciar sus capacidades en la negociación social, evitando que las decisiones que se tomen sean manipuladas por los actores que detentan más poder. Casi con seguridad las intervenciones sobrepasarán las temáticas específicas de salud para abordar problemas más generales y acuciantes del campo social.

El subsector público, en sus distintas instancias y establecimientos, debiera ser el eje en torno al cual se promuevan, faciliten y orienten estos procesos de participación y articulación intersectorial, ya que no es de esperar que surjan espontáneamente; en algunos países de América Latina este rol podrá ser compartido con el subsector de la seguridad social.

Para ello proveerán las agendas de discusión primeras, incorporando los temas de interés que posteriormente surjan. Es deseable que este proceso tenga amplia cobertura y alcance todos los niveles y todas las relaciones posibles de organizaciones comunitarias y recursos de salud existentes dentro del sistema local.

Es en estos espacios donde se habrán de analizar, ratificar o adecuar el conjunto de orientaciones y normas del encuadre de programación que fueran transferidas a las áreas y donde se reconocerán con facilidad las disponibilidades y potencialidades locales existentes que podrán ser convocadas a participar o con las que se podrá convenir. A la vez pueden ser un buen ámbito para continuar los procesos educativos y formativos mencionados precedentemente.

No caben dudas de que la apertura y ampliación de los espacios participativos constitu-

yen una fuente permanente de adhesiones y compromisos, ya que en gran medida estas actitudes dependen de la participación activa y protagónica de la gente, pero deberá tenerse en cuenta que también deberá afrontarse la superación de conflictos y de luchas por los espacios de poder e influencia.

Es en esos ámbitos de interacción donde se da el momento propicio para la identificación y captación de liderazgos que deberán ser particularmente fortalecidos, con capacitación específica e incentivos para compromisos e involucramientos mayores.

Reconocer la historia organizacional de las comunidades del área, sus luchas y reivindicaciones así como los estilos predominantes de los liderazgos (democráticos, autocráticos, reivindicatorios, clientelistas, colaborativos, religiosos, partidarios, etc.), facilitarán sin duda los abordajes y las estrategias de activación para la participación.

Una tarea insoslayable es la realización de un estudio de las organizaciones y los liderazgos comunitarios, especificando sus funciones, objetivos, características y estilos predominantes de gestión; es aconsejable que este relevamiento se realice con la participación de los miembros de las propias comunidades.

Es conveniente sensibilizar, esclarecer y capacitar tanto a los trabajadores de la salud y a los miembros de la comunidad, como a los niveles políticos y decisorios, respecto de intenciones, alcances, beneficios y técnicas respecto de la participación.

### **Las responsabilidades gerenciales en la programación participativa**

Todo ese proceso participativo descrito, que democratiza, legitima y enriquece la progra-

mación y la acción, no libera a los responsables de las áreas y de los establecimientos de su trabajo gerencial técnico respecto de la programación operativa en sus respectivos ámbitos, la que resultará ahora cambiada cualitativamente por los aportes y acuerdos establecidos.

Los gerentes locales a nivel de áreas y establecimientos deberán tener en cuenta la dirección propuesta en el ideario y los roles acordados en la programación global de sistema local, así como la apertura de programas de interés para el sistema como un todo, adecuando normas y procedimientos a la realidad local, incorporando modalidades o proyectos específicos surgidos de la actividad participativa en los talleres, organizando y coordinando el trabajo con la consideración de los nuevos actores que se suman a las tareas, previendo los sistemas de evaluación y adecuando los sistemas de registro e información a esta nueva forma de operar.

Para facilitar el trabajo y la programación del área será conveniente que los responsables continúen el proceso de división poblacional y territorial con la sectorización del área, identificando itinerarios, viviendas y familias y caracterizando a las subpoblaciones desde el punto de vista demográfico-epidemiológico y por su situación de riesgo biológico y social.

Según su complejidad, en algunos sistemas locales se organiza el trabajo del área en torno a un establecimiento con internación, del que dependen los centros ambulatoriales u otros recursos de salud, a los que se les otorga la responsabilidad del espacio delimitado como sector; en otros, un establecimiento y su ámbito geográfico poblacional de responsabilidad tienen identidad con el concepto de área. En el primer caso las funciones de administración del área y de los respectivos establecimientos pueden diferenciarse y recaer en diferentes personas, o bien en la dirección del establecimiento más complejo, en tanto que en el segundo, quien

dirige el hospital conduce el área como función inherente. La práctica de asignar a todo establecimiento cualquiera fuere su complejidad, un sector o área de responsabilidad parece conveniente, si bien en algunos sistemas sanitarios los hospitales mayores o los especializados están reservados tan solo a la referencia de pacientes.

Cualquiera fuere la modalidad organizativa, el área representa un punto de inflexión en el proceso de descentralización y una instancia de gerencia y responsabilidad respecto del desarrollo de la totalidad de los programas centrales transferidos y de la aplicación de las decisiones centrales adoptadas, así como de aquellas surgidas de la programación participativa.

Si el encuadre central a las áreas ha sido adecuado y preciso, gran parte de la actividad consistirá en dividir el trabajo encomendado entre los responsables de área, de establecimientos y de sector y sus respectivos grupos de trabajo, en adecuar y delegar funciones y capacitarlos para el cumplimiento de las actividades, teniendo en cuenta el conjunto de los instrumentos legales y de las normas administrativas y técnicas transferidas.

La tarea en la práctica resulta laboriosa, ya que requiere de mucha coherencia y constancia por parte de quienes conducen ese proceso, de un trabajo en equipo, de una intensa interacción con otros actores sociales y de un vínculo fluido con la conducción central del sistema local de salud, que clarifique y respalde las decisiones adoptadas. Los frutos no son inmediatos, pero tampoco requieren de períodos prolongados y casi con seguridad se encontrarán cambios sustantivos en la evaluación del primer año.

La programación y el ordenamiento de los establecimientos de salud es un punto fundamental para el cambio en los sistemas locales, llámense estos postas sanitarias, hospitales rurales, centros de salud, hospitales regionales o de referencia, etc., según

las múltiples denominaciones adoptadas en los países de la Región.

Los administradores de establecimientos y áreas deberían tener conocimiento acerca de las decisiones adoptadas para el sistema en su totalidad y aplicarlas, o bien operacionalizarlas si correspondiera, a la vez que adoptar decisiones programadas en su ámbito respecto de las orientaciones y sugerencias de cada uno de los programas de interés general para el sistema local de salud, así como de las que surgieren, fruto de la participación.

Dada la intención de este manual, se ha privilegiado la visión del conjunto de las decisiones a programar por sobre la programación de detalle de cada una de ellas, en primer lugar porque con seguridad el lector encontrará mayor profundidad, conocimiento y experiencia en los otros manuales que conforman esta serie, y en segundo, porque para quien administra es vital señalar, orientar y avanzar en forma simultánea y armónica con el conjunto o abanico de objetivos, involucrando a líderes, fomentando el trabajo en equipo, propiciando la participación para la programación detallada de sus propias actividades y acordando tiempos y responsabilidades en el quehacer.

Los responsables de las áreas y de sus establecimientos son los encargados de completar el ciclo técnico de la planificación-programación, procediendo en forma compartida con los operadores, a la programación detallada de las actividades, incorporando propuestas y sugerencias válidas y asignando tareas concretas en tiempo y espacio a organizaciones, grupos y/o actores identificables. Los pasos son los mismos que siguieron los programadores centrales, pero ahora con un conocimiento más directo y profundo de la realidad, de problemas y de

posibilidades, de tiempos perentorios y de personas con rostro y nombre.

## **Los contenidos de la programación en las áreas**

A modo de ejemplo y siguiendo el esquema de la información central transferida en el encuadre a las áreas (ver capítulo precedente), los responsables de los establecimientos y sus áreas deberán transitar por los siguientes aspectos:

### **Desarrollo de la capacidad y desempeño organizacional y gerencial**

#### **Mejoramiento de la aptitud para la conducción del sistema**

- Decisión política:
  - conocimiento, aplicación y difusión de las grandes políticas que sustenta el país respecto de políticas sociales y de salud e intenciones respecto del desarrollo local, responsabilidades del estado respecto a la salud;
  - conocimiento, aplicación y difusión de los lineamientos políticos y valorativos del ideario adoptado a nivel del sistema local de salud;
  - conocimiento y aplicación del marco jurídico administrativo que sustenta el desarrollo de los sistemas locales de salud. Propuestas modificatorias si corresponde.
- Unidad responsable de la conducción:
  - conocimiento acerca de la organización y responsables de la unidad central del sistema local de salud;

- organización y funcionamiento de la sede de la unidad de distrito y/o área.
- Delimitación geográfico-poblacional:
  - espacio geográfico poblacional asignado al establecimiento. Análisis de su adecuación y propuesta modificatoria si corresponde;
  - sectorización;
  - caracterización demográfica y epidemiológica del área de responsabilidad asignada.
- Desarrollo de la capacidad de gerencia:
  - modalidades de trabajo a adoptar para el relacionamiento con sus propios equipos y con los equipos centrales. Programa de reuniones periódicas;
  - programa de formación y capacitación de personal y otros recursos humanos, áreas de prioridad;
  - programa de fortalecimiento de liderazgos en los servicios y en la comunidad.
- Desarrollo del sistema de información y de comunicación:
  - conocimiento y aplicación de las decisiones acordadas centralmente para el desarrollo del sistema de información;
  - conocimiento de la información requerida centralmente y programa de producción y envío;
  - programa de información del área de responsabilidad;
  - conocimiento y aplicación de los acuerdos respecto al sistema de comunicación al interior y al exterior del sistema local de salud;
  - Actividades comunicacionales a desarrollar en el área.

## Ordenamiento y gestión organizacional

- Descentralización:
  - conocimiento y aplicación de las decisiones acordadas acerca de funciones y competencias del establecimiento respecto de la administración de recursos humanos, materiales y financieros. Propuestas modificatorias si corresponde.
- Articulación entre organizaciones (trabajo en red):
  - conocimiento de los lineamientos acordados respecto del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes;
  - normatización de la referencia y contrarreferencia para los establecimientos del área y acuerdos con los centros de referencia;
  - identificación de los acuerdos y convenios realizados centralmente con otras organizaciones sectoriales y extrasectoriales vinculadas con la salud e identificación de los respectivos recursos de operación y organizaciones existentes a nivel del área de responsabilidad;
  - conocimiento de la capacidad asignada al establecimiento para realizar convenios con otras organizaciones;
  - estrategias a adoptar y actividades a desarrollar para el trabajo intersectorial.
- Gestión participativa:
  - lineamientos y estrategias a adoptar para el desarrollo de la participación en salud;
  - espacios y mecanismos a establecer para la participación comunitaria y social a nivel del establecimiento y área;

- reconocimiento y mapeo de organizaciones y liderazgos comunitarios;
- estrategias y actividades a desarrollar para la promoción de la participación en el área;
- programación de los talleres.

### **Desarrollo económico-financiero (administración financiera)**

- conocimiento y aplicación de las decisiones acordadas acerca del financiamiento del establecimiento.
- programación del proceso presupuestario;
- conocimiento y aplicación de los procedimientos, instrumentos y registros de contabilidad acordados;
- programación del sistema de costos de los establecimientos;
- programación del sistema de evaluación económico financiera.

### **Desarrollo de la capacidad y desempeño técnico asistencial**

#### **Adecuación del sistema a necesidades y demandas**

- Conocimiento de la complejidad asignada al establecimiento y programa de adecuación.
- Programación de la organización y funcionamiento del establecimiento según la tipología correspondiente.
- Adecuación de la plantilla de personal existente, según programa central para el período.
- Participación en el programa de equipamiento global y en el plan de obras del sistema, en relación al establecimiento.

□ Conocimiento de los rendimientos actuales del establecimiento y estrategias y adecuaciones para alcanzar los esperados en el período.

□ Conocimiento de la producción actual y estrategias y adecuaciones para alcanzar la esperada en el período, según el programa global.

□ Conocimiento de la cobertura actual y estrategias a instrumentar para alcanzar la esperada según programa global.

#### **Mejoramiento de la atención a las personas**

□ Estrategias y actividades a desarrollar para mejorar o cambiar la concepción de la salud y el perfil de actuación de los profesionales y del personal.

□ Estrategias y actividades a desarrollar para el mejoramiento de la calidad del establecimiento.

□ Estrategias y actividades para desarrollar el trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario.

□ Lineamientos para la atención de la demanda espontánea:

- decisiones a adoptar respecto de la red de urgencias, la atención ambulatoria, la atención en internación y encuidados especiales;
- estrategias para mejor abordar la demanda espontánea (nuevas modalidades de operación de establecimiento y sus servicios: atención domiciliaria, cirugía ambulatoria, hospital de día, sesiones de terapéutica grupal, atención primaria de urgencia, citación programada, etc.);

- estrategias y actividades para la atención y el seguimiento de los pacientes de largo tratamiento.

□ Focalización de acciones en grupos poblacionales en riesgo biológico-social o con daños específicos (programas selectivos):

- estimaciones locales acerca de la existencia de grupos de riesgo maternoperinatal, niños, adolescentes, adultos y senescentes en el área (mapeo epidemiológico);
- metas de cobertura deseable o esperada, según grupo;
- objetivos de actividades a realizar según grupo;
- estrategias para la captación según grupo;
- normas para el control y seguimiento bajo programa según grupo: contenidos del control, periodicidad, mecánica operativa para la realización de los controles, organización y responsables, sistemas de evaluación e información.
- normas acerca de la prevención, atención y referencia de patologías prevalentes en los grupos de riesgo;
- normas para la prevención y atención de patologías prevalentes y enfermedades endémicas (SIDA, venéreas, diabetes, hipertensión, obesidad, etc.);
- normas para la atención de la salud mental, la salud bucal, la salud ocupacional y los discapacitados.

#### **Mejoramiento de la atención al medio o ambiente (vigilancia ambiental y saneamiento)**

□ Programa de capacitación de recursos específicos.

- Programa de evaluación ambiental.
- Programa de saneamiento básico.
- Otros programas del medio ambiente según necesidad.

#### **Suficiencia y adecuación de recursos**

- Programa de recursos humanos y personal, según descentralización acordada.
- Programa de compras, suministros y equipamiento, según descentralización acordada.
- Programa de mantenimiento de instalaciones y equipos, según descentralización acordada.
- Programa de obras, según descentralización acordada.

#### **Evaluación de la capacidad y desempeño del área y de los establecimientos**

- Programa de autoevaluación del área y de los establecimientos:
  - dimensiones, subdimensiones y variables a analizar;
  - técnica procedimientos y fuentes de información;
  - responsables.
- Programa para dar cumplimiento a los requerimientos centrales para la evaluación global del sistema local de salud.

## Algunas estrategias para la acción

Entre las tareas del grupo que conduzca el cambio, está la de crear los mecanismos para llevarlo a la práctica. Estos aspectos están más dirigidos al cómo hacer que al qué hacer de aquellas personas en funciones de conducción. Quizás valga decir como primera aproximación, que la validación de las decisiones que adopten estriba principalmente en su racionalidad y ética y en la actitud y los procedimientos de sus adopciones.

Racionalidad implica justicia, rectitud, derecho para decidir y equidad en lo decidido; ético quiere decir ajustado a las normas morales; actitud hace referencia a la disposición de ánimo de los funcionarios, que debiera ser de generosidad y humilde servicio; en tanto que los procedimientos se refieren particularmente a la democratización y transparencia de lo actuado, en forma abierta y participada.

Para la conducción, la complejidad y el cambio tienen una exigencia de desarrollo en las diferentes instancias del sistema local de salud y una correlación en cuanto a liderar y gerenciar.

Dicho en palabras simples **liderar** quiere decir alcanzar acuerdos, y **gerenciar** hacer las cosas.

Dado que liderar implica principalmente construir la viabilidad política de la propuesta y del proceso de cambio, es la tarea que más tiempo consume a los grupos de conducción, ya que supone relacionamientos e interacción con los numerosos y distintos grupos y personas involucrados e interesados en el quehacer de salud.

Esos relacionamientos se dan con los grupos políticos de la propia estructura pública, con la dirigencia de otras organizaciones sectoriales y extrasectoriales, con los grupos de

operación a nivel de los establecimientos, con los representantes de la comunidad, con las autoridades municipales, con los partidos políticos, con los medios masivos de comunicación, etc. y con los propios grupos técnicos al interior de la estructura de conducción.

Muchos funcionarios que llegan a ocupar cargos de conducción, provenientes de los hospitales y en actividad asistencial, encuentran a veces que la interacción es tediosa, consume mucho tiempo y al parecer los aleja del trabajo concreto, en referencia a la atención de personas en los establecimientos. Es conveniente asumir y resignificar el tiempo dedicado a esta función del ejercicio del liderazgo, sometiendo a programación la construcción de la viabilidad, manteniendo un delicado equilibrio de contactos con los distintos grupos de interés.

El programa de reuniones periódicas es una práctica que bien preparada y realizada, acordada y con respeto por las fechas y los tiempos, con temarios consensuados y guías de trabajo, rinde buenos frutos y bien administrada abre un espacio funcional para la participación de personas o grupos ampliados en las diferentes instancias de conducción de la estructura del sistema local, llámense estas centrales, zonales o de área.

Cualquiera fuere el camino para desencadenar los procesos de cambio, una de las decisiones que la conducción debiera tomar en primer término, es la construcción explícita de un ideario compartido, que resuma las principales líneas, principios y valores y enmarque o señale el paradigma bajo el cual habrá de desarrollarse la gestión hospitalaria y del sistema local de salud, tal como fuera reiteradamente sugerido en los capítulos precedentes.



**Liderar significa plantear y promover la propuesta del cambio, la fijación del rumbo, la orientación, la motivación y el logro de los acuerdos, en tanto gerenciar representa el orden superador de la complejidad, la planificación, la organización y el monitoreo para el apoyo a las unidades que han de ejecutar las actividades, ambas como funciones complementarias.**

La formulación explícita del ideario compartido del sistema local de salud, podría identificarse con la definición de la propia concepción de calidad que se asumirá en la gestión.

La construcción del ideario compartido es el momento en que los líderes que habrán de conducir la propuesta de cambio deben acordar, a nivel del sistema local de salud, el paquete valorativo que dé direccionalidad y rumbo a sus organizaciones. Los propósitos planteados en los capítulos previos, al igual que las aperturas de programas y sus especificaciones, serán motivo de los acuerdos.

Las decisiones respecto al qué hacer y cómo hacerlo que surjan posteriormente, se verán facilitadas en la medida que contribuyan a alcanzar y concretar la misión. Una vez adoptado el ideario, hay que ser perseverante y coherente hasta obtener frutos.

La intención es conseguir que un número importante de personas, del sector y extrasectoriales así como de otras organizaciones sociales y comunitarias, compartan el criterio de la necesidad del cambio y lleguen a un acuerdo acerca de su direccionalidad.

Se estima que la tarea de definición de un ideario compartido generará expectativas positivas que facilitarán la gobernabilidad del sistema. Es necesario despejar toda duda acerca de las intenciones del gobierno.

El proceso de cambio no termina con la construcción del ideario común o la elaboración de un esquema. La cuestión es llevar ideas e intenciones a la práctica pro-

fesional, institucional y social, pero el ideario pareciera un paso ineludible.

Un alertamiento particular para los grupos de conducción es el referente a las condiciones básicas o fundamentales de los sistemas locales de salud, en lo que hace a la decisión política de las estructuras mayores para descentralizar y dar apoyo al desarrollo local, en la figura de la unidad política y técnico-administrativa responsable por la conducción local, que interesan no solo al inicio sino a lo largo de todo el proceso de consolidación y desarrollo.

Es crucial en ese sentido, lo referente a la búsqueda de acuerdos políticos, de adhesiones, de elaboración de códigos compartidos, de nivelación de conocimientos, de precisiones conceptuales, de construcción de sustentos legales y estructurales, de estabilidad de funcionarios y espacios de acción, etc., tal como fuera planteado previamente.

Debe recordarse que el despegue para el desarrollo de un sistema local de salud, requiere la acción sinérgica de varios factores, actuando en forma simultánea. Una adecuada legislación es un componente necesario pero no suficiente para desencadenar y consolidar un sistema local, pudiendo requerir de tiempos muy dispares a los necesarios para delimitar territorios y poblaciones o para la gestión de los fondos económicos en un proceso descentralizado.

En algún momento estos procesos deben confluir para alcanzar el despegue del sistema local y de ahí en adelante hay que sostenerlo en el tiempo. Esto significa que la viabilidad es siempre inestable, lo cual pone a todo sistema local de salud en situa-

ción de vulnerabilidad, máxime en contextos como los de nuestros países en América Latina, con gran aceleración de cambios políticos e institucionales, donde se modifican frecuentemente concepciones, actores y contextos.

Un factor particular de riesgo está vinculado con los procesos de delegación de autoridad, tanto de los sistemas mayores respecto al sistema local como internamente dentro de este, tal como se dan en la práctica, en la que los poderes centrales retoman arbitrariamente la autoridad delegada o bien abdican en forma absoluta sus responsabilidades centrales para el sostenimiento y apoyo político, técnico y financiero, que necesariamente es requerido por el sistema local o instancia de decisión, dejando a los grupos de conducción, según sea el caso, librados a su propia suerte.

Como se dijo en capítulos anteriores, descentralizar significa principalmente transferir funciones, pero también poder, dinero y capacidades y este proceso debe ser refrendado y sostenido.

Entender y aceptar las organizaciones y programas modernos como entidades complejas y dinámicas, es fácil y todos lo afirman, pero conducir y hacer en la complejidad y el dinamismo no resulta sencillo ni habitual.

Parece una tarea imposible describir en cada caso particular qué es lo que se debería hacer al momento de decidir la acción en un sistema de salud, sin embargo existen lineamientos generales que deben ser puestos en práctica por aquellos encargados de promover y dinamizar el cambio.

Para hacer las cosas, los gerentes deberán tener algunas **premisas claras** acerca del trabajo que habrán de promover.

Para los **Proyectos UNI** ("Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de

la Salud"), se propone en sus documentos de base para la acción, las siguientes premisas que resultan muy aplicables en los escenarios de los sistemas locales de salud:

□ **Protagonismo activo** de los distintos actores que tengan que ver con los procesos, desde la identificación de los problemas, hasta las propuestas resolutorias, la acción y el control.

□ **Paralelismo y simultaneidad de acciones**, o sea ataque simultáneo a varios problemas priorizados y conformación de diversos grupos para ello, implementando un abanico de acciones en respuesta a la multicausalidad de los problemas, sin fragmentación del trabajo global por distinciones o categorías conceptuales.

□ **Gradualismo**, en el sentido de intensidad relativa de las acciones, en forma creciente, por pasos, de lo simple a lo complejo tanto para afrontar la causa del problema como para la acción.

□ **Interdisciplina**, que aporte distintas visiones de la naturaleza de los problemas y de las acciones para la resolución de los mismos.

De lo que se trata es de un cambio de paradigma en la administración de sistemas y servicios de salud, orientando la estrategia hacia la formación de los profesionales de la salud. Los paradigmas son entendidos como ideas y valores que se consolidan en una cierta coyuntura histórica para una determinada disciplina científica y que son utilizados como modelos únicos para analizar la realidad.

Se propone como ideas centrales para la innovación y el cambio en el campo sanitario, algunas estrategias básicas para la implementación, entre las que se mencionan:

□ **Compromiso y desarrollo de liderazgos.**

- Participación y fortalecimiento de las organizaciones comunitarias vinculadas con la salud.
- Trabajo en equipo multiprofesional.
- Priorización de actividades según los intereses de la población, los usuarios y los servicios.
- Trabajo en red.
- Negociación.
- Desarrollo de la gerencia de instituciones, programas y proyectos y de los procesos de planificación y evaluación.
- Comunicación abierta.
- Capacitación del personal que está en funciones y de todas las nuevas incorporaciones.

Como puede observarse, estas estrategias coinciden con las aperturas programáticas presentadas en los capítulos previos, en particular con las correspondientes a la capacidad y desarrollo organizacional y gerencial que fueran escogidas y son los propios métodos de trabajo, las principales formas de poner en efecto estas premisas y estrategias en el proceso de desarrollo de un proyecto.

Pero la estrategia mayor de los proyectos UNI para producir el cambio está en las coaliciones: "Para que la sociedad como un todo obtenga el mayor beneficio posible en un momento dado en términos de salud, hay necesidad de coaliciones entre los tres componentes del programa (academia/servicios/comunidad); entre las varias profesiones de la salud (medicina/enfermería/odontología, etc.) y entre la clínica, la epidemiología y la gerencia (coalición clínico/epidemiológico/ gerencial). Las coaliciones representan los principales movimientos de

síntesis que hay que construir dentro de los proyectos."\*

El meollo de esta estrategia de cambio está en el unir o ligar a personas frente a objetivos comunes en el respeto mutuo, ya que la gestión se sostiene sobre el compromiso de la gente, sobre su pertenencia y sobre la individualidad de sus integrantes y no sobre su disolución, alienación, manipulación o masificación.

Un mérito muypreciado de estos proyectos es el esfuerzo de capacitación que han llevado a los sistemas locales de salud, en el entendimiento de que para crecer, las instituciones han de utilizar a pleno su potencial de aprendizaje con el fin de saber hacer mejor, teniendo en cuenta que las organizaciones se legitiman no solo por sus objetivos sino principalmente por sus resultados.

Paulo Motta define la estrategia como la dimensión emprendedora de la organización, a través de la que se expresa su capacidad de renovación y crecimiento para las operaciones o la acción y propone que para "hacer" estratégicamente, hay que tener en cuenta aspectos tales como:\*\*

- Análisis y cuestionamiento permanente del propósito final de la empresa o de su misión socioeconómica.
- Fijación de objetivos en función del propósito, de los valores, de la disponibilidad de recursos y de las relaciones con el ambiente.

---

\* Kisil M. y Chaves M. **Programa UNI, Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de Salud**; Battle Creek: Fundación W.K. Kellogg, 1994.

\*\* Motta P.R. **Gestao Contemporânea: A Ciencia e a Arte de Ser Dirigente**. Editora Record, Río de Janeiro, 1991.

□ Definición de los medios y estrategias según un proceso gerencial que valore la iniciativa, la proacción, el análisis racional, la visión económica, así como la intuición, la adaptación, la reacción y la decisión política.

Para conseguir un objetivo común se necesita la colaboración de otros; cuanto más compleja la acción, más necesidad de colaboración. Si la acción es muy compleja y en gran escala, como es el caso de los sistemas locales de salud, exige la coordinación y articulación de un gran número de personas y de intereses. En esos casos la gerencia requiere de otros enfoques, particularmente por los cambios que se vienen produciendo en:

- El intercambio con el ambiente.
- La participación en las decisiones.
- La atomización de las organizaciones, producto de la descentralización.
- La difusión más abierta de la información.
- La aceleración del cambio contextual.

También sugiere que en una gerencia con criterios estratégicos hay que aprender a convivir con la ambigüedad y lo ilógico. En consecuencia, para tomar decisiones hay que:

- Asumir la imprevisibilidad.
- Reducir los horizontes de tiempo.
- Aceptar nuevas demandas públicas.
- Aceptar la sorpresa tecnológica.
- Someter las decisiones a criterios sociales.

Hay que estar prevenido contra los engaños de la racionalización, del sentido común, de las analogías, de lo obvio, de las tramas del poder.

Para actuar frente a la complejidad y el dinamismo, es necesario incorporar otras visiones, hay que hacer nuevos amigos (a veces separarse de los antiguos), hay que traer otras disciplinas al análisis de la realidad. Hay que aprender a diferenciar y a hacer distinciones. Debe comprenderse que lo bueno y lo malo no van en bloques tan diferenciados, que hay fortalezas y debilidades concomitantes, que las diferencias son sutiles y que a veces la mayor debilidad está en las propias fortalezas que vuelven rígidas las concepciones y estructuras para el cambio.\*

Siguiendo a Motta, hay que tener flexibilidad, esto es:

- Aceptar la imposibilidad de consensos absolutos.
- Reconocer futuros alternativos.
- Aceptar la posibilidad de la multiplicidad de objetivos.
- Aceptar las contradicciones y comprenderlas, sin que esto signifique la síntesis de contradicciones sino la convivencia.
- Saber y hacer en el desorden.
- Ser continente de los problemas.

En un ambiente en rápido cambio, hay que enfrentar riesgos, lidiar con la incertidumbre, convivir con la ambigüedad y el cambio repentino. De ahí que con frecuencia, si lo que se busca es cambiar, se intente reprimir la incertidumbre con líneas de

---

\* Sobre este tema, véase Manual No. 1 de esta Serie.

acción nada recomendables tales como:

- Incrementalismo (hacer más de lo mismo).
- Reconciliación con el pasado (lo que se hacía antes era mejor).
- Disociación planificación - ejecución (unos piensan, otros hacen).
- Planificación por mini-análisis (ignorar el todo).
- Definición de objetivos en forma amplia e imprecisa (si no se sabe a dónde ir, cualquier camino es bueno).
- Atención de la coyuntura (solo evitar males y no intentar objetivos de cambio).

Por último, en una visión estratégica es fundamental, por un lado, tener en cuenta el uso racional del tiempo, como uno de los recursos más escasos, y de las oportunidades que en él aparecen, en el entendimiento que se aprovechan cuando se dan, o bien se pierden. En ese sentido el presente adquiere otra dimensión, en función de la proyección y construcción del futuro. Por otro lado, es relevante la consideración de "los otros" significativos, ya sea por su adhesión o por su oposición al ideario.

Desde otra vertiente, la empresarial, los **enfoques centrados en la calidad** proponen estrategias y líneas de acción muy similares a las planteadas precedentemente, y que son tomadas para su aplicación en la gerencia dentro del campo sanitario, por ejemplo por la "Joint Commission of Hospital Accreditation".\*

El tema de la calidad es reconocido con distintos nombres: calidad total, mejoramiento continuo de calidad (CQI), gerencia de calidad total (TQM). Vale la pena aclarar

que el concepto de calidad es diferente que el tradicionalmente acuñado por la atención médica y vinculado a la auditoría o al monitoreo de la atención efectuado exclusivamente por profesionales médicos. En realidad se trata de un nuevo enfoque o teoría de la administración empresarial, en la que todos los miembros de la organización en los distintos niveles son verdaderos "gerentes o custodios" de la calidad de los procesos de producción y sus resultados parciales o finales.

Esos enfoques de calidad levantan prioritariamente la cuestión del liderazgo y su compromiso con el cambio, con el concepto de calidad, con la importancia de los sistemas y procesos, y por supuesto, con los usuarios.

Los expertos afirman que el mejoramiento efectivo de la calidad requiere compromiso importante e involucramiento de los que están ejerciendo liderazgo, bajo el supuesto de que si el cambio no es promovido por ellos, difícilmente se producirá.

Los líderes deben entender los principios relativos a calidad y construir a partir de ellos la misión de la organización. Deben comprometerse con conceptos tales como: "empowerment" (en el sentido de fortalecimiento y participación), satisfacción de las expectativas de los clientes, comprensión de procesos e instrumentos para el cambio, educación del personal en la filosofía del cambio, estímulo a la comunicación y espíritu de respeto entre el personal de todos los niveles. Definida la misión, deben formular el plan general y no hacer pequeños planes, deben definir objetivos y productos de los macro-procesos.

Algunas de las definiciones de calidad propuestas por los entendidos en el campo empresarial pueden ayudar a precisar su orientación valorativa.

\* Para mayores informaciones véase Manual No. 9 de esta Serie.

W. Edwards Deming vincula la calidad con: "Reducción en la variación (respecto de lo producido), como base de un mejoramiento continuo, sin fin... Otros componentes de la calidad incluyen: el orgullo del trabajo humano, profundo conocimiento y profunda habilidad.... Es necesario separar conformidad del usuario de conformidad con especificaciones (diseño) y dar satisfacción a ambas".

Joseph M. Juran dice: "Ajustado al uso; hay dos componentes de ese ajuste: características del producto o servicio que satisfagan las necesidades del cliente y libre de deficiencias... Para entender la calidad es necesario conocer en detalle el significado de satisfacción e insatisfacción en relación a un producto. La satisfacción del usuario es solo una parte: 'pequeña calidad'; para tener una visión completa de la 'gran calidad' hay que tener en cuenta el punto de vista de todos los afectados por la producción y venta, así como los servicios de comercialización y apoyo, de los bienes y servicios."

Philip B. Crosby propone para la calidad: "Conformidad con los requerimientos y hacerlo bien la primera vez; el estándar para esa conformidad es: defecto cero".

El mejoramiento de la calidad tiene puesto su foco en los usuarios y en las relaciones prestador-cliente, tanto internas como externas; los pacientes y sus familias en este esquema, no son los únicos clientes: cuando un especialista solicita un estudio o una interconsulta, su rol es el de cliente y quien brinda el servicio es el prestador.

Pensarlo de esa forma otorga a los procesos mayor complejidad, ya que se requiere no solo identificar a los "clientes" sino que es necesario comunicarse con ellos, conocer sus preferencias y sus expectativas. La apreciación de esas relaciones es básica para entender el concepto de calidad. Es necesario un estudio detallado de esas relaciones,

si existe el compromiso del mejoramiento de la calidad.

La conformidad con los requerimientos de los pacientes es central en los enfoques de calidad, pero no se limita únicamente a eso. Es necesario pues calar en cada uno de los procesos y en toda su dimensión, reducir las insatisfacciones de los diferentes actores involucrados, hacerlo con profundo conocimiento y habilidad, hacerlo bien la primera vez sin repeticiones y sin defectos, de acuerdo a diseño, ajustado estrictamente a lo necesario y suficiente, con estabilidad en la producción salvo las variaciones que se requieran para un mejoramiento continuo.

Dentro de estos enfoques, es importante la idea de que el mejoramiento de los procesos y los sistemas es más relevante que las acciones tendientes al mejoramiento del desempeño de las personas. Los líderes deben entonces entender el funcionamiento de los sistemas y sus procesos; ese conocimiento no es solo cuestión de sentido común o de intuición, sino que "requiere estudios detallados y precisos".

Otro factor importante para el desarrollo de los enfoques de calidad es el involucramiento del personal y el trabajo en equipo. Para ello se requieren también actividades de entrenamiento y promoción, a fin de facilitar la aplicación de dichos conceptos en la acción cotidiana.

Para que los grupos funcionen es necesario tener un lenguaje común acerca de calidad, debe haber una atmósfera de cooperación y confianza y los trabajadores deben ser estimulados a asumir riesgos. Es necesario un grupo responsable para eliminar los obstáculos de modo que los demás puedan trabajar con efectividad y ese grupo debe asegurar que cada uno tenga la capacitación necesaria para el mejoramiento de la calidad. Uno de los mayores beneficios es la eliminación de la competitividad. El reconocimiento del trabajo bien hecho, que redunde en el orgu-

llo por lo producido, es una función que el liderazgo debe ejercer.

El cambio exige una ardua tarea para su implementación. Las etapas de la implementación del cambio, dentro de los enfoques centrados en la calidad, son:

- Sensibilización de los líderes.
- Compromiso de los líderes.
- Capacitación gerencial.
- Adecuaciones estructurales, en particular la constitución de un grupo de líderes, para dinamizar el cambio.
- Establecimiento de prioridades, selección y priorización de áreas.
- Desarrollo de proyectos en áreas seleccionadas.
- Diseminación de proyectos.
- Incorporación de los principios del cambio en todos los niveles.
- Cambio cultural.

El tiempo que demanda la totalidad del proceso de implementación del cambio centrado en la calidad es algo poco predecible, y seguramente será diferente según los establecimientos y sus respectivas culturas e historias; los que lo han afrontado dicen que

se necesita paciencia y persistencia, pero &2 difícilmente hay ejemplos disponibles de procesos terminados. Salvo las dos últimas etapas, un tiempo razonable podría estimarse entre dos y cuatro años; pero pueden aparecer resultados parciales antes de ese período.

Muchos de los principios y métodos de calidad han sido incorporados como estándares de acreditación hospitalaria:\*

- El rol clave de los líderes para el mejoramiento del desempeño de los servicios.
- El hecho de que la mayor parte de los problemas y oportunidades para el mejoramiento provienen de debilidades de los procesos y no de incompetencias individuales.
- La necesidad de una coordinación cuidadosa del trabajo entre departamentos y grupos profesionales.
- La importancia de recoger opiniones de los pacientes y de otros "clientes" acerca de la calidad y usar esos juicios para identificar áreas de mejoramiento.
- La importancia de establecer inteligentemente las prioridades para el mejoramiento.
- La importancia del mejoramiento del desempeño de las funciones claves y el mantenimiento de la estabilidad de estas funciones.

---

\* Sobre el tema de calidad de la atención médica, véase Manual No. 9 de esta misma Serie.

# ANEXO

## Evaluación de los sistemas locales de salud

### El significado de la evaluación

La evaluación constituye un imperativo en el mundo actual, de modo de valorar o apreciar la calidad de los bienes y servicios y de las organizaciones que los generan.

Según el significado del Diccionario de la Real Academia, evaluar es "estimar el valor de una cosa" y las acciones que detalla para eso son "estimar, apreciar, calcular".

En todos los casos, implica detenerse, distanciarse frente a la acción y pensar sistemáticamente sobre el quehacer, para identificar, explicar y comprender tanto las disconformidades, las deficiencias, los desvíos y las restricciones, como las bondades, las potencialidades, las oportunidades y las fortalezas de la ejecución y su contexto; ello se orienta a la propuesta de intervenciones para modificar, ratificar, innovar o reforzar los cursos de la acción.

Desde ese punto de vista no puede considerarse la evaluación como un proceso independiente de la programación, salvo con fines conceptuales, ya que la evaluación reinicia el ciclo diagnóstico que precede a las decisiones programadas. Es en ese sentido que evaluación y diagnóstico conforman una identidad.

Sin duda, en toda evaluación siempre hay comparación, ya sea contra sí mismo en el tiempo (antes-después) o bien contra parámetros existentes o deseables.

Las comparaciones se pueden hacer a través de mediciones y/o precisiones, siendo que medir implica comparar una cantidad contra su respectiva unidad, en lenguaje numérico, mientras que precisar significa concebir una

cosa como distinta de otra, lo cual se expresa en descripciones y juicios en lenguaje verbal (no por ello menos riguroso). El proceso evaluativo supone la emisión de un juicio valorativo fundamentado.

La evaluación adquiere distintas formas en función de diversos factores: la naturaleza del sujeto-objeto a evaluar, el nivel de análisis (escala), el punto de vista del evaluador (carácter), la instrumentación (detalle), el contexto en que se desarrolla y la audiencia a quien va dirigida.

Ya se hizo referencia en capítulos anteriores a la naturaleza compleja de los sistemas locales de salud, tanto para la programación como para la evaluación, como también se mencionó la diferencia entre el nivel de análisis macro y los niveles intermedios o micro, como pueden ser los establecimientos o los programas específicos.

Uno de los principales problemas de la evaluación lo constituye el punto de vista del evaluador, en términos de la subjetividad que este puede incorporar a sus juicios valorativos. Como en toda actividad cognitiva o perteneciente a disciplinas de la ciencia, la evaluación debe procurar un máximo de objetividad y, por ende, de comunicabilidad; pero ese requerimiento no debe ser confundido con la obligación de cuantificar, ya que muchas veces la sola adjudicación de un valor numérico a un juicio, no garantiza su objetividad.

La participación de los diversos actores involucrados en los procesos de gestión, particularmente de los beneficiarios, es un modo de superar las subjetividades individuales de un evaluador o un equipo de evaluadores, introduciendo lo que se denomina



un "campo epistemológico de intersubjetividad"; de modo que desde un punto de vista filosófico, la evaluación participativa, al igual que la programación participativa, tiene fundamentos no solo éticos, en el sentido de respeto a los derechos humanos de ciudadanía, sino también epistemológicos, en el sentido de superar la subjetividad individual en la generación de conocimientos.\*

### Los abordajes evaluativos

En general, en el campo de las ciencias sociales y en particular en la investigación evaluativa, existen polémicas referidas a los métodos de investigación/evaluación cuantitativos y cualitativos. Suele caracterizarse esa disputa metodológica como un choque básico entre distintos paradigmas epistemológicos: el paradigma cualitativo y el paradigma cuantitativo.\*\*

Sin entrar en la polémica ni en detallar las polarizaciones (que en general constituyen falacias) de las características esquematizadas para ambos paradigmas, cabe sí aclarar que dentro del marco de la evaluación, no se consideran contradictorios los abordajes cuantitativos y los cualitativos, por el contrario puede resultar beneficioso emplear conjunta y complementariamente ambos métodos.

En ese sentido, es aconsejable aplicar el criterio de la triangulación a través de operaciones convergentes, en el sentido de síntesis y complementación metodológica, para procurar:

- Mayor confiabilidad de la información obtenida.
- Mayor entendimiento de los fenómenos bajo estudio.
- Reducir los sesgos propios de cada técnica.
- Más adecuada validación de las apreciaciones evaluativas.

La metáfora de la triangulación se deriva del uso, con fines militares o de navegación, de múltiples puntos de referencia para identificar con mayor precisión la posición de un objeto alejado. En las ciencias sociales (y también en las "duras") se intenta algo similar: mejorar la exactitud o precisión de los juicios y aumentar la confiabilidad de los resultados a través de la recolección de datos sobre el mismo fenómeno, desde diferentes perspectivas y/o con distintas técnicas.

Por otra parte, en un sentido más amplio, debe tenerse en cuenta que el rigor científico no se limita a la elección de las técnicas o a determinar los pesos relativos de los métodos cualitativos y cuantitativos, sino que depende más de la calidad de las decisiones que los investigadores/evaluadores adoptan a lo largo de los diferentes momentos por los que se atraviesa en el proceso de investigar o de evaluar.

Las decisiones y el rigor que se aplique en la definición del problema a investigar o evaluar, la elección y explicitación del marco conceptual de la evaluación, la generación de hipótesis, la elección de técnicas y su aplicación en el trabajo de campo, y el análisis e interpretación de los

---

\* Porzecanski, T. **El Trabajo de Campo y las Técnicas Cuantitativas y Cualitativas de Investigación**. Fichas de capacitación, Serie A, No. 68, CLAEH, Montevideo, Uruguay, 1988.

\*\* Cook T.D. y Reichardt Ch. S. **Métodos Cualitativos y Cuantitativos en Investigación Evaluativa**, Ediciones Morata, Madrid, 1986.

<b>Paradigma cualitativo</b>	<b>Paradigma cuantitativo</b>
<b>Fenomenológico</b>	<b>Positivista - empírico</b>
<b>Ciencias sociales</b>	<b>Ciencias naturales</b>
<b>Inductivo</b>	<b>Deductivo</b>
<b>Subjetivo</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Lenguaje verbal</b>	<b>Lenguaje numérico</b>
<b>Comprende sentimientos, motivos internos</b>	<b>Cuenta, mide</b>
<b>Perspectiva desde adentro (punto de vista de los actores)</b>	<b>Perspectiva desde afuera (punto de vista del observador)</b>
<b>Orientado a procesos</b>	<b>Orientado a resultados</b>
<b>No generalizable</b>	<b>Generalizable</b>

datos y resultados obtenidos, influirán en la validez de los juicios apreciativos que permitan corroborar, precisar o rechazar las hipótesis explicativas/ evaluativas, en la comprensión del objeto de estudio, y en definitiva, en las posibilidades de intervenciones adecuadas que permitan modificar la situación evaluada.

Conviene aclarar la distinción entre abordajes o técnicas cualitativos o cuantitativos, por un lado, y los datos o información cuantitativos o cualitativos por otro, ya que en muchas oportunidades se introducen confusiones al respecto.

Tal vez sea con ejemplos como mejor puede comprenderse esa distinción: un abordaje como la encuesta de satisfacción de los usuarios recoge opiniones (datos cualitativos) con una técnica estadística, cuantitativa, que resultará en una serie de números y porcentajes de frecuencias de respuestas que se presentarán en tabulados organizados y que permitirán la emisión por parte de los investigadores de juicios valorativos fundamentados (sobre bases estadísticas); este ejemplo se refiere a un abordaje cuantitativo, que trabajó con información cualitativa (opiniones).

Cuando en los servicios de salud se evalúa la calidad de la atención, entre otras cuestiones debe tenerse en cuenta la existencia, adecuación y aplicación de normas de atención; las normas constituyen datos cualitativos; el estudio de la adecuación de los contenidos normativos requiere un abordaje cualitativo realizado por expertos o especialistas en el tema sobre el que se normatizó. Para evaluar el grado en que se aplican las normas por parte del personal es posible la aplicación de técnicas estadísticas, ya sea a partir de registros o de encuestas, o bien podría realizarse por mecanismos cualitativos, como la observación participante, informantes claves, o por ambas formas combinadas.

Es conveniente advertir sobre las dificultades de los estudios que combinan abordajes cuantitativos y cualitativos, sobre todo debido al costo y al mayor tiempo que insumen; por otro lado no hay suficiente experiencia en estudios que procesen información recogida de esa forma, por lo cual debe darse mucha importancia a la idoneidad de los que finalmente tienen que compatibilizar y analizar la información recogida, de modo de permitir la emisión de juicios valorativos debidamente fundamentados; es aconsejable prestar mucha atención

al perfil y la experiencia de esos profesionales y también sería mejor que fueran "exter-nos" al sistema por evaluar.

### **Las técnicas evaluativas**

Teniendo como base el mencionado criterio de triangulación a través de operaciones convergentes, la propuesta evaluativa para sistemas locales de salud deberá seleccionar los indicadores y las técnicas más apropiadas en cada caso, así como detallar las fuentes donde las mismas se aplicarán para obtener la información relevante.

A continuación se presenta un listado de las distintas técnicas propuestas, clasificadas en dos grandes ítems según se trate de análisis de información secundaria (disponible y eventualmente procesada) o relevamiento y análisis de información primaria (especialmente recolectada).

#### **Sistematización y análisis de información secundaria**

□ Información cuantitativa: estadísticas demográficas y sociales, vitales, sanitarias, de recursos, de producción, económicas, presupuestarias, de costos, encuestas de hogares, estudios de pobreza, etc.

□ Información cualitativa: análisis de contenido de legislación, normas, discursos, programas, mensajes comunicacionales, estructuras de recursos humanos, estatutos, escalafones.

#### **Relevamiento y análisis de información primaria**

□ Entrevistas a informantes clave:

- decisores políticos;
- jefes de abastecimiento;
- jefes de personal y/o recursos humanos;
- jefes de administración y/o ejecución presupuestaria;
- representantes del sector informal;
- directivos de instituciones u organizaciones extrasectoriales.

□ Encuesta a la población con muestra representativa, sobreutilización, satisfacción y gasto en servicios de salud.

□ Talleres con aplicación de cuestiona-rio a:

- personal de conducción (equipos técnicos centrales, jefes de áreas sanitarias, responsables de programas, directores de entidades del seguro y establecimientos;
- jefes y profesionales de los servicios de salud de distintos niveles.

□ Taller de confrontación (también inclu-ye cuestionarios), entre grupo de personas con cargos de conducción, grupo de profesionales y técnicos y grupo de representantes o miembros de la comunidad.

□ Taller de análisis de procesos decisio-rios, con personal de funciones gerenciales y otros vinculados a un programa seleccionado con criterios específicos.

□ Taller de análisis de relaciones inter-institucionales, con personal del sector salud, de otras áreas de gobierno y de organizaciones sociales intermedias y comunitarias.

□ Observación directa de los evaluadores en los servicios de salud, para la apreciación complementaria de aspectos específicos.

□ Estimaciones y juicios de expertos, fundamentalmente sobre temáticas específicas donde existe poca o nula información secundaria y para validar alguna información existente u obtenida por otras vías.

## Evaluando en los sistemas locales de salud, ¿qué evaluamos?

Hasta aquí se puso énfasis en el "cómo" evaluar, pero interesa también referirse al "qué" evaluar en relación con los sistemas locales de salud; en ese sentido debe aclararse que el "qué" de la evaluación puede ser visto como la imagen especular de los contenidos de la programación (o sea, en orden inverso), ya que el programador parte de resultados a alcanzar, luego plantea los procesos requeridos para lograrlos y finalmente establece los requerimientos estructurales para el desarrollo de los procesos, en tanto el evaluador habitualmente inicia su tarea analizando los avances en el desarrollo de los aspectos estructurales, luego de los procesos y finalmente de los resultados.

De allí que las tres dimensiones consideradas para la evaluación de los sistemas locales de salud son las ya explicitadas en los capítulos anteriores:

- Capacidad y desempeño organizacional y gerencial.
- Capacidad y desempeño técnico asistencial.
- Capacidad y desempeño social.

La hipótesis es que los resultados de los sistemas locales de salud, entendidos como

capacidad y desempeño social o retorno del sistema, depende de la interacción apropiada entre lo organizacional y gerencial y lo técnico-asistencial, reflejado en el equilibrio y armonía de sus desarrollos en un contexto determinado.

La utilización de los conceptos "capacidad" y "desempeño" hacen referencia, el primero a aspectos más estructurales y el segundo a aspectos más procesuales de las respectivas dimensiones. Además, puede decirse que la primera de las dimensiones hace globalmente referencia a cuestiones estructurales de los sistemas locales, la segunda a los procesos que constituyen el meollo de la misión de los sistemas, y la tercera a sus resultados e impactos en términos de "retorno social".

Es decir, que el modelo evaluativo que se propone para los sistemas locales de salud incorpora la conocida visión de Avedis Donabedian para la evaluación de los servicios: estructuras, procesos y resultados. Pero como se verá en el detalle posterior, las aperturas conceptuales son de diferente índole.

Para cada una de esas tres dimensiones se especifica a continuación las subdimensiones y principales **variables observables (indicadores)**, considerados relevantes desde el punto de vista evaluativo, incorporando en cada caso las técnicas recomendables para recoger la información requerida, así como las fuentes de dónde obtenerla.

Esta síntesis procura entonces detallar no solo el qué evaluar sino además el cómo hacerlo, proveyendo así un modelo evaluativo para los sistemas locales de salud, que se habrá que adaptar a las peculiaridades de cada escenario específico.

## Un modelo evaluativo para los sistemas locales de salud\*

### Capacidad y desempeño organizacional y gerencial

#### Aptitud para la conducción del sistema

##### 1. Condiciones para la conducción autónoma del sistema local

Existencia de normas jurídicas que respalden la gestión autónoma: autoridad local en materia decisoria en salud.

**Técnicas:** Análisis de contenido.

**Fuentes:** Constitución, cartas orgánicas, leyes, decretos.

#### *Unidad de conducción*

Ámbito de competencias y funciones en el sector salud (concentración/dispersión)  
Dependencia jurisdiccional de los efectores.

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Análisis de contenido. Mapeo de establecimientos.

**Fuentes:** Organigramas, misiones y funciones, estructuras orgánicas.

#### *Autonomía económico-financiera*

Peso de los recursos externos (del sistema mayor) en relación a los recursos totales en salud.

Aplicación de recursos externos (del sistema mayor) a programas verticales o a programas propios.

Existencia de programas que generen recursos genuinos.

**Técnicas:** Análisis presupuestario. Análisis de información secundaria. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Presupuestos. Memorias anuales. Programa presupuestario local. Documentos programáticos del sector salud en el nivel nacional. Responsables de la administración y ejecución presupuestaria (informantes/participantes del taller).

*Actitud de los decisores respecto del ejercicio de sus facultades autónomas (reafirmación pública de la autonomía local/rol del subsector público)*

**Técnicas:** Entrevistas. Análisis de contenido.

**Fuentes:** Decisores. Declaraciones y documentos públicos.

##### 2. Capacidad de gerencia

*Adecuación institucional en relación con el desempeño de las funciones gerenciales:*

Existencia de áreas funcionales claves.

Espacios institucionales de articulación entre niveles.

Actualización/obsolescencia de la estructura orgánica.

**Técnicas:** Análisis de contenido. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Estructuras orgánicas, misiones y funciones, convenios, reglamentaciones, estatutos y escalafones. Decisores de distintos momentos y directores de áreas.

---

\* Moreno E., Nirenberg O., Perrone N. y colaboradores. **Desarrollo de un Modelo Evaluativo para Sistemas Locales de Salud**. Cuaderno de CEADEL No. 20; auspiciado por el International Development Research Center (IDRC), Ottawa, Canadá.

*Desarrollo de recursos humanos a nivel gerencial*

Capacitación (tipo y nivel alcanzado) de los gerentes.

Sistema de capacitación gerencial.

Mecanismos de reclutamiento y recambio de los cargos.

Criterios de interdisciplina para la cobertura de cargos.

Estabilidad y continuidad en las funciones.

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Programas de capacitación, estatutos, escalafones. Directores de áreas de desarrollo de recursos humanos, gerentes.

*Desarrollo de la función gerencial en los distintos niveles*

Adecuación de decisiones estratégicas a demandas y necesidades del contexto local. Adecuación de los procesos de administración de recursos.

Negociación y administración de conflictos. Liderazgo.

Aptitudes para la innovación.

**Técnicas:** Mapeo de actores relevantes.

Taller de análisis de procesos decisorios.

**Fuentes:** Participantes del proceso de formulación, ejecución y control de planes, programas e instituciones a seleccionar.

**3. Idoneidad del sistema de comunicación institucional y social (Adecuación de los procesos y recursos comunicacionales al desempeño y desarrollo del sistema)**

Asignación de la función comunicacional en las estructuras institucionales.

Componentes comunicacionales en los programas.

Correspondencia entre contenidos, modalidades y destinatarios. Oportunidad. Comunicación para estrategias poblacionales.

Difusión de los resultados de la gestión. Alcance y destino.

**Técnicas:** Análisis de contenido. Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Material de difusión. Programas y estructuras.

**Ordenamiento y gestión organizacional****1. Organización del sistema***Evolución del peso relativo de los subsectores en la conformación del sistema.*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario. Entrevistas a informantes clave. Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Gerentes de distintos niveles. Decisores de distintos momentos. Estadísticas de salud (catastros, producción etc.).

*Distribución geográfico-poblacional de las organizaciones sectoriales*

**Técnicas:** Análisis de cartografía.

Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Mapa de efectores, mapas poblacionales. Estadísticas demográficas.

*Evolución del ordenamiento regionalizado de los subsectores*

Criterios, funciones, unidades político-administrativas, unidades de operación.

Relación de la regionalización del sector con la de otros sectores.

**Técnicas:** Análisis de cartografía. Análisis de información secundaria. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Mapas por regiones. Memorias y documentos relativos a la organización de los distintos subsectores. Gerentes de distintos niveles y subsectores.

#### *Alcance del proceso de descentralización*

Roles centrales/roles locales: grado de autonomía decisoria alcanzado a nivel regional, local e institucional; facultades y competencias transferidas:

- Identificación de problemas y decisión sobre objetivos de acción en las instancias locales.
- Capacidad de decisión sobre recursos y procesos administrativos claves.
- Capacidad de regular y controlar las acciones de los actores involucrados.
- Inclusión del enfoque participativo en el proceso de descentralización.

**Técnicas:** Análisis de contenido. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario. Taller de confrontación.

**Fuentes:** Leyes y reglamentos sobre competencias, documentación de programas. Directores de áreas, de hospitales, de áreas de salud del gobierno local; representantes de organizaciones comunitarias, representantes de áreas gubernamentales vinculados con los niveles locales.

## **2. Articulación entre organizaciones, sectoriales y extrasectoriales**

*Actitud y desempeño de los principales actores respecto del trabajo conjunto.*

*Vínculos entre organizaciones:*

- Naturaleza: intercambio de información/comunicación, trabajo coordinado, coo-

perativo o colaborativo, en prestaciones y/o programas y proyectos, en docencia/investigación.

- Formalización: marco legal, existencia de convenios.
- Modalidad de adhesión: voluntariedad, flexibilidad, horizontalidad, fluidez.
- Continuidad: periodicidad y estabilidad.

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Taller de análisis de relaciones inter-institucionales. Entrevistas a informantes clave.

**Fuentes:** Convenios, documentos de programas, agenda de reuniones. Representantes de los distintos subsectores, público, privado y del seguro. Representantes de otros sectores: universidad, educación, deportes, trabajo, agricultura, obras públicas, etc.. Representantes del sector informal (medicina tradicional "folk").

## **3. Gestión participativa**

*Concepción de los decisores públicos y de los distintos actores sociales acerca de la participación en salud y de las estrategias para su desarrollo.*

*Existencia de demandas organizadas de la población en torno a problemáticas de salud. Reconocimiento y agregación de las mismas por parte del sector.*

**Técnicas:** Entrevistas a informantes clave. Análisis de contenido. Análisis de información secundaria. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Personal del sector salud. Representantes de organizaciones comunitarias e intermedias. Decisores de distintos niveles, funcionarios del subsector público. Docu-

mentos de políticas, planes y programas. Medios de comunicación y prensa.

#### *Institucionalización de la participación*

- Espacios formales e informales para la deliberación y concertación, en las instituciones y con la comunidad, en los diferentes niveles.
- Tipo de actores convocados en los espacios existentes (grados de exclusión/inclusión).
- Intervención de los actores en las etapas del proceso de deliberación y concertación (elaboración, adopción, ejecución y control de decisiones).

**Técnicas:** Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Funcionarios y técnicos de distintos niveles. Usuarios/población.

#### *Modalidades para la promoción de la participación comunitaria*

- Fomento de formas organizativas.
- Estrategias de activación de la participación comunitaria.

**Técnicas:** Análisis de contenido. Taller de confrontación.

**Fuentes:** Documentos de programas, material de comunicación y difusión, programas de capacitación; Personal del sector salud, particularmente de hospitales y centros de salud. Representantes de organizaciones comunitarias.

#### **Idoneidad económico-financiera del sistema**

##### **1. Disponibilidad y oportunidad de recursos financieros**

*Mecanismos de ejecución presupuestaria y liberación de créditos: flujo financiero.*

*Montos asignados en personal, funcionamiento, capital; relaciones entre sí.*

*Gasto per cápita de la Seguridad Social y del Estado.*

*Capacidad de pago de bolsillo de la población.*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario. Análisis presupuestario. Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Responsables de administración y ejecución presupuestaria. Presupuestos. Estadísticas económicas. Encuestas de hogares (si hay disponibles).

##### **2. Adecuación de los mecanismos de financiamiento a un modelo organizativo deseable**

*Montos y modalidades de pago por prestaciones entre los subsectores (intersectorialidad).*

**Técnicas:** Análisis de contenido. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Normas. Decisores, directores. Responsables de administración.

*Distribución de recursos financieros entre niveles de atención (integralidad).*

*Distribución de recursos financieros por áreas geográficas/población (equidad).*

**Técnicas:** Análisis presupuestario.

**Fuentes:** Presupuestos.

*Montos y modalidad de asignación de fondos a las unidades de ejecución (descentralización).*

**Técnicas:** Análisis presupuestario. Análisis de contenido. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.



**Fuentes:** Presupuestos y normas presupuestarias; Decisores, directores. Responsables de administración.

### **3. Aplicación de instrumentos económicos para la regulación del uso y de la incorporación de tecnología**

*Existencia de normas regulatorias.  
Existencia de precios regulados.*

**Técnicas:** Análisis de contenido.

**Fuentes:** Normas, acuerdos. Nomencladores de aranceles.

### **4. Modalidades de vinculación entre población, aseguradores y prestadores**

*Formas de pago y mecanismos de acreditación y control.  
Normas de contratación entre aseguradores y prestadores: integralidad, calidad.  
Pago de bolsillo/pagos adicionales.  
Dependencia de las entidades contratadas.  
Intermediaciones.*

**Técnicas:** Análisis de contenido. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Contratos. Directores de entidades del seguro y de establecimientos.

### **5. Modalidades y estructura de la programación, la ejecución y el control presupuestario**

*Metodología de programación presupuestaria.  
Capacidad de ejecución presupuestaria: porcentaje de ejecución por partidas principales.  
Niveles y mecanismos de información y control.*

*Existencia y uso de información de costos para la formulación de presupuestos.*

**Técnicas:** Entrevistas a informantes clave. Análisis de información secundaria. Análisis presupuestario. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.  
**Fuentes:** Administradores del gobierno local y del seguro. Presupuestos.

### **6. Productividad del sistema**

*Rendimiento de los recursos: cama: % de ocupación, giro, promedio de estadía; personal: consultas/médicos, pacientes día/médicos, consultas/personal total, egresos/personal total.*

*Rendimiento por niveles de atención.  
Capacidad ociosa de infraestructura y equipamiento.  
Disponibilidades: horarias, de insumos, de personal de mantenimiento.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Taller con aplicación de cuestionario.  
**Fuentes:** Estadísticas sanitarias. Directivos de áreas y establecimientos.

### **Capacidad y desempeño técnico-asistencial**

**Adecuación de los servicios de salud y de otras organizaciones sociales vinculadas, a las necesidades y demandas locales**

#### **1. Reconocimiento de las necesidades y demandas locales**

*Juicio apreciativo respecto de la información básica, fundamentalmente sobre: disponibilidad, confiabilidad, actualización, cobertura, desagregación, difusión, utilización, partici-*

*pación de los usuarios y de los servicios. En particular, de los siguientes rubros:*

#### *Análisis poblacionales y epidemiológicos*

□ Identificación de la estructura de población:

- por edad y sexo;
- por áreas geográficas y programáticas;
- por indicadores socioeconómicos (de pobreza).

□ Dinámica poblacional:

- evolución de las tasas de natalidad, mortalidad, migraciones;
- evolución de la tasa de crecimiento poblacional.

□ Estudios epidemiológicos:

- evolución de las tasas de mortalidad y morbilidad por causas;
- evolución de las tasas de mortalidad y morbilidad por causas evitables;
- evolución de las principales tasas específicas: mortalidad infantil y otras.

#### *Análisis de la demanda histórica*

□ Consultas y egresos; prácticas y estudios especializados.

□ Consultas y egresos por causas.

□ Consultas y egresos por edad y sexo.

□ Consultas y egresos por complejidad, por especialidades, por cuidados progresivos.

**Técnicas:** Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Estadísticas vitales y sanitarias. Encuestas de hogares (si hay disponibles). Estudios de pobreza (si hay disponibles).

## **2. Reconocimiento de las disponibilidades locales y del espectro de funciones y prestaciones del sistema**

*Tipología de efectores, sectoriales, de otros sectores y sociales, según naturaleza, capacidad resolutive, especialización y áreas geográfico-poblacionales.*

*Funciones y prestaciones que se brindan localmente y prestaciones de derivación externa al sistema.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Estadísticas sanitarias y catastros. Directivos de establecimientos y equipo técnico.

## **3. Correspondencia entre problemas, prestaciones y disponibilidades**

□ Normatización y articulación entre niveles de atención:

- relación entre la complejidad de la demanda y el nivel en que se la atiende;
- Proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes.

**Técnicas:** Informe pautado. Taller con aplicación de cuestionario. Entrevistas a informantes clave.

**Fuentes:** Equipos técnicos. Profesionales de los servicios de distintos niveles. Personal de nivel de conducción. Usuarios/población.

□ Balance entre necesidades/demandas y estructura de la producción histórica y potencial:

- consultas y egresos por hab/año, controles a grupos de riesgo, vacunaciones, etc, comparado contra parámetros y normas;
- idem, contra la producción potencial con los recursos disponibles, (rendimientos potenciales).

**Técnicas:** Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Estadísticas sanitarias y demográficas.

#### **4. Acompañamiento del sistema en su desarrollo histórico frente a los cambios tecnológicos y socio-epidemiológicos de la población**

*Balance entre análisis socio-epidemiológicos y respuestas y previsiones del sistema para la atención de las personas y del medio.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Estadísticas sanitarias y demográficas. Programas. Decisores de distintos momentos. Usuarios/población.

#### **Atención de la demanda espontánea, focalización de acciones en grupos poblacionales en riesgo biológico-social o con daños específicos y estrategias promocionales para la población general**

##### **1. Resolución de los problemas de urgencia, agudos y de larga evolución**

*Caracterización de la utilización en consultas de urgencia, consultas no urgentes, e internación, de acuerdo a estándares, según áreas geográfico-poblacionales.*

*Organización del sistema y de los establecimientos para la atención de los problemas de urgencia, agudos y de larga evolución:*

□ Disponibilidad horaria de los servicios en la urgencia y la atención programada y de demanda espontánea no urgente.

□ Redes de atención de especialidades y de urgencias por patologías.

□ Mecanismos para otorgamiento de turnos para la atención.

□ Disponibilidad de medios de comunicación y traslado para atención de las urgencias.

□ Acceso a medios diagnósticos y terapéuticos para la resolución de urgencias y no urgencias.

□ Disponibilidad de servicios para pacientes de larga evolución.

*Rechazos de la demanda de atención espontánea y programada:*

□ Estimaciones por parte de los servicios.

□ Apreciación por parte de los usuarios reales y potenciales.

*Modalidades de atención no tradicionales: internación domiciliaria para pacientes de larga evolución, hospital de día, cirugía ambulatoria, enfermería domiciliaria, etc. (existencia, peso relativo de la producción).*

*Captación de pacientes demandantes para su incorporación en otros programas selectivos, (ej.: para programas materno-infantiles).*

*Resolución de otras necesidades de salud y sociales acumuladas:*

□ Utilización del tiempo de pacientes en tratamiento e internación, en particular los de larga duración.

□ Captación para incorporación a otros programas sociales (educación, nutrición, vivienda, infraestructura, trabajo, etc).

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Informes pautados. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Estadísticas de producción de establecimientos. Equipos técnicos. Directores de establecimientos y servicios. Usuarios/población.

## 2. Desarrollo de programas selectivos para grupos en riesgo o con daños específicos y estrategias de prevención primordiales para la población general

*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.*

*Identificación de las áreas poblacionales de pobreza (pobres estructurales y pauperizados).*

*Aprovechamiento de recursos sociales (escuelas, clubes, centros comunitarios, etc.)*

*Desarrollo central y local de la vigilancia epidemiológica:*

□ Existencia y vigencia estructural de la función epidemiológica en los niveles central y local.

□ Normativa epidemiológica existente.

□ Difusión y utilización de la información producida.

**Técnicas:** Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario. Análisis de información secundaria. Observación directa.

**Fuentes:** Decisores, jefes de servicios de distintos niveles, profesionales de los servicios de distintos niveles. Estadísticas

epidemiológicas. Estudios de pobreza (si hay disponibles). Normas. Evaluadores.

*Incorporación del concepto de riesgo en la programación local.*

*Programas de promoción, captación, control y seguimiento para grupos específicos de riesgo: pertinencia, índole, cobertura, destinatarios, recursos atribuidos, articulación entre sí y con otros programas sociales, de infraestructura y del medio.*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario. Entrevistas a informantes clave. Análisis de contenido. Análisis de información secundaria. Informe pautado.

**Fuentes:** Decisores, responsables de programas. Programas. Informes de avance. Equipos técnicos.

*Actividades programadas del personal médico y no médico, de los establecimientos, en la comunidad (visitas periódicas, rondas, campañas).*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Jefes y profesionales de los servicios de distintos niveles. Usuarios/población.

*Desarrollo del autocuidado:*

□ Grado de dependencia de los usuarios con el sector.

□ Acciones desde el sector salud para el autocuidado.

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario. Análisis de contenido.

**Fuentes:** Jefes y profesionales de los servicios de distintos niveles. Usuarios/población. Mensajes comunicacionales.

*Campañas comunicacionales específicas: tabaquismo, alcoholismo, hábitos alimentarios, SIDA, drogas, seguridad, accidentes, etc.*

**Técnicas:** Análisis de contenido.

**Fuentes:** Mensajes comunicacionales.

*Accesibilidad y utilización de los servicios por parte de la población en riesgo.*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Jefes y profesionales de los servicios de distintos niveles. Trabajadores. Usuarios/población.

### 3. Desarrollo de la normatización de la atención de la salud

*Características generales del proceso normativo:* promoción, generación, difusión, adecuación, control, actualización, uso de criterios de riesgo, conocimiento y uso por parte del personal respectivo; en particular para:

- Principales patologías.
- Acciones de los programas selectivos.
- Referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Aspectos administrativos del proceso de atención.
- Control de programas, proyectos e instituciones.

*Acreditación de efectores.*

*Control de calidad de las prestaciones.*

**Técnicas:** Informe pautado. Análisis de contenido.

**Fuentes:** Equipo técnico, profesionales de los servicios. Normas.

### 4. Desarrollo de la humanización y ética de la atención

*Difusión y docencia de aspectos de humanización y ética.*

Inclusión de temas relativos en programas, discursos etc.

Existencia de materiales, u otros mecanismos informativos sobre derechos y obligaciones de los usuarios.

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Profesionales de los servicios de distintos niveles.

*Trato humanizado por parte del personal de salud* (opiniones de los usuarios).

*Condiciones de privacidad y confort de los establecimientos.*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario. Observación directa.

**Fuentes:** Profesionales de los servicios de distintos niveles. Usuarios/población. Evaluadores.

*Resolución de problemas éticos:*

Existencia de comités de ética, o grupos ad hoc, en los diversos niveles del sistema.

Tratamiento de casos: temáticas, participantes, mecánica de trabajo, decisiones adoptadas.

**Técnicas:** Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario. Informe pautado.

**Fuentes:** Decisores. Jefes y profesionales de los servicios de distintos niveles. Equipos técnicos.

*Conciencia y defensa de derechos por parte de la gente:*

□ Quejas, reclamos, juicios, etc. registrados.

□ Nivel de información de los usuarios acerca de sus derechos y obligaciones.

□ Práctica del consentimiento informado para procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Profesionales de los servicios de distintos niveles. Usuarios/población.

**Suficiencia y adecuación de los recursos para la realización de las acciones requeridas**

**1. Adecuación cuali-cuantitativa de las disponibilidades de recursos humanos, de sus capacidades y compromisos**

*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.*

*Sistemas de incentivos.*

*Formas de pago a los recursos. Niveles remunerativos.*

*Niveles de ausentismo.*

*Atrición/rotación del recurso humano.*

*Múltiple pertenencia/tiempo de dedicación profesional.*

**Técnicas:** Informe pautado. Análisis de información secundaria. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Equipos técnicos. Instituciones formadoras. Directores de recursos humanos, de personal, de estadísticas. Directores de establecimientos. Profesionales de los servicios de los distintos niveles.

**2. Adecuación de los insumos y del sistema de producción y suministros**

*Existencia de comités y normativas para compras y suministros (ej. medicamentos, vademecum por niveles).*

*Descentralización/centralización 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.*

**Técnicas:** Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario. Análisis de contenido.

**Fuentes:** Equipos técnicos. Directores de establecimientos de distintos niveles. Jefes de abastecimiento. Profesionales de los servicios. Programas. Normas.

**3. Adecuación de los recursos físicos - tecnologías de equipo y planta**

*Mantenimiento/obsolescencia de los establecimientos.*

*Funcionalidad/seguridad/confort de las plantas y del equipamiento de obra.*

*Disponibilidad de equipos para la arquitectura e ingeniería hospitalaria.*

*Estado, funcionamiento y mantenimiento de los equipos (asistencial, mobiliario y automotores).*

*Disponibilidad de equipos claves.*

**Técnicas:** Informe pautado. Observación directa.

**Fuentes:** Equipos técnicos y de ingenieros y arquitectos. Profesionales de los servicios de distintos niveles. Evaluadores.

#### **4. Adecuación de las combinatorias de recursos a la especialización funcional de las organizaciones**

*Exceso/defecto de recursos entre sí, en relación con las complejidades de los establecimientos y de las prestaciones realizadas y requeridas.*

**Técnicas:** Análisis de información primaria y secundaria.

**Fuentes:** Combinatoria de informaciones recolectadas.

#### **Capacidad y desempeño social**

**Resultados logrados en equidad, en términos de cobertura y acceso**

**1. Desarrollo de la extensión de la cobertura geográfico-poblacional, prestacional, de recursos y financiera en relación con los requerimientos sociales de las distintas áreas sanitarias**

*Cobertura de recursos humanos y de prestaciones por áreas sanitarias.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Estadísticas sanitarias.

*Distribución del gasto en salud por área geográfica.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Entrevistas a informantes clave.

**Fuentes:** Estadísticas sanitarias. Decisores, directores de áreas, administradores.

*Cobertura de los programas maternoinfantiles, comparados con madres y niños por áreas geográficas. Juicio sobre acceso de los programas a los grupos vulnerables.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria. Entrevistas a informantes clave. Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Programas. Estudios de pobreza (si hay disponibles). Encuestas de hogares (si hay disponibles). Directores y técnicos de programas. Representantes comunitarios.

*Diferencias en la cobertura de las distintas entidades del seguro.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Presupuestos y estadísticas de cobertura de entidades del seguro.

#### **2. Evolución del acceso al sistema de salud**

*Probabilidad de acceso de la población a efectores de los diferentes niveles de atención.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Estadísticas demográficas y sanitarias.

*Restricciones al acceso por coseguros o aranceles.*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Profesionales de los servicios de distintos niveles. Usuarios/población.

*Evolución de los tiempos de espera en algunos servicios en prestaciones seleccionadas (listas de espera, esperas presenciales, cantidad de números otorgados para atención, etc.).*

*Evolución de los horarios de atención en los servicios.*

**Técnicas:** Informe pautado.

**Fuentes:** Equipo técnico.

### **Efectividad social del sistema**

#### **1. Mejoramiento de la situación de salud**

*Evolución de las tasas de mortalidad general y específicas (por edad, sexo, áreas, etc.).*

*Evolución de la estructura de la mortalidad por causas.*

*Evolución de la expectativa de vida.*

*Evolución de los años útiles de vida.*

*Evolución de la mortalidad evitable.*

*Evolución de la mortalidad proporcional.*

*Evolución de la morbilidad; tasas generales y específicas (para algunas patologías y grupos seleccionados).*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Estadísticas sanitarias y vitales.

#### **2. Contribución al mejoramiento de la calidad de vida**

*Información brindada por los efectores a los pacientes o sus familiares, sobre diagnósticos y procedimientos. (Existencia de consentimiento informado).*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Profesionales de los servicios de distintos niveles. Usuarios.

*Trato personalizado, comodidad y consideración al grupo familiar, en los efectores y su personal.*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario. Observación directa.

**Fuentes:** Profesionales de los servicios de distintos niveles. Usuarios. Evaluadores.

*Confianza de la gente en el sistema para la conservación de la salud familiar y el cuidado de los enfermos.*

*Comprensión de la población acerca de cadena causal del proceso salud-enfermedad: cuidado del ambiente, del agua, de la disposición de excretas; nociones de puericultura, de la dieta, de los cuidados post-alta de los enfermos, etc.*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Representantes comunitarios/población.

*Cambios favorables generados en instituciones extrasectoriales debido a acciones sectoriales (en escuelas, en saneamiento ambiental, clubes, fábricas, etc).*

**Técnicas:** Taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Representantes de instituciones extrasectoriales. Representantes comunitarios.

#### **3. Satisfacción respecto del sistema de atención**

*Satisfacción de la gente respecto del acceso a los servicios: distancias, horarios, trámites, pagos.*

*Satisfacción de la gente respecto a la resolución técnica de la atención.*



*Satisfacción respecto del trato por parte del equipo de salud.*

*Satisfacción respecto de la información brindada por el equipo de salud.*

*Satisfacción respecto de las condiciones de comodidad y privacidad en los espacios de atención.*

**Técnicas:** Encuesta sobre muestra representativa o taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Población/representantes comunitarios.

*Satisfacción de los miembros del equipo de salud respecto del sistema.*

**Técnicas:** Encuesta sobre muestra representativa o taller con aplicación de cuestionario.

**Fuentes:** Profesionales de los servicios de distintos niveles.

## **Eficiencia social del sistema**

### **1. Eficiencia y costo/eficiencia**

*Evolución de la productividad global del sistema.*

*Evolución de la relación consultas/egresos.*

*Gasto unitario por consultas y por egresos.*

*Estructura de costos según niveles de atención (terapia intensiva, internación en cuidados moderados, ambulatorios generales y especializados, atención de primer nivel).*

*Evolución del gasto unitario de consultas y egresos según niveles de atención.*

*Evolución de la relación gasto unitario en consultas/gasto unitario en egresos.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Estadísticas sanitarias y de producción. Estudios de costos.

### **2. Evolución del costo/efectividad**

*Relación entre gasto en salud y disminución de morbilidad y de mortalidad.*

*Evolución del gasto per cápita comparado con la evolución de tasas de mortalidad y morbilidad, por áreas geográficas.*

**Técnicas:** Análisis de información secundaria.

**Fuentes:** Estadísticas sanitarias. Presupuestos.

## Bibliografía consultada

Cook T.D. y Reichardt Ch. S. **Métodos Cualitativos y Cuantitativos en Investigación Evaluativa**, Ediciones Morata, Madrid, 1986.

Kisil M. y Chaves M. **Programa UNI, Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud**; Battle Creek: Fundación W.K.Kellogg, 1994.

Ministerio de Salud de Chile. **De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual**; Santiago, Marzo 1993.

Moreno E., Nirenberg O., Perrone N. y colaboradores. **Desarrollo de un Modelo Evaluativo para Sistemas Locales de Salud**. Cuaderno de CEADEL No. 20; auspiciado por el International Development Research Center (IDRC), Ottawa, Canadá.

Motta P.R. **Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Editora Record, Río de Janeiro. 1991.

Nirenberg O. y Perrone N. **Organización y Gestión Participativas en los Sistemas Locales de Salud**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 109, Nos. 5 y 6. 1990.

Novaes H.M. **Acciones Integradas en los Sistemas Locales de Salud: Análisis Conceptual y Apreciación de Programas Seleccionados en América Latina**. Cuaderno Técnico No. 31. OPS. Washington D.C., 1990.

OPS/OMS. **Serie Desarrollo de Servicios de Salud** No. 35, 1988.

Paganini J. M. y Capote Mir R. (Editores). **Los Sistemas Locales de Salud, Conceptos, Métodos, Experiencias**. OPS Publicación Científica No. 519, Washington D.C., 1990.

Paganini J.M. y Chorny A. H. **Los Sistemas Locales de Salud, Desafíos para la Década de los 90**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 109, Nos. 5 y 6, nov. y dic., 1990.

Perrone N. y García Bates A. **Programación en Salud; Medicina Sanitaria y Administración de Salud**, Sonis y col., Tomo II, Ed. Ateneo, 1978.

Perrone N. y Nirenberg O. EN: Novaes, H.M. y Paganini, J.M. **Evaluación para el Cambio: Apreciación General y Conclusiones**, Cap. final. OPS/OMS y Fundación W.K.Kellogg, HSS/SILOS 24, 1993.

Pineault R. y Daveluy C. **La Planificación Sanitaria**. Ed. Masson.

Porzecanski, T. **El Trabajo de Campo y las Técnicas Cuantitativas y Cualitativas de Investigación.** Fichas de capacitación, Serie A, No. 68, CLAEH, Montevideo, Uruguay, 1988.

Programa de Estudios Avanzados en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud, PROAHSA; **Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios;** São Paulo, FGV/EAESP/HC/FMUSP, Ed. OPS/PALTEX.

Robirosa M., Cardarelli G. y Lapalma A. **Turbulencia y Planificación Social.** UNICEF/Siglo XXI, 1989.

Schaefer M. **Salud, Medio Ambiente y Desarrollo, Enfoques para la Preparación de Estrategias a Nivel de Países para el Bienestar Humano, según la Agenda 21;** OMS/OPS, EHE/93.1, Febrero 1994.



# **MANUAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

*Ana Maria Malik*

*Con la colaboración de:*

*Pedro Brito*

*Lucila Pedroso da Cruz*

*Neide Michel Abbud*

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud**

**FUNDACIÓN W.K.KELLOGG**

**1996**

Malik, Ana Maria

Manual de recursos humanos en salud / Ana Maria Malik, con la colaboración de Pedro Brito, Lucila Pedroso da Cruz, Meide Michel Abbud, Humberto Novaes, ed.

Washington, D.C. : OPS, c1996

x, 131 p. – (HSP/UNI/Manuales Operativos PALTEX Volumen I / no. 3)

ISBN 92 75 32180 9

I. Título II. Novaes, Humberto III. Brito, Pedro IV. Cruz, Lucila Pedroso da  
V. Abbud, Neide Michel VI. (Serie) 1. SISTEMAS LOCALES DE SALUD – organización  
2. RECURSOS HUMANOS EN SALUD – organización  
NLM WA546.1

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

ISBN 92 75 32180 9

© Organización Panamericana de la Salud, 1996

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo, o en parte alguna la publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, o instituciones, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

## Acerca de los autores

**Ana Maria Malik.** Médica. Doctorado en ciencias (Medicina Comunitaria), Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil. Maestría en Administración de Empresas con especialización en Administración Hospitalaria, Escuela de Administración de la Fundación Getulio Vargas, São Paulo. Directora del Programa de Administración de Hospitales y Sistemas de Salud (PROAHSA) y Profesora Adjunta, Escuela de Administración de Empresas de la Fundación Getulio Vargas. Profesora de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Coordinadora de la Región de Salud del Area Metropolitana de São Paulo, Brasil.

**Pedro Brito.** Médico. Especialista en Medicina Interna y Maestro en Salud Pública. Profesor de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Asesor Regional del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., E.U.A.

**Lucila Pedroso da Cruz.** Médica. Especialista en Administración Hospitalaria (PROAHSA/Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo/Escuela de Administración de Empresas de la Fundación Getulio Vargas). Administradora del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Instituto del Corazón, Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

**Neide Michel Abbud.** Matemática. Especialista en Administración Hospitalaria (PROAHSA/Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo/Escuela de Administración de Empresas de la Fundación Getulio Vargas). Asesora en Administración de la Secretaría Estadual de Salud de São Paulo, Brasil.

# Contenido

Presentación .....	vii
Introducción .....	1
Administración de recursos humanos .....	4
Conceptos generales y objetivos .....	4
El subsistema de administración de recursos humanos .....	8
La estructura de la administración de recursos humanos .....	19
Problemas del área de recursos humanos .....	24
La comprensión de los problemas gerenciales ligados a recursos humanos .....	28
Problemas gerenciales en el área de recursos humanos en salud .....	31
Características de los recursos humanos en salud .....	31
Los problemas .....	35
Conflictos .....	45
Cargos, salarios y otros incentivos .....	56
La productividad .....	70
Compromiso .....	80
Condiciones y ambiente de trabajo .....	89
Trabajo en equipo: ¿La homogeneidad o la heterogeneidad? .....	96
La fragmentación del trabajo y la gestión de los procesos .....	107
Nuevas relaciones de trabajo y la contratación de servicios de terceros .....	118
Comentarios finales .....	129
Bibliografía consultada .....	131



# Presentación

## ¿Por qué esta iniciativa OPS/Kellogg?

Durante años muchas de las iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han recibido apoyo de la Fundación W.K. Kellogg. Cuando los ministros de salud de los países de América Latina y el Caribe se reunieron en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana y aprobaron una resolución para transformar los sistemas nacionales de salud con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), también recomendaron realizar una evaluación de las experiencias de la puesta en práctica. Para ello se emplearía una metodología innovadora, orientada hacia el apoyo de otras actividades concretas llevadas a cabo en los países, con el objeto de brindar mejores condiciones de vida a las comunidades.

De 1990 a 1993 la OPS y la Fundación W.K. Kellogg elaboraron un proyecto conjunto para evaluar los sistemas locales de salud (SILOS) denominado "Evaluación para el cambio". Esto llevó a un análisis a fondo del contexto y de las instituciones de diversas comunidades y de la actuación de los líderes de SILOS en Bolivia, Brasil, Colombia, Dominica, Haití, México, la República Dominicana y San Vicente y las Granadinas, con una serie subsiguiente de publicaciones conjuntas.\*

La serie de publicaciones mencionadas anteriormente estaban de acuerdo con el mandato del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud de reforzar los sistemas locales de salud, promover estudios para crear nuevos modelos operacionales o sus componentes críticos, evaluar la equidad, eficiencia y calidad, así como la cobertura obtenida, la utilización eficiente de recursos y el grado de participación comunitaria.

También de acuerdo con este mandato, la investigación para estas publicaciones se realizó básicamente con proveedores de servicios y la comunidad, facilitándose la aplicación de los resultados en las medidas correctivas para una mejor salud de la población.

---

\* *Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina.* Cuaderno Técnico No. 31, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1990. También publicado en portugués por la Biblioteca Pioneira de Administración e Negócios-PROAHSA, São Paulo, 1990.

*Strengthening the Implementation of Local Health Systems--The English Speaking Caribbean Countries--Assessment for Change.* Serie SILOS No. 16, Pan American Health Organization/World Health Organization, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1992. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

*Evaluación para el cambio: Bolivia, Haití y República Dominicana,* Serie SILOS No. 25, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1993. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

### **¿Cuál fue el resultado de las investigaciones?**

Se encontró que en el pasado la evaluación de los programas de salud solía estar dirigida a actividades aisladas, fuera del ámbito del proceso administrativo. Por otro lado, en los actuales estudios realizados por el proyecto OPS/W.K. Kellogg lo que interesaba constantemente era identificar posibles soluciones administrativas para los cambios inmediatos o de mitad del período de implementación de las transformaciones.

La evaluación se llevó a cabo mediante la recopilación y el análisis de datos, usando diferentes metodologías, para determinar la pertinencia de la planificación de los servicios de salud en los sistemas locales, el progreso alcanzado durante la ejecución y los mecanismos de control de la eficiencia para vencer las dificultades.

En todos los casos se pretendía establecer una estrecha relación entre el administrador local y el investigador. Se encontró que el papel del administrador local era más evidente en las fases iniciales del proceso de evaluación, en la observación de la pertinencia del programa, mientras que el papel del investigador se destacaba más en el análisis del impacto.

### **¿Cuáles deficiencias fueron encontradas?**

Prescindiendo de la región analizada, los SILOS evaluados presentaban deficiencias comúnmente encontradas también en otros servicios de salud de América Latina. Los indicadores principales mostraban la necesidad de capacitar a los líderes del sector salud en ADMINISTRACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y METODOLOGÍA OPERACIONAL, así como la necesidad de interesarse más por la CALIDAD de los servicios prestados, sea de atención ambulatoria u hospitalaria.

#### **Principales problemas identificados:**

- Deficiencias en la coordinación intra y extrasectorial.
- Sistemas administrativos, clínicos y epidemiológicos ineficientes.
- Escaso aprovechamiento de la información existente para la adopción de decisiones.
- Necesidad de capacitación permanente de recursos humanos en determinadas áreas.
- Deficiencias en el mantenimiento de instalaciones y equipo.
- Resistencia a la descentralización de la autoridad para tomar decisiones en el nivel local.
- Conocimientos técnicos limitados para la programación y la gestión estratégica locales.
- Administración inadecuada de material, medicamentos, vacunas y otros suministros.
- Falta de motivación y de preparación para actuar en equipo.
- Conocimiento limitado de la administración financiera en el nivel local.
- Falta de normas para la referencia y contra-referencia de pacientes.
- Desconocimiento de las técnicas de evaluación de la calidad.
- Ninguna tendencia a utilizar indicadores epidemiológicos para tomar decisiones.
- Descuido en las técnicas básicas de saneamiento y desconocimiento de los procedimientos de protección ambiental.

### **¿Por qué publicamos esta serie de Manuales?**

En vista de las cuestiones identificadas en las observaciones de estudios de casos, la OPS, de acuerdo con la Fundación W.K. Kellogg, decidió publicar una serie de manuales con objetivos generales orientados a incrementar el desarrollo económico y social en los SILOS mediante una mejor administración del sector salud; mejorar la productividad de los servicios públicos y mejorar las condiciones de saneamiento en el nivel urbano (protección ambiental) y en la lucha contra las condiciones de vida insalubres.

### **¿Cuáles temas son tratados en los Manuales?**

Los temas tratados en esta serie HSS/UNI de Manuales son:

1. Tendencias contemporáneas en la gestión de la salud.
2. Conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud.
3. **Recursos humanos en salud.**
4. Administración de recursos materiales en salud.
5. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas.
6. Mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo
7. Administración financiera para gerentes de salud.
8. Pautas para el establecimiento de sistemas locales de información.
9. Gerencia de la calidad.
10. Vigilancia epidemiológica.
11. Vigilancia sanitaria.
12. Vigilancia ambiental.\*

### **¿A quién sirven estos Manuales?**

Los Manuales fueron preparados para auxiliar las actividades de gerencia diaria de los responsables superiores por la administración de sistemas locales de salud y sus componentes. Las cuestiones son tratadas de manera amplia para el no especialista en los temas, y no tiene el objetivo de enseñar técnicas básicas de procedimientos. Su formato fue hecho con el propósito de recibir revisiones periódicas y eventuales actualizaciones de sus capítulos. Esperamos así haber contribuido, por lo menos en parte, para la solución de problemas identificados en las evaluaciones realizadas.

Humberto de Moraes Novaes  
Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud  
Editor General de la Serie

---

\* La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS sigue preparando otros Manuales para esta Serie PALTEX de documentos operativos: No. 13, Prevención y control de infecciones hospitalarias (incorporado en el Volumen IV de esta serie), y No. 14, Prototipo de educación en administración hospitalaria.

# Introducción

Este manual pretende abordar la cuestión de los recursos humanos de manera amplia, con miras a ayudar a los gerentes de los sistemas locales de salud a tomar decisiones en esa área. Es por este motivo que el texto ni es operacional, enseñando el manejo de personal, ni tiene la estructura de un libro de texto teórico ortodoxo, sino que por el contrario, busca solamente presentar algunas reflexiones con respecto a temas bastante discutidos a partir de 1980.

Cada capítulo tiene un nexo con los demás, aunque diversos conceptos son repetidos en el transcurso del texto, con diferentes grados de profundidad. Al mismo tiempo, todos los temas pueden ser tratados de manera independiente, siempre que pueda interesar como fuente de consulta. La selección de los asuntos fue bastante heterogénea, tratando de satisfacer curiosidades en diversos campos. Por otro lado, el texto no tiene la pretensión de solucionar dudas, pues ofrecer respuestas exactas con respecto a los recursos humanos es muy arriesgado.

La primera área temática abordada fue aquella que lidia con la administración de recursos humanos propiamente dicha. Se presentaron las funciones que le incumben y se apuntaron algunas maneras alternativas de afrontarlas. De esta forma, fue necesario introducir la visión básica, que es compatibilizar el entendimiento de las personas que trabajan en la organización en cuanto a recursos humanos.

A continuación se inicia la discusión de los llamados "problemas gerenciales", que caracterizan lo que se denomina "gestión de recursos humanos". De hecho, se torna necesario descubrir por qué los recursos

humanos terminan por ser vistos antes que todo como problemas de gerencia, en vez de ser apreciados en función de la importancia crítica que poseen, teniendo en consideración el trabajo de la organización. Así, se percibe que hay cuestiones objeto de quejas con respecto a las personas de la organización, pero que acostumbran encubrir problemas gerenciales más amplios.

El primero de estos problemas es la centralización/descentralización, introducida frecuentemente por el argumento de la incompetencia de los trabajadores. El objetivo de este ítem es mostrar que la aparente competencia/incompetencia (técnica o administrativa) demostrada por los trabajadores responde a modelos organizacionales, definidos de manera consciente o inconsciente por los gerentes. En este caso, comienza a ser percibida la entrada en escena de las disputas por el poder.

Viene a continuación la importante discusión sobre conflictos. Hasta mediados del siglo la cuestión del conflicto se mantuvo distante de las cuestiones teóricas. Hoy en día, el conflicto organizacional ya deja de ser visto como algo a ser evitado e incluso tiene, en algunas circunstancias, una utilidad reconocida. Hace parte de esta temática el análisis de las huelgas, como manifestaciones intra y extraorganizacionales.

Otra área que frecuentemente se considera como un problema, es la deficiencia cuali y cuantitativa de los recursos humanos, cuando en verdad esto tiene que ver básicamente con quejas acerca de las reglas organizacionales. Su vinculación básica es con la cuestión de los cargos y salarios,

desde las actividades de descripción y análisis de cargos pasando por la siempre cuestionada administración de la remuneración y llegando a las discusiones sobre carrera.

Todas estas quejas de los gerentes tienen por objeto aparente la productividad de los servicios en los cuales ellos trabajan. No obstante, es necesario tener claridad acerca de si, de hecho, la productividad puede ser percibida como problema de recursos humanos. Para esto, es necesario tener idea de cuál es el producto/servicio de la salud.

Un asunto que preocupa a cualquier gerente tiene que ver con el compromiso de los recursos humanos, también entendido como motivación. En realidad, la mayoría de los administradores aún cree posible que la organización, un jefe, un estímulo puede motivar a un trabajador. Las teorías respecto a la motivación también estimulan este tipo de raciocinio, ignorando otros aspectos, como las cuestiones éticas, la autoimagen, etc. Este tema introduce inmediatamente la cuestión de las condiciones y ambiente de trabajo, como resultante de los modelos de recursos humanos vigentes en la conciencia de los gerentes de las diferentes organizaciones, y también el problema de la relación organización-tecnología, bajo el punto de vista intra y extraorganizacional.

Entre las polémicas de la organización del trabajo está aquella referente al trabajo en grupo, bajo la alegación teórica amplia y optimista de la homogeneidad, pero mediada por la práctica conflictiva de la heterogeneidad. Esta discusión significa reconocer el significado de los grupos para la vida organizacional, sus formas de organización interna y la manera en que funcionan, sea como instancias de cooperación, de rivalidad, y aún de aprendizaje.

Discutir recursos humanos sin tocar los aspectos referentes a la calidad parece muy poco contemporáneo.\* Por esto, el tema fue introducido bajo la más amplia denominación de "administración de procesos", con la intención de hacerlo más objetivo. De hecho, la alienación en el trabajo es un problema que sobrepasa las fronteras de la organización y puede ser entendido como función de la comprensión apenas parcial de los procesos individuales, organizacionales y de la integración organización/ambiente.

Con esto se introduce otra dimensión del trabajador, o sea, que él también es cliente de la organización, no solamente un "recurso". Discutir procesos también significa definir para quién son realizados y esto lleva a completar la discusión respecto a los problemas gerenciales: ¿cuál es el papel de la población en estos procesos, ya sea como cliente, proveedor o participante.

No serán abordadas cuestiones referentes a cálculos de dotación de recursos humanos. Cada realidad nacional y todas las situaciones de servicios tienen sus propias respuestas en cuanto a las maneras de encarar los procesos y los coeficientes que consideran adecuados frente a sus especificidades de disponibilidad de personal entrenado en el mercado. Por otro lado, ofrecer coeficientes disponibles significa incurrir en el riesgo de que se tomen estos valores como reales en cualquier caso, o como meta a alcanzar. En realidad, en esta área los coeficientes deberían servir básicamente para orientar una forma de raciocinio. Así, con miras a evitar expectativas en cuanto a la validez de coeficientes genéricos este documento deja abierto este punto.

---

\* Sobre el tema de la gerencia de la calidad véase el Manual No. 9 de esta Serie.

trata de normas, rutinas y descripción de funciones. Tratando específicamente esta cuestión existen manuales que deberían ser consultados siempre que se juzgue deseable. Criterios cuali y cuantitativos de desempeño tampoco son generalizables y esto hace que los manuales sean tanto más útiles cuanto más específicos y actualizados ellos sean. Reglas generales, que podrían servir de orientación pasan a conformar lo "deseable", sin que haya este tipo de aspiración en el diseño de un manual teórico.

Esta introducción busca, por lo tanto, resumir las intenciones del texto: esclarecer la generalidad y la universalidad de las cuestiones de recursos humanos dentro de las organizaciones. En el fondo se trata de un instrumento para ayudar a reflexionar sobre determinadas cuestiones y no para enseñar cómo hacer. De hecho, observando cualquier tipo de relación humana, se percibe con claridad que cualquier intención en el sentido de enseñar a administrar relaciones humanas está condenada a ser, por lo menos, discutible, para no decir poco útil o ilusoria.

# Administración de recursos humanos

## Conceptos generales y objetivos

Elaborar un manual sobre administración de recursos humanos para no especialistas es una tarea delicada, básicamente por los siguientes motivos:

- Esta es un área que todos creen entender.
- Bien o mal, cualquier persona, en las organizaciones o fuera de ellas, entendiendo o no del asunto, trabaja con recursos humanos.
- En la selección de un trabajador para la limpieza de la casa, en la compra de alimentos en una cafetería, en la educación de los hijos, de manera correcta o incorrecta, toda persona está involucrada en una serie de acciones relacionadas con el área de la administración.

Cuando se estudian los aspectos primordiales de las teorías de administración, entre los principios de Henri Fayol están el de pagar a cada uno según la tarea que realiza y el de tratar igual lo que es igual y diferente lo que es diferente.

Esto puede ser considerado obvio, conceptos derivados del sentido común, pero desafortunadamente la realidad es que ninguno de ellos es aplicado como debería ser por aquellos que trabajan en administración. No se puede decir, en esta área, que salud sea una excepción de la regla. Al mismo tiempo, estos principios también están entre las llamadas leyes básicas de la administración de recursos humanos, como si su aplicación fuera fácil y automática.

En realidad, una vez que se está tratando con y acerca de personas, nada es fácil y, decididamente, poco es objetivo. Así, al trabajar con la idea de tratar igual lo que es igual, para un administrador puede ser obvio que él está discriminando de manera adecuada lo bueno de lo malo, cuando lo cierto es que está errado. Sin embargo, no existe ninguna garantía de que la percepción personal de ese administrador sea compartida por otros, particularmente por aquellos que están siendo objeto de esa "adecuada" discriminación.

Lidiar con administración de recursos humanos tiene un componente de "leyes y normas" de carácter razonablemente objetivo mas, al mismo tiempo, intervienen las relaciones interpersonales. Estas, y no solo cuando se está en una organización, se basan antes que todo en sensaciones y percepciones. En cualquier circunstancia es difícil aceptar cuánto hay de emocional en las relaciones y acciones humanas. Esto se torna particularmente delicado cuando se discute gestión, frente al contenido del conocimiento (no siempre considerado científico) atribuido a esta área.

El objetivo de la administración de recursos humanos son las personas y sus relaciones dentro de las organizaciones. Sin embargo, en el fondo este no es su objetivo. Queda también como interrogación cuál es el objetivo de esta área de actuación.

Cuando se discuten objetivos es necesario saber de quién son estos objetivos. Aquí se está considerando el punto de vista de la organización. Para ello se puede decir que la administración de recursos humanos sirve para mantener la organización productiva,

eficiente y eficaz, a partir del uso adecuado de su recurso humano.

Ya es un paso adelante percibir que las personas que trabajan en la organización representan su recurso crítico, o sea, aquel sin el cual ella no consigue realizar su trabajo. Esto es particularmente correcto en las organizaciones de salud que, además de depender de la tecnología, no consiguen aplicar esta tecnología sin contar con el recurso humano adecuado. Hoy se considera que el concepto más adecuado está en discutir administración de talentos, ofreciendo a las personas la oportunidad de desarrollarse mientras trabajan en la organización.

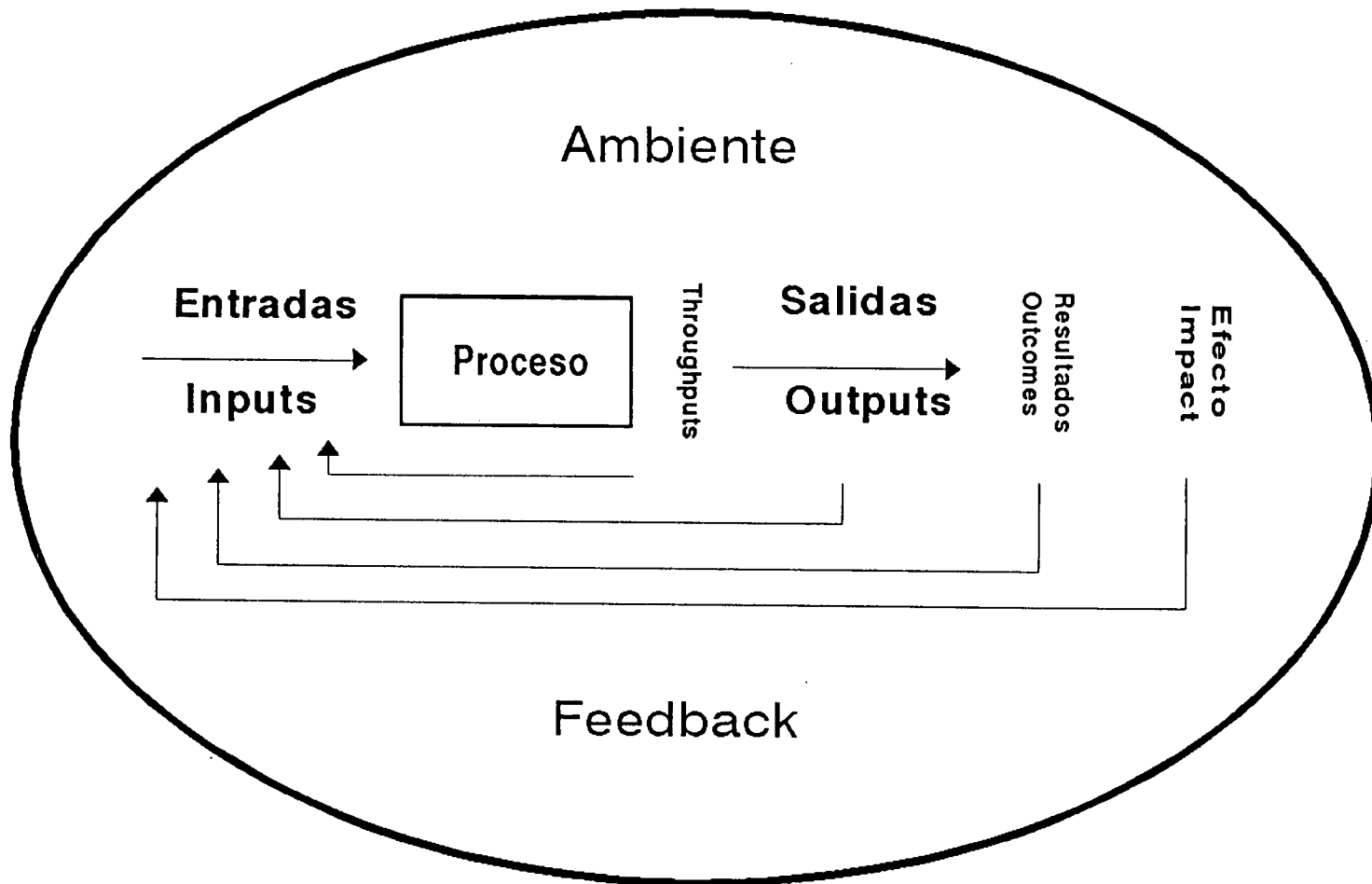
Para dar una idea genérica y tradicional respecto a cómo comprender la administración de recursos humanos, se puede decir

que ella puede ser entendida como un subsistema de cualquier organización. Al final, son las personas quienes realizan el trabajo en las organizaciones. Inclusive en aquellos casos en que existe una marcada substitución del elemento humano por máquinas, aún así hay personas que van a recoger lo que fue colocado en esas máquinas, verificar lo que fue hecho por ellas, prenderlas, apagarlas, y decidir cuando deben ser accionadas.

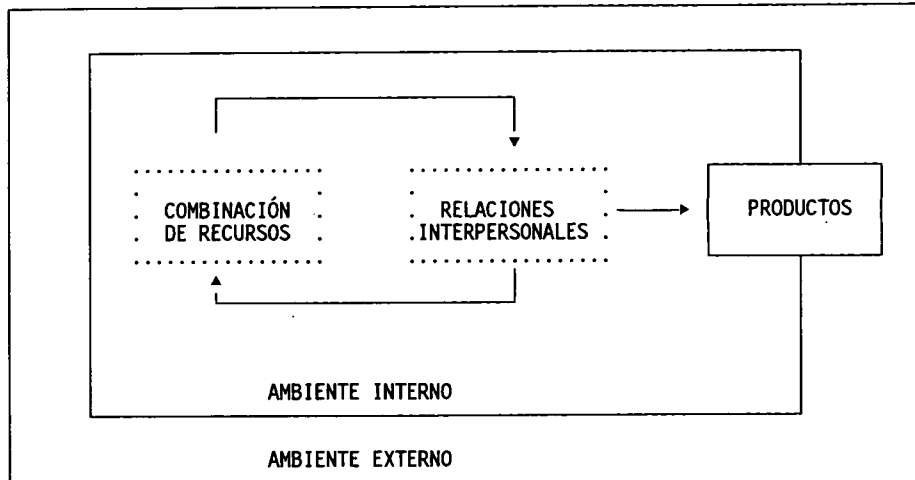
De cierta forma, es por medio de la utilización del modelo de teoría general de sistemas que el término "recurso humano" se vuelve aceptable. La Figura 1 muestra la concepción de la organización como sistema y la Figura 2 presenta una modificación del mismo modelo según subáreas de preocupación del administrador.



Figura 1. La organización como un sistema



**Figura 2. La organización según las áreas de preocupación de sus gerentes**



Cuando se comienza a definir los recursos humanos como objeto de interés del administrador e intentando individualizarlos un poco, se puede verificar que es costumbre privilegiar los recursos materiales y financieros. Hasta ahí se puede concluir que se está hablando de presupuesto, a veces hasta de dinero, que será tal vez usado para comprar mesas, sillas, aparatos de aire acondicionado, jeringas, agujas, vacunas, medicinas, papeles y estilógrafos. Se puede también considerar que se está hablando de recursos tecnológicos. Ahí comienza a aparecer un aspecto no muy claro anteriormente: ¿cómo definir tecnología?

La verdad es que al hablar de tecnología se trata del conocimiento que puede estar incorporado a alguna máquina, planta física o aparato, o simplemente almacenado en la cabeza de los trabajadores que saben realizar determinados procedimientos. Con esto se comienza a percibir que en el entendimiento del recurso tecnológico, el factor humano tiene un lugar destacado. De hecho, es frecuente oír o percibir que en los servicios

de salud, a veces quien sabe utilizar determinado aparato, o quien fue preparado para realizar algún procedimiento específico, puede no querer hacerlo en una cierta organización, mientras que en otra lo hace con placer.

El próximo paso es percibir que el área física y los recursos materiales (el edificio, la mesa y las sillas, la jeringa y las agujas, el aire acondicionado), serán utilizados por trabajadores de aquella organización, con la intención de alcanzar los objetivos organizacionales.

Finalmente, se va a notar que parte importante de los recursos financieros serán utilizados para pagar los sueldos de esas personas, como mecanismo de retribución por la prestación de servicios.

Así se comienza a comprender que estas personas, que llegan a la organización en la cual prestarán servicios por los cuales serán remunerados y en la realización de los cuales utilizarán los recursos materiales

colocados a disposición, después de haber sido comprados por otras personas, pueden ser consideradas como "recursos humanos".

Es necesario esclarecer que, antes de cualquier otro tipo de adjetivación o de utilización de adverbios, se está trabajando con personas, que son diferentes de los demás recursos organizacionales: ellas tienen percepciones, emociones, preferencias, creen o no en lo que se les dice, son poco previsibles.

Es necesario tener claro que el concepto de recurso humano asume un modelo sistémico, que privilegia la producción, el producto, el resultado y no las relaciones. El uso de otros modelos explicativos llevaría a otras interpretaciones. Sin embargo, para un primer abordaje del papel de los recursos humanos en la organización, este modelo es de los más adecuados.

### **El subsistema de administración de recursos humanos**

Asumiendo, hasta este momento, el modelo de sistemas y considerando la organización como un sistema abierto (que interacciona con el ambiente que lo rodea) y complejo (compuesto por una serie de subsistemas con diferentes finalidades, idealmente todos con el mismo objetivo final), sin duda la administración de recursos humanos merece ser clasificada como uno de sus subsistemas. El modelo lógico que será presentado a continuación no es totalmente real, pues la realidad no se rinde frente a este tipo de formulación. La lógica aquí presentada con finalidad didáctica es bastante simplificada, como cualquier persona que ya observó servicios de salud fácilmente lo percibirá.

En primer lugar, es necesario que exista la organización, que tenga objetivos, que los conozca y los comprenda, para tener claro lo que desea hacer. Los dirigentes sabrán traducir las ideas abstractas al campo de lo concreto, o sea, descubrir cuáles son las personas aptas/capacitadas/habilitadas para hacer aquello que la organización precisa. Por ejemplo, decir que se necesita enfermeros es muy vago, pues hay profesionales de esta categoría que desarrollaron competencias en salud pública y hay otros que se especializaron en áreas médico-quirúrgicas; están los que desempeñan mejor actividades asistenciales y otros cuya predisposición se inclina a la actuación administrativa. Siempre se trata de enfermeros, pero saber qué características se desea para realizar determinada tarea, aunque solo sea para ofrecer entrenamientos compatibles, puede tornar más eficiente y eficaz la organización como un todo, al menos a largo plazo.

La decisión sobre quienes son los trabajadores que se necesitan sería la primera información requerida para desencadenar el ciclo del subsistema de la administración de recursos humanos en su primer componente lógico. Después, cuando estos trabajadores estén en el ejercicio de sus funciones, en conjunto con el funcionamiento de la organización, sería realizado el último componente: la evaluación de los recursos humanos.

Cabe recordar que la definición de necesidades no acostumbra ser el primer paso, ni la evaluación, siempre y cuando se haga, debería ser el último. Tener en mente que estas son actividades necesarias ya es un comienzo. Los tiempos para su realización serán determinados por la propia vida organizacional.

## Provisión de recursos humanos

Para asegurar la provisión de recursos humanos en la organización hay dos funciones tradicionalmente entendidas: el reclutamiento y la selección.

Reclutamiento significa teóricamente, buscar el trabajador que la organización necesita, donde esté, e interesarlo en convertirse en miembro de ella. En realidad hay dos posibilidades extremas en esta función:

### *El reclutamiento externo*

1. *El profesional deseado existe, es especializado y es identificado conformando parte de alguna organización diferente de la que quiere atraerlo.*

Aquí ocurre un mecanismo de seducción, tratando de hacer que este profesional opte entre las dos situaciones, la actual y las eventuales condiciones más atractivas que irán a compensarlo por aceptar las nuevas circunstancias. Incluso en el área de la salud, donde existe el mito de los grandes especialistas, esta situación es bastante rara. Cuando ocurre, se limita a algunas categorías profesionales, cuando no a algunos nombres, en general de técnicos en salud y casi nunca de gestores.

Este tipo de mecanismo es más frecuente en el sector privado, principalmente ante la exigencia de los concursos y la existencia de "cuadros de personal" bastante rígidos en buena parte del sector público.

2. *Se define el perfil del cargo, se escriben sus requisitos y se divulga en lugares donde se puede imaginar que aquellos que llenan el perfil se interesarán en la vacante.*

Por ejemplo, cuando en una institución se define que se contratarán agentes de salud sin calificación previa en el área (esta será

ofrecida por la organización), con preferencia de aquellos provenientes de la propia región, el lugar elegido para divulgar lo que se pretende sería alguna sede de asociación comunitaria, iglesia o escuela locales.

Los resultados de estos dos mecanismos de reclutamiento son bastante diferentes, incluido el segundo caso (situación en que se esperaría que fuese más fácil obtener el profesional deseado, en vista del menor número de exigencias), dependientes de situaciones de mayor o menor oferta de empleos en la economía. Es decir, siempre se debe dar atención a la situación socio-político-económica en que se está, bajo el riesgo de que los instrumentos utilizados se tornen inadecuados.

De hecho, cuando hay abundante oferta de empleo en todos los sectores, se torna más difícil atraer trabajadores calificados sin ofrecerles grandes incentivos. Al mismo tiempo, los trabajadores no calificados no hacen opción real por el área de la salud y acostumbra ser más atractivo trabajar en áreas en las cuales las personas con quienes se lidia son saludables, no sufren y no esperan de los otros un bálsamo para sus dolores. Cuando hay desempleo, para casi cualquier oferta de trabajo hay amplitud de candidatos.

### *El reclutamiento interno*

No se relaciona con el ingreso a la organización, sino con la transferencia de una unidad a otra. Esto puede ocurrir cuando se abren nuevos puestos en la organización y se quiere valorizar a los trabajadores ya insertados en ella.

Este caso es relativamente común para posiciones gerenciales o cuando se tiene conocimiento que, por distintos mecanismos de evaluación existentes e implantados, hay

funcionarios descontentos con su situación presente de trabajo o inadaptados a ella. Por ejemplo, si algún trabajador termina un curso que lo capacita/habilita para otra área, y además trabaja con actividades generales que no le interesan, en el caso de existir la necesidad de llenar un puesto, la organización cuenta por lo menos con dos alternativas: contratar alguien de afuera o verificar si alguno de sus funcionarios estaría interesado en ser transferido, trayendo nuevos miembros para posiciones no disputadas.

Hay organizaciones en las cuales, dependiendo de la función, se abre una proporción de plazas para los de casa y otra para los del exterior. Hay otras en que entran como nuevos solo personas para cargos generales, en la base de la pirámide, mientras que prácticamente todos los demás son preparados internamente. Todo esto hace parte de la llamada "política de recursos humanos de la organización".

La selección de personal, a su vez, vendría idealmente después del reclutamiento y tendría por finalidad, descubiertas las personas que interesan a la organización, verificar cuáles de ellas son las más adecuadas para el trabajo disponible.

Es común entender que la selección debe ocurrir cuando hay exceso de oferta de candidatos, de modo de garantizar que los mejores ingresen en la organización. Sin embargo, sería deseable que eso ocurriera siempre, de manera que aumente la probabilidad (pues garantizar es imposible) de que un nivel mínimo de exigencias sea cumplido.

La definición de este nivel mínimo y de las situaciones en que es o no exigible, compete a los responsables por las decisiones en cada

organización. El hecho, por ejemplo, de que no haya médico contratado para una unidad de urgencias no significa necesariamente que si solo uno se presenta como candidato a la vacante, aunque ese médico sea poco calificado, deberá ser admitido. Como siempre y frente a cualquier decisión, alguien deberá definir criterios y adecuarlos, cuando fuera necesario. Hay diversos tipos de mecanismos de selección, aunque, se pueden indicar dos casos extremos:

- Concurso público, en el cual la lógica que prevalece es la de intentar ofrecer a toda la población, siempre y cuando se ubique en el perfil divulgado para el reclutamiento, igual derecho de solicitar a aquella posición.
- Indicación, según la cual el que toma la decisión o recluta se va a asesorar de personas de su confianza (o de quienes dependen de ellos) respecto a quién colocar en determinado puesto. El criterio, en este caso puede ser *técnico* (la persona más competente para realizar las funciones correspondientes) o *político* (la persona más conveniente desde otros puntos de vista ajenos a la competencia para realizar aquellas funciones).

Por más que estas decisiones puedan parecer de rutina, deberían ser consideradas estratégicas, pues pueden influenciar los rumbos y no solo los resultados de la organización. El hecho de ser sobrino del director general no necesariamente capacita a alguien para ser el responsable por las compras o para ser el nuevo anestesista. Sin embargo, debe ser considerado también que esta relación de parentesco tampoco descalifica a la persona.

Aún falta considerar la cuestión de los exámenes médicos y psicotécnicos de admisión, en el caso que haya otros requi-

sitos además de los de conocimiento. Naturalmente, depende únicamente de la organización saber lo que desea. Por ejemplo, es deseable que un técnico de laboratorio tenga buena vista, pero un operador de cámara oscura puede ser ciego sin que esto interfiera negativamente en su trabajo. Un chofer de ambulancia debe tener mayor tolerancia al estrés que un dactilógrafo y una operadora telefónica debería ser paciente, aunque pueda tener problemas dermatológicos.

### **Aplicación de recursos humanos**

Una vez que el individuo ha ingresado a la organización y se vuelve un recurso humano en ella, es necesario revisar dónde irá a prestar sus servicios. Se trata de decisión que no es sencilla, pues incluso en organizaciones de salud y en funciones técnicas, hay áreas que necesitan con distinta urgencia de determinadas categorías profesionales, con diferentes requisitos. Es el caso de unidades de internación ortopédica que no requieren solamente un cuerpo de enfermería entrenado sino que, además, es necesario que los técnicos tengan fuerza física para ayudar en la remoción de pacientes inmovilizados.

La finalidad básica de esta actividad, es subsidiar las decisiones respecto a cuál es el lugar más adecuado para un determinado trabajador dentro de una organización, teniendo en consideración su eficiencia, eficacia y efectividad.

Una manera de desencadenar este subsistema es por medio de la socialización del individuo en la organización, analizando sus reacciones al conocerla como un todo y en cada área en particular. Contradictoriamente, es común que las organizaciones consideren innecesaria esta actividad, asumiendo que todo lo que sea transmitido al funcionario en este período será olvidado, o que podrá ser suplido en otros momentos de su vida organizacional.

Sin embargo, es ahí que comienza a ser construido el contrato psicológico entre el individuo y la organización, cuando el trabajador comienza a percibir, según su propia capacidad de interrelación, lo que la organización tiene para ofrecerle y lo que ella le pide. Estos criterios provendrán de su capacidad de asimilar los datos objetivos que le sean ofrecidos, pero también de su observación sobre cómo son, qué hacen y cómo lo hacen sus colegas o futuros colegas.

Al mismo tiempo, durante este período sus reacciones y sus comportamientos estarán siendo observados, formal o informalmente, por sus actuales o futuros colegas, superiores directos y, eventualmente, por profesionales del área de recursos humanos. Esta puede ser una manera de, además de familiarizar al nuevo funcionario con la organización, hacerle posible percibir con cuáles de las tareas específicas que le vayan a ser atribuidas él tendrá mayor o menor afinidad, evitando urgencias de traslados o retiros prácticamente inmediatamente después de la admisión.

**De hecho, es siempre útil saber que todo el proceso de reclutamiento, selección e introducción tiene costos importantes. Vale decir, que despedir a un trabajador que está aún en el período de ganar experiencia, aunque pueda ser muy adecuado en algunas situaciones con la finalidad de evitar otros problemas, revela distorsiones en el proceso de selección y es caro.**

La actividad de aplicación de recursos humanos tiene en vista básicamente colocar al trabajador, nuevo o antiguo, en el lugar donde su contribución para la acción organizacional sea sustantiva. Esto significa, al menos, intentar respetar las habilidades técnicas y compatibilidades personales con las tareas y con los diferentes actores de la organización, con los cuales tendrá que necesariamente interactuar más tarde o más temprano.

Hasta este momento, pareciera que la colocación es hecha solamente en función del trabajador. Sin embargo, la aplicación debe respetar también las necesidades de la organización, pues es en función de las actividades que esta tiene que realizar que se justifica la contratación y aplicación de una persona. Esta característica acostumbra ser frecuentemente olvidada: sin la organización y sus necesidades, no tienen por qué existir los recursos humanos y, mucho menos, el órgano o el subsistema que trate de ellos.

### **Conservación de recursos humanos**

Una vez reclutado el individuo, seleccionado, socializado, aceptado y habiendo comenzado a trabajar en la organización, por

**Resumiendo, en el momento en que al trabajador le parezca que él ofrece a la organización más de lo recibe de ella, o se retira, o dejará de ser un trabajador interesado en permanecer en la organización.**

Con frecuencia, esta última situación es más grave aún que perderlo, pues al no irse no se abre vacante. Ese trabajador puede contribuir a desperdiciar los recursos de la organización y eventualmente a minar las condiciones psicológicas de trabajo de los demás colegas.

una serie de motivos (entre los cuales se incluyen los costos mencionados anteriormente) se hace necesario mantenerlo dentro de ella. En realidad, es cuando se piensa en la conservación del personal que el concepto de contrato psicológico comienza a asumir la forma de un contrato más objetivo, mediado por relaciones de trabajo.

Simplificando mucho, un contrato puede ser definido como un instrumento por medio del cual diferentes partes afirman formalmente sus deseos, derechos y obligaciones. El contrato de trabajo responde a esta definición, aunque deje muchas entre líneas por llenar.

Conservar al trabajador en la organización depende de una ecuación, en la cual uno de los términos corresponde a aquello que el trabajador cree estar ofreciendo a la organización (a) y el otro corresponde a aquello que él percibe estar recibiendo de ella (b). Continuando el raciocinio matemático implícito en el concepto de ecuación, ella solo será válida si (b) fuera percibida como mayor o igual a (a). Una de las maneras de interpretar la ecuación pasa por el instrumento contractual.

En las "condiciones operacionales" (condiciones que la organización le ofrece al trabajador), está aquello que los teóricos de la motivación llaman "condiciones higiénicas de trabajo". Lo más visible entre estas condiciones son los aspectos relacionados con sueldos, derechos, subsidios y plan de car-

gos y salarios. Pero además hay una serie de otras variables a considerar, que van desde el tipo de tarea, el tipo de jefatura y condiciones físicas de acceso, hasta condiciones físicas de trabajo (como calor o frío excesivos, nivel de ruido, etc).

Frecuentemente, el contrato de trabajo se refiere a la función, número de horas y la remuneración. Todo el resto transcende lo formal, sea por que es más cómodo dejar que las circunstancias se resuelvan, sea por que nadie tiene certeza si es conveniente, y hasta qué punto, regular las relaciones de carácter personal. A partir de ahí, es de competencia de la organización y de sus actores identificar y definir las expectativas, las reglas y hasta los plazos y validez de cada una de las definiciones asumidas. Lo interesante es que esos aspectos son dejados de lado, inconscientemente, para que sea garantizada la agilidad en los eventuales cambios de reglas. A pesar de esto, rara vez estas cuestiones son tratadas con algún profesionalismo.

### **Desarrollo de recursos humanos**

Una vez han sido atraídos los mejores que ha sido posible encontrar, y seleccionados entre ellos los que satisfacen las necesidades y los deseos de la organización, los nuevos funcionarios son insertados en contexto, y colocados en las unidades que más necesitan de ellos y donde ellos puedan desempeñar más a gusto sus actividades, es el momento de pensar en perfeccionar cada vez más las actividades de desarrollo personal y profesional del individuo, y hasta de desarrollo organizacional.

El desarrollo profesional acostumbra definirse por medio de las actividades de entrenamiento técnico y de reciclaje. Hoy se sabe, que para tener buenos resultados en

las organizaciones no basta haber reclutado buenos profesionales, también se necesita que ellos desempeñen sus tareas de acuerdo con las normas de la organización y se sientan satisfechos con sus condiciones de trabajo.

Este enfoque debe incluir a los funcionarios con menor escolaridad o preparación técnica, pues tanto es entrenamiento enseñar a un obrero a manejar una caldera, como enseñar a un físico los principios de mantenimiento de un nuevo y moderno aparato.

La idea del entrenamiento es ofrecerle al trabajador una habilidad más, sea por que han aparecido innovaciones tecnológicas en sus áreas de actuación, sea por que hay necesidad de incorporar una nueva actividad entre aquellas desarrolladas en la organización, o aún por que se verificó que el desempeño del técnico no era satisfactorio.

En cualquiera de los casos, el sistema de desarrollo debe estar alerta en relación a lo que ocurre en la organización, pues debe tomar conocimiento, tanto de la evaluación del desempeño de los trabajadores, como de las innovaciones, ya sea en términos de objetivos como de tecnologías recién incorporadas. Solamente de esta manera le será posible al órgano de recursos humanos de las organizaciones trabajar con el concepto más contemporáneo de esta área: la administración del desempeño.

De hecho, administración del desempeño solamente puede ocurrir en caso que exista el conocimiento respecto a lo que se desea realizar y cómo se desea realizarlo, de forma de garantizar la disponibilidad de los insumos necesarios para la consecución adecuada de cualquier tarea. Ciertamente,



el conocimiento es uno de esos insumos y, con certeza, no es de aquellos que se pueda dispensar: es un insumo esencial.

La administración del desempeño va más allá del simple entrenamiento técnico. Ella sustenta también lo que se ha convenido en llamar "desarrollo", pues parte de la premisa que los horizontes de cualquier individuo deben ser ampliados.

Esto en principio, evitaría que un trabajador social gastara su tiempo siendo entrenado en perfeccionar, por ejemplo, sus conocimientos sobre técnicas de aplicación de entrevistas o de trabajo en grupo. Se le puede, por ejemplo, ofrecer la oportunidad de estudiar idiomas, para permitirle leer más (no solo artículos técnicos sino también cualquier otro tema), o tomar algún otro curso de su interés (como relacionado con derecho, seguridad social o gestión), aunque no esté entre los intereses de la organización aprovechar al profesional en este tipo de actividad.

Nótese que en este caso hay una diferencia: cuando la organización percibe que podría aprovechar a algún trabajador en función administrativa, debe indicarle el hecho, e incluso incentivarlo para que haga algún entrenamiento o reciclaje en el área. En el caso de que el interés sea del trabajador por llegar a una mejor posición y desee entrenarse, la organización podría ayudarlo pagándole el curso, aunque no tuviera la intención de asimilarlo a la actividad administrativa.

Hay servicios de salud que, creyendo que una mayor escolaridad tiende a elevar el nivel del personal y por tanto su desempeño, se comprometen costear parte de cualquier curso que sus funcionarios deseen hacer. La parte a ser costeadada, la liberación de hora-

rios de trabajo y otras facilidades o incentivos dependen básicamente del interés y de la prioridad que el proyecto individual tiene para la organización, pero la política es clara.

Lo mismo puede ser dicho de algunos países en los cuales el porcentaje de trabajadores de salud analfabetos o semi-analfabetos es muy grande. Aunque algunas personas digan que hay elementos del personal de enfermería sin ninguna instrucción que aplican inyecciones con mucha más competencia que otros que son graduados, no hay dudas que la educación formal no disminuirá esta habilidad, sino que por el contrario, al mismo tiempo puede permitir el desarrollo de otras. Por esto, cuando se opta por ofrecer cursos de validación o de alfabetización, esto tiene que ver más con los individuos que con sus actividades profesionales propiamente dichas.

*Reciclaje* es el eufemismo que se acostumbra utilizar cuando se trata de ofrecer entrenamiento sin herir susceptibilidades. De hecho un entrenamiento presupone partir de un nivel homogéneo de conocimiento generalmente próximo a cero. Sería el equivalente a "cíclico". De esta forma, reciclaje sería actualización, revisión de conocimientos, perfeccionamiento de aquello que en rigor ya se sabría. En las organizaciones de salud, en las que hay alta rotación del personal, hablar de reciclaje es utópico, pues gran parte de los profesionales que se incorporan a ellas es nuevo y probablemente nunca tuvo ningún contacto formal con el asunto tratado.

Es además común en las organizaciones darle poca atención al entrenamiento, imaginando que los colegas de trabajo y supervisores directos suplirán los conocimientos necesarios. La premisa no es del todo incorrecta, pero supone que:

- Los colegas y supervisores conozcan adecuadamente la tarea.
- Los colegas y supervisores tendrán tiempo, voluntad y capacidad de enseñarle al recién llegado a desempeñar sus tareas.
- Los colegas y supervisores, aunque más antiguos en la organización (o a pesar de eso), no habrán adquirido ningún vicio indeseable sobre la ejecución de la tarea, debido a su propia falta de entrenamiento formal en el asunto, o a la falta de reciclaje periódico o aún a la falta de supervisión.

Dependiendo de quién juzga, lo que se gasta (dinero, tiempo, trabajo) en entrenamiento puede ser una inversión importante o puede ser dinero desperdiciado, pues será rápidamente olvidado; pero podría ser que la necesidad de reciclaje provenga precisamente de esta constatación. No se puede dejar de enfatizar que, de hecho, lo que se invierte o realiza en entrenamiento nunca es suficiente y nunca puede ser considerado terminado.

Finalmente, se debe hablar acerca del llamado desarrollo organizacional. Como muchos aspectos relacionados con el trabajo de la entidad, sus definiciones son bastante variadas. Para los fines de este manual, se puede asumir que se está hablando de desarrollo de la organización a partir de su personal. De hecho, aún con los objetivos más nobles, con las cuentas bancarias llenas de dinero y con la abundancia de clientes, ninguna organización podrá ser considerada desarrollada sin que sus trabajadores lo sean. Los diferentes empleados de la organización deben tener la oportunidad de discutir sus rumbos. Pero para que una organización

tenga este tipo de disposición, precisa establecer relaciones de confianza, por ejemplo, explicando hacia dónde se dirige. Sin embargo, como esto puede llevar a interrogantes acerca de sus aciertos o a reclamos respecto a su cumplimiento, es muy raro encontrar organizaciones en las cuales los objetivos sean del conocimiento de no más que algunos privilegiados funcionarios de elevado nivel jerárquico y de absoluta confianza de los que definen las políticas.

En este tema del desarrollo también es necesario presentar uno de los conceptos menos divulgados en el área de recursos humanos: el de evaluación del potencial. Esta expresión se basa en el concepto de que cuando se selecciona a alguien para trabajar en determinada organización, no necesariamente es alguien que ya conoce todo con respecto de sus funciones. Más que requerir conocimiento (mutable y con potencial de obsolescencia), sería el caso que la organización definiera qué tipo de personas quiere tener como miembros.

El entrenamiento, el desarrollo de las personas y la contribución al desarrollo de la organización pueden y deben ser suministrados por ésta. En caso contrario, se asume que el limpiador más calificado, que entró a la organización por saber limpiar según todas las normas existentes y conocidas, pasará toda su vida en la organización como limpiador, aunque tenga que ser sometido a reciclajes periódicos. Esto no debería ser así. En este caso específico hay edades en las cuales una persona realiza actividades de limpieza con más facilidad. Pasada esa edad, no hay por qué insistir en que la persona continúe en este tipo de actividad, ni es justo despedirla.

**¿Por qué la organización no debe intentar descubrir otro tipo de actuación/ aprendizaje para una persona y desarrollar su potencial, toda vez que se trata de una persona que le interesa de por sí a la organización, independientemente de sus conocimientos?**

Cabe reflexionar respecto a que si la organización no es capaz de enseñar a sus miembros sus tareas ¿de qué será realmente capaz? Uno de los grandes temas de la administración en los últimos años es el de las organizaciones que aprenden (learning organizations). Como las organizaciones son básicamente constituidas por personas, naturalmente, se espera que las personas aprendan algo. ¿Enseñado por quién?

Esta actividad del subsistema de la administración de recursos humanos, como todas las demás, tiene sus costos. Quiere decir que no debería ser tratada como rutina, pues colocar en ella los recursos de ésta o de aquella manera, con más o menos prioridad, significa potencialmente interferir en los rumbos de la organización.

Cabe repetir que no necesariamente las actividades de desarrollo aparecen posteriormente a las de entrada o colocación o conservación del personal. Por el contrario, pueden ser todas concomitantes.

### **La evaluación**

¿Cuándo evaluar? Según la teoría más tradicional se evalúa al final, pero de acuerdo con la realidad comúnmente observada, prácticamente nunca se hace. Conforme a lo que ya es consenso en la concepción teórica más moderna, siempre, desde las primeras decisiones tomadas respecto a recursos humanos de una organización, éstos se deben evaluar.

El primer punto a observar es que la dificultad comienza cuando se trata de definir lo que será evaluado. ¿Se debe

evaluar la administración de recursos humanos según sus resultados, será más apropiado evaluar al órgano de recursos humanos, en función a sus procesos o en función a los reclamos que los participantes de la organización tienen sobre ella? ¿Se puede asumir que lo que cabe evaluar es el desempeño de los trabajadores de la organización, o en última instancia lo que esta produce.

Toda esta discusión es una gran interrogación. Por ejemplo, independientemente de cuál sea el objeto que será evaluado, ¿quién irá a evaluarlo? Si el órgano de recursos humanos fuera visto como una unidad de la Dirección, ¿será ésta la responsable de declararse satisfecha o no con los resultados del trabajo? ¿O su evaluador más directo deberían ser los trabajadores, considerando que es con su vida funcional que la administración de recursos humanos lidia? ¿Quién debe evaluar el desempeño de los trabajadores? ¿Sus superiores inmediatos?, ¿Sus pares?, ¿Los consumidores? ¿La dirección superior? ¿El órgano de recursos humanos?

Frente a estas interrogantes queda patente la interdependencia de esta actividad en relación a toda la organización, lo que ayuda a caracterizarla como actividad medio.

Idealmente, todas las cuestiones señaladas arriba, inclusive las del entrenamiento, deben ser realizadas en conjunto, sin que el órgano de recursos humanos se pueda colocar como realizador independiente de cualquiera de estas actividades. Esta interacción se debe dar con las actividades fin y con las demás actividades medio, pero

la visión que obligatoriamente el órgano de recursos humanos tiene del todo organizacional no tiene la amplitud suficiente para permitirle evaluar la acción de la organización.

Como fuera indicado en la introducción a este manual, el objetivo de la administración de recursos humanos tiene que ver directamente con los resultados organizacionales. Todos sus esfuerzos de evaluación deben converger en este sentido.

Dando esto por sentado, se puede comenzar a mirar la evaluación de recursos humanos de una manera más global. Quiere decir que existe un desempeño de contenido técnico, que idealmente es hecho por los supervisores inmediatos, suponiendo que ellos tengan conocimiento técnico suficiente para hacerlo y tengan conocimiento con las normas más actualizadas, internas y externas de la organización.

Al mismo tiempo, el órgano de recursos humanos puede ofrecer ayuda, por medio de instrumentos que eventualmente formalicen esta evaluación y por medio de la compilación de los diversos resultados de evaluación técnica de cada funcionario a lo largo del tiempo en una determinada actividad, poniéndolos a disposición de la organización como un todo.

En caso de verificarse, por ejemplo, que los procedimientos de vacunación no están siendo realizados adecuadamente en el centro de salud, puede ser ofrecido un programa de reciclaje técnico específico para aquella unidad.

Si fuera observado que todas las historias clínicas están siendo mal anotadas en todo el sistema local de salud (SILOS), se debe descubrir si falta conocimiento del método para hacerlo, o si falta saber para qué

hacerlo. Cualquier conclusión a la que se llegue deberá llevar a medidas de intervención diferentes, siempre bajo el riesgo de que lo que se haga sea ineficaz.

Hay otros objetos de evaluación de desempeño, que tienen que ver con los comportamientos y actitudes de los trabajadores. Por medio de éstos se podría descubrir que el funcionario X ha sido impuntual y desatento desde que ingresó en la organización, según la opinión de su superior; mientras que viene bajando el rendimiento del funcionario Y, que siempre fue muy bien evaluado. Las causas de la desatención y de la impuntualidad del empleado X pueden ser encontradas en razones diferentes, desde la falta de interés por la tarea, hasta una jefatura que no considera importante las cuestiones de puntualidad, o que da muchas órdenes de una sola vez y se le olvida cobrar lo que pidió, o que no es clara en sus solicitudes. La baja del desempeño del empleado Y, puede deberse desde una insatisfacción sobre las condiciones de trabajo hasta problemas fuera del trabajo.

De una manera o de otra, el punto es que no vale nada hacer evaluación de desempeño solo por que es un requisito, cuando se dispone de un amplio archivo para ser consultado siempre que pueda interesar a alguien. La evaluación se justifica en caso que haya el interés de interferir en la realidad apuntada por ella.

La interferencia deseada sobre la realidad indicará cuáles son los datos a buscar. Por ejemplo, en caso que se quiera trabajar con reclutamiento interno, puede ser útil disponer de un "censo" periódico, en el que se pueda saber si alguien está haciendo algún curso y está dispuesto a aplicarlo en beneficio de las actividades de la organización; si hay trabajadores descontentos

tos con sus funciones presentes; si hay funcionarios que, aunque satisfechos, estarían dispuestos a cambiar de funciones y cuáles les parecen convenientes.

Por otro lado, hacer esas preguntas de manera especulativa llega a ser contraproducente, pues cualquier tipo de acción genera expectativas, aunque no se perciba cuáles son o cómo afectan. En un cuestionario de este tipo, sin embargo, la posibilidad de cambio está implícita, y la no utilización de las respuestas termina por invalidar un razonable buen comienzo de un sistema de información en el área.

Un síntoma del desinterés generalizado por este tipo de actividad está en el hecho de que, en general, la administración de recursos humanos suele ser una de las últimas áreas de la organización en ser informada. Su banco de datos, siempre y cuando exista, generalmente está bastante desactualizado y los trabajadores no tienen ningún interés en comunicar cambios en sus vidas, desde su dirección y estado civil hasta su habilitación profesional, lo que habla en contra de la credibilidad de la organización con respecto a la "camaradería" de sus trabajadores.

Lo anterior interfiere en la veracidad de los datos recibidos y en la confianza que se pueda tener en ellos. Se crea así un círculo vicioso en el cual un empleado no pasa in-

formación real porque considera que no vale la pena, y el otro no cree en la información que recibe, aunque todos continúen enviando y llenando formularios, frecuentemente olvidándose que siempre hay un costo para cualquier actividad que se haga.

La tradición de muchos administradores es de no tomar en serio procesos profesionales de evaluación, generando percepciones y comportamientos negativos por parte de los trabajadores, que llegan a tomar como ofensa personal cualquier comentario no elogioso hecho en relación a su desempeño en el trabajo.

Aunque se está produciendo un inicio de cambio en este patrón de actuación, aún se debe esperar un buen número de años hasta que se pueda discutir francamente con los trabajadores dónde ellos aciertan y dónde se equivocan, como características individuales y de grupo. Este tipo de postura es igualmente frecuente tanto en los de mayor como en los de menor escolaridad, pero los administradores, en general, se sienten más en confianza para manifestar su descontento frente a los trabajadores con formación elemental que ante aquellos con grado universitario, aunque la dimensión de la insatisfacción sea equivalente.

En la Figura 3 se propone resumir por lo menos las grandes áreas del subsistema, según sus principales actividades.

**Figura 3. Las funciones del subsistema de administración de recursos humanos**

Función	Actividades principales
Provisión	Reclutamiento y selección
Aplicación	Ubicación y socialización
Conservación	Remuneración, carrera, condiciones de trabajo
Desarrollo	Entrenamiento, desarrollo de recursos humanos, desarrollo organizacional
Evaluación	Del recurso humano, de la administración de recursos humanos y de la organización

### La estructura de la administración de recursos humanos

Toda la discusión realizada hasta aquí fue dirigida más hacia las funciones y actividades de recursos humanos, encaradas como un sistema, que preocupada con su estructura. Aunque sin duda ésta no sea lo más importante, caben algunas consideraciones acerca de lo que es el órgano que se ocupa de ellas, donde se ubica, sus dimensiones, etc.

En primer lugar, dejando ahora la visión sistémica, es posible percibir que entre lo que se hace en recursos humanos hay aspectos cuyo componente más importante es el de asesoría, mientras que hay otros orientados a las actividades de ejecución. En función de esto se explican algunas de las discusiones que tienen que ver con la ubicación del sector.

Las actividades de asesoría son aquellas cuyo objetivo es crear nuevas alternativas de trabajo y discutir el acierto de algunas políticas, y son generalmente desarrolladas por profesionales de recursos humanos junto

con el área de especialidad. En cuanto a las actividades de ejecución, son aquellas dirigidas a lo concreto de la preparación de datos para la elaboración de nóminas, a la definición de promedios salariales, a la elaboración de perfiles y manuales para la realización de concursos, etc.

Históricamente, se puede decir que en un inicio había en las organizaciones el llamado "departamento de personal", que se ocupaba de aspectos burocráticos procesales, como control de entrada, vacaciones, nómina, etc. Rápidamente este tipo de unidad (aunque reconocida como importante, ya que es donde se concentra uno de los aspectos más visibles y sujetos a reclamación en cualquier unidad de personal: el pago), en función de la cantidad de "rutinas" relacionadas con sus tareas, pasó a ser considerada como poco noble, poco creativa.

No se cambió su composición ni su estructura, pero se sugirió el cambio de su denominación, pasando a ser "departamento (o unidad) de recursos humanos". Eventualmente, esta unidad pasó a incorporar algunos aspectos de entrenamiento y desarrollo (mucho más entrenamiento que

desarrollo), aunque no consiguió delegar aquellas actividades de menor valor y que se considera requieren menos especialización.

Otro nombre atribuido a este tipo de unidad fue el de "relaciones humanas", más o

menos al mismo tiempo que el de "relaciones industriales". Con esto claramente se veía que la idea era agregar una característica más dinámica a la unidad, principalmente porque el término "relaciones" implica que existen de hecho dos partes que interactúan.

**Con el tiempo, principalmente en el área de la salud, el resultado fue una dicotomización del campo, colocando la parte menos involucrada en los procesos de personal y considerada más noble y más profesional en niveles más elevados de la organización, cerca de quienes toman las decisiones, mientras que el viejo "departamento de personal", burocrático y desvalorizado, continuaba subordinado a alguien sin ninguna autoridad real en lo que respecta a los rumbos de la organización, con personal menos especializado y entre los últimos en beneficiarse de cualquier innovación tecnológica.**

Es interesante observar, además, que hasta hoy continúa siendo la norma, en el sentido de no privilegiarse la competencia técnica de quienes ejecutan acciones de la denominada administración de personal. Ya se reconoce la necesidad de abogados, debido a una serie de implicaciones laborales inherentes a la función, y de otros profesionales, tales como administrador y trabajador social; pero la unidad de recursos humanos está aún lejos de ser prioridad.

La consecuencia de esto es muy clara: cuánto menos importante es considerada la actividad de administración de personal, menos calificados los que allí trabajan y menos adecuado es el trabajo allí realizado, tornándolo objeto frecuente de reclamaciones (generalmente bastante justificadas).

El contrasentido básico de esto está en que, según lo que se observa en empresas, es muy frecuente que los primeros esfuerzos para lograr una administración eficiente

parten del órgano de recursos humanos. Privilegiar la calidad preconiza teóricamente la valorización del recurso humano. ¿Cómo puede ser esa situación obtenida de manera competente por técnicos desvalorizados? Lo mismo ocurre cuando se piensa en el papel real de sus actividades. Es fácil comprender que este tipo de unidad es un prestador de servicios, sea para la administración como un todo, sea para el propio funcionario.

La primera parte de lo afirmado arriba es fácilmente comprensible. Sea verdad o no, toda la organización tiene facilidad para identificarse como prestando servicios a la administración (hasta más fácilmente que a los clientes externos, que en última instancia son la razón de existir de la organización). Todo se torna más oscuro cuando entra en cuestión la prestación de servicios para los propios funcionarios.

Es fácil comprender que en las organizaciones de concepción tradicional, haya resisten-

cia de una unidad para percibir que ella está allí para servir a sus pares. Sin embargo, no hay duda de que si se filtra un cálculo erróneo, que hace que el sueldo venga con descuentos indebidos, por ejemplo, el único perjudicado es el funcionario cuyo sueldo fue recortado, dándole todo el derecho de reclamar.

Lo que ocurre es que con este reclamo se rompe todo un pacto construido en las organizaciones tradicionales, donde existe el cuerpo operacional y el cuerpo gerencial, que son vistos como razonablemente uniformes (más de lo que en realidad son), y que, en las grandes cuestiones responden a esas categorías. Es decir que, por lo general, es legítimo que un jefe le reclame a un colega, o un colega a otro; pero, es raro que un colega reclame al jefe.

Si se observa con cuidado, hay diversos aspectos en la estructura física de la unidad y hasta en el comportamiento de sus funcionarios cuyas características son antes que todo defensivas. Por ejemplo, es común que haya un vidrio separando la parte interna de la unidad y su funcionario del exterior (que puede representar amenazas).

Cuando los demás funcionarios se dirigen a sus colegas de "personal", si no es para reclamar frecuentemente es para obtener información, lo que torna menos fluidas y desinteresadas las relaciones. Aunque la idea sea de compañerismo, aparece el estereotipo de los dos lados de la relación, caracterizando un comportamiento de cobranzas bilaterales en lugar del de cliente-proveedor. En este caso, lo común es discutir si hay o no culpa, y de quién y por qué.

Una de las tendencias verificadas es que no existe prioridad interna, políticamente hablando, ni del órgano ni de las actividades de administración de recursos humanos. Se

sabe también que esta puede ser considerada, por lo general, una actividad externa al "negocio" de las organizaciones de salud. Por esta razón comienza a aparecer un movimiento para que se considere la administración de recursos humanos propiamente dicha como potencialmente factible de ser gerenciada por terceros (contratados), haciendo innecesario un cuerpo estable de funcionarios para desempeñarla.

Como puede verse, se trata de una decisión estratégica, que tiene sus pros y sus contras. Por ejemplo, si fuera entregada a especialistas, aumenta la probabilidad de que los errores disminuyan. Al mismo tiempo, el hecho de que estos especialistas no pertenezcan a la organización puede dificultar las reclamaciones, pues la eventual solidaridad existente en las otras condiciones tiende a desaparecer.

Contratar con terceros la gestión de personal, implica definir claramente políticas y directrices que deben ser pasadas al nuevo prestador de servicios, colocando un importante requisito para la organización. Al mismo tiempo, obligaría a la organización a disponer de alguien especializado y situado suficientemente próximo de las instancias de poder en la organización para poder evaluar las actividades realizadas externamente a la organización sobre sus recursos más críticos: las personas\*.

No se trata de decir que la administración de recursos humanos está siendo considerada en las organizaciones como poco necesaria. Por el contrario, se trata de que, asumiendo la necesidad de su ejecución de manera adecuada, se verifique cuál es la mejor manera

---

\* Sobre el tema de contratación de servicios de terceros vea el último capítulo de este Manual.



de hacerlo: sea disponiendo del servicio, sea comprándolo. La realización de un proceso de selección acostumbra ser desencadenada a partir de la percepción de que faltan funcionarios para determinadas funciones. Ahora bien: ¿cómo ejecutar la selección?

El órgano de recursos humanos puede, a lo máximo, realizar preguntas y proponer exámenes de carácter genérico, o coordinar la realización de los componentes específicos. Lo mismo puede ser dicho respecto a la entrevista: el órgano de recursos humanos va a poder analizar solo aspectos de presentación general y fluencia expresiva, pero no podrá ni sabrá entrar en el mérito de posturas y comportamientos necesarios para el desempeño de determinadas funciones. Si este tipo de actividad precisa ser hecha en la propia organización o no, debe ser decidido por alguien.

Finalmente, hay algunas consideraciones con respecto a este asunto que son específicas del área de la salud. Por ejemplo, en desarrollo de recursos humanos ya es tradicional la existencia de estructuras vinculadas a enfermería destinadas a este fin. Frecuentemente, cuando existe la unidad específica, ésta se ubica en el cuerpo de enfermería y no en los recursos humanos; cuando es localizada en los recursos humanos es comandada por enfermeros y, cuando ninguna de las anteriores alternativas ocurre, formal e informalmente suele ocurrir la duplicación de la estructura dentro del cuerpo de enfermería.

Tampoco es rara la situación que todo el órgano de recursos humanos, sea del SILOS, de hospitales, de ministerios, etc., sea comandado por un enfermero, bajo diversas argumentaciones: desde el hecho que casi el 60% de los trabajadores del sector son de

esta categoría, hasta que son estos los profesionales más preocupados con la eficiencia, pasando por la afirmación de que en la formación básica universitaria del enfermero existe carga horaria sobre administración, con énfasis en aspectos de motivación, jefatura y liderazgo. Hasta ocurre la posibilidad de que los profesionales enfermeros de hecho se dediquen a estudiar lo que convencionalmente se llama administración de recursos humanos.

Como sucede con buena parte de las preguntas que se hacen con referencia a las estructuras de una organización, no se puede afirmar si esta solución es o no adecuada. Sin embargo, en esta discusión cabe proponer algunas interrogaciones:

□ ¿Es ésta la forma de utilización más adecuada para los enfermeros en el área de la salud de los servicios latinoamericanos, especialmente en los públicos?

□ ¿Existe o no la posibilidad de tener en el área profesionales especializados, como administradores o abogados trabajando en estrecha relación con técnicos del área de la salud que continuarían prioritariamente vinculados a la actividad fin?

□ ¿Es conveniente tener al frente del área de recursos humanos un profesional técnico de la salud, como portavoz de sus pares, trabajando con la asesoría de los profesionales especializados en la actividad fin?

□ ¿Se puede asumir la premisa de que existe un cuerpo de conocimientos indispensables para ser gerente de recursos humanos o si obtenerlos hace parte de la actividad gerencial?

Cualquier respuesta que se ofrezca tendrá ciertamente el sabor de la conveniencia. A

pesar de esto, las discusiones pueden ofrecer eventualmente nuevas perspectivas sobre un terreno bastante trillado. Cabe aún recordar que cuando se habla del profesional especializado en el área, los requisitos que se están contemplando son aquellos orientados a una efectiva gestión de recursos humanos. Aunque haya un entendimiento de que conocimientos sobre la fuerza de trabajo y otros aspectos económico-sociales son fundamentales para un gerente de recursos humanos, estos no son suficientes. La duda sobre si es más fácil que alguien con experiencia en el campo económico-social pueda adquirir la base administrativo-burocrática o viceversa es también insoluble, pero también merece ser considerada.

Todas estas discusiones hacen parte de uno de los temas ya tradicionales del menú de cuestiones en el campo de la salud: el "corporativismo". Bajo este nombre pueden tener lugar todas las ideas preconcebidas y puntos de vista de defensa de una categoría o de un grupo profesional conforme han sido reflejados en los párrafos anteriores, en donde la cuestión es diferenciar quién es profesional de la salud y quién no lo es. Por otro lado, mucho más delicada es la discusión, también ampliamente corporativa, respecto de cuál es la importancia del contenido en el sector.

El área de recursos humanos para la salud es reconocidamente corporativa, lo que es un fenómeno bastante comprensible. Al final, siempre se puede recordar que las personas en la organización no son valorizadas lo suficiente (y el área de la salud no es excep-

ción) y la unidad organizacional responsable por ellas (o por lo menos que las usa como justificación para buena parte de sus decisiones) se puede sentir tentada a asumir su defensa. El problema ocurre cuando algunas de las decisiones tomadas en su nombre terminan por no afectarlas o por no resultar en aquello que ellas esperaban, o inclusive no llegan a reflejar lo que se deseaba.

Otra gama de problemas ocurre, y es hasta estudiada en tratados, cuando el área de recursos humanos se confunde y pasa a sentirse como si fuera un área fin, creyendo que las decisiones organizacionales deben ser tomadas en función de la gestión de los recursos humanos. Considerarla como factor crítico para la factibilidad y viabilidad de cualquier medida emprendida es importante, pero lo que debe prevalecer, en cualquier organización, es la lógica de la actividad fin, aún cuando la premisa asumida sea que el área de administración no es aquella que debe amoldar los trabajadores a las tareas (por el contrario es aquella que debe garantizar que las tareas destinadas a las personas sean las más adecuadas a ellas, como fue mostrado en la presentación de la función de aplicación de recursos humanos).

Esta adecuada ponderación es necesaria en situaciones específicas y ciertamente será vista de manera diferente desde el punto de vista del gestor de la organización, del gerente de recursos humanos, del dirigente sindical y del trabajador propiamente dicho, sin tener en cuenta la razón de ser del sector salud: la población.

**La estructura y la función de la unidad de recursos humanos, de acuerdo con la lógica formal, responderán solamente en la medida de la importancia que las fuerzas decisorias, entre las cuales se incluyen las preocupadas con el tema pero no solo ellas, le atribuyan a sus contenidos.**

No basta que exista un departamento de recursos humanos ligado directamente a quien decide en la organización, si esta autoridad no considera necesario oír al subordinado antes de tomar decisiones de cualquier especie. Al mismo tiempo, puede ocurrir que la unidad esté subordinada a un jefe de sección, pero si el responsable final de la toma de decisiones en la organización valora a la unidad, ella será oída siempre que se considere necesario. Así, el resultado final de su actuación tenderá a ser, al mismo tiempo, causa y consecuencia de estas relaciones.

Finalmente, en lo referente al cuadro cuali/cuantitativo del personal de la unidad, deberá ser construido de la misma forma que el de cualquier otra y considerando si hay más o menos automatización en el área. Los coeficientes de cálculo pueden ser definidos en función de la necesidad de (x) funcionarios de recursos humanos para cada (y) funcionarios en la organización, en función de las tareas a ser efectivamente realizadas en el sector o de la utilización de recursos propios o contratados con terceros. Por ejemplo, si las actividades de entrenamiento y desarrollo van a ser ejecutadas por "servicios propios", serán necesarios más profesionales de los que se deberían considerar cuando la opción es hacer contactos con especialistas para organizar este tipo de actividad. Aún, así

hay que recordar la necesidad de supervisión, que será menor cuanto mayor sea la calificación de los trabajadores del área.

### **Problemas del área de recursos humanos**

Como este manual no está hecho para directores de recursos humanos, se hace necesario presentar algunas de las complicaciones intrínsecas a esta posición, de modo de comprender un poco más por qué esta área es menos sencilla de lo que les parece a muchos de los trabajadores y observadores, tanto en salud como en otros sectores.

Una de las primeras realidades que se ven es que, incluso en las actividades directamente relacionadas con recursos humanos, hay de hecho pocas decisiones que el director de recursos humanos toma. O sea, en la práctica de la administración, que es una actividad media dedicada a las personas de la organización, idealmente el director hasta puede hablar en nombre de éstas, mas no es él quien decide cuáles serán de hecho las condiciones de trabajo. De esta forma, eventualmente trabaja con, administra y defiende condiciones de trabajo (al menos, referentes a aquello que se discutió en la actividad de mantenimiento de recursos humanos) con las cuales él no concuerda necesariamente.

**Es importante aclarar que en este texto se llama gestor al responsable, dirigente, gerente o director de recursos humanos, básicamente "gestor" se refiere a aquel trabajador cuya función tiene este nombre, aunque podría hacerse la distinción entre el gerente del área específica y aquel gerente que, además de responder por algún tipo de actividad técnica, también tiene bajo su responsabilidad todo tipo de recursos, incluso los humanos.**

Directamente relacionado con lo expuesto anteriormente, está la constatación de que todos los trabajadores de cualquier organización lidian con recursos humanos, especialmente aquellos en función gerencial, y como esto tiene que ver con relaciones y percepciones humanas, cada uno tiene e impone su estilo.

Por último, debe decirse que ya existen textos, aún de administración en salud, que descomponen el papel del gerente en cuatro grandes líneas: administrar personas y grupos, administrar un sistema técnico, renovar la organización, acompañar y evaluar el futuro (ver Figura 4).

En función de esto, y en última instancia, de poco vale que hayan directrices generales de respetar límites individuales y de discriminar positivamente a aquellos trabajadores con desempeño y comportamiento más adecuados, si la valorización del trabajador no fuera objetiva y si hubieran supervisores autoritarios. Este es el caso de una situación en que el responsable por los recursos humanos no tiene el control de lo que ocurre, principalmente en lo que se refiere a las relaciones superior/subordinado dentro de la organización como un todo.

Con lo antes dicho ya puede comenzar a ser caracterizada la posición de poder relativo de este dirigente a quien, independientemente de su lugar en la estructura, le es imposible controlar las relaciones interpersonales. Bajo el punto de vista teórico y mirando a la organización desde afuera, esto parece muy sencillo. Pero enredados en las dificultades del día a día, parece incomprensible que sea así. Se trata de un papel con características ambiguas: por un lado intenta poner orden en las actividades de los recursos humanos de la organización y de su gestión, en principio, como su representante; por otro lado, siem-

pre hay directrices superiores a cumplir, que él no controla.

No sería realista esperar que las directrices de los niveles superiores de la jerarquía coincidieran totalmente con las aspiraciones de los trabajadores. Se trata así de un caso típico de tener que servir a dos amos al mismo tiempo, con alta probabilidad de que estos dos amos tengan discordancias entre sí. En verdad, esta posición contraría un principio básico de la administración tradicional que es la unidad del comando, mas no se puede dejar de reconocer que es así como la realidad se presenta. Cualquier gestor de recursos humanos que opte por cualquiera de estos dos amos estará realizando su función por la mitad. Como el equilibrio absoluto tampoco es posible, se reconoce que no es una misión simple de realizar.

Otra cuestión que dificulta la aceptación de cualquier propuesta del director de recursos humanos es que esta área, con cierta propiedad, es vista como generadora de costos. De hecho, los directores de recursos humanos defienden aumentos de sueldos, más entrenamiento, mejores condiciones de trabajo, estructuración de carrera, etc., pero todo ello implica costos y la necesidad nunca acaba.

Por un lado, esto es verdad para toda la organización, aunque en asuntos de personal sea visto con mayor intensidad. Por otro lado, al mismo tiempo en que los recursos humanos significan costos, sin ellos no hay producción y, por tanto, no hay justificativa para obtener recursos volcados a otras áreas.

Cambiar esta realidad es imposible, pero hay otras maneras de comprenderla. Por ejemplo, percibir que lo que se gasta en los trabajadores de la organización, frecuentemente identificado como "costos" o como material de consumo, en la verdad es inver-

sión, pues el sueldo puede significar permanencia y, por tanto, optimización de aquello que ya fue invertido en entrenamiento.

Otro aspecto a considerar es que quienes trabajan con recursos humanos también son funcionarios de la organización y que pueden verse a sí mismos "diferentes". Hay dos alternativas básicas a considerar:

□ La de camarada, pues los del área específica solo disponen de las informaciones que los demás les ofrecen, asumiendo la relación de interdependencia entre ellos, queriendo hacer reales los conceptos de cliente/proveedor y aumentando la transparencia del trabajo.

□ La de separados o independientes, en la cual volver oscuros los productos de la unidad de recursos humanos es útil, pues garantiza que los demás trabajadores harán todo lo necesario para que sus derechos no sean perjudicados. Es esto lo que sucede cuando el comprobante de pago es ininteligible, cuando para saber cuáles son los derechos adquiridos se lleva meses, etc.. Se trata de un mecanismo eficaz, aunque poco eficiente, para dar poder (en verdad micropoderes) a un grupo tan explotado como todos los demás.

Existe otra actividad que frecuentemente es atribuida al área de recursos humanos ligada a control del cuadro de personal. Aquí el problema es que se termina confundiendo el control de la disponibilidad de puestos con actividades de programación. La verdad es que esta es una actividad en tesis altamente técnica y especializada, pero imposible que cualquier persona consiga trabajarla de forma amplia y pueda llegar a creer que está hablando de necesidades y datos reales.

Programación significa conocer lo que determinada categoría hace, con qué tecnología, en cada unidad. Requiere, en consecuencia, conocimientos tanto técnicos como administrativos sobre el "qué hacer", de forma de localizar el "dónde" y "bajo qué condiciones contractuales" se realiza la función. O sea, significa conocer:

- cuándo se van a programar técnicos de rayos X;
- cuál es la legislación pertinente (cuál la carga horaria permitida por las normas de seguridad y bajo qué tipos de control);
- qué tipo de actividad genérica el técnico realiza en aquella unidad específica, frente a qué demandas de carga de trabajo, la necesidad o no de realizar tareas burocráticas;
- la disponibilidad o no de profesional universitario, y de qué categoría, para realizar la supervisión;
- rutina de desarrollo o actualización;
- número total de profesionales, contando la necesidad de reemplazos por vacaciones, etc.

Dejar que este ejercicio para todas las categorías sea hecho bajo la responsabilidad de la unidad de recursos humanos es temerario. Sin embargo, y parece contradictorio, es frecuente que los trabajadores de esta unidad asuman estas tareas, pues definir el cuadro implica un cierto poder y la necesidad de asumir negociaciones, que pueden levantar recursos de prestigio para quien lo hace o para su unidad.

Definir coeficientes organizacionales, aunque esto signifique no más que copiar los de otra organización, puede dar la impresión de que existe ese conocimiento, y esta es otra cir-

cunstancia en la que esconder el conocimiento o envolverlo en una aureola de misterio puede rendir buenos frutos en cuanto a imagen. La alternativa extrema, como antes se dijo, es la de asumir relaciones de camaradería. Así para cada "puesto de trabajo" vacante se debería revisar la necesidad real de llenarlo, solicitando al mismo tiempo los pareceres de los técnicos de recursos humanos y de los técnicos del área específica.

La programación tal vez no, pero la definición del cuadro de personal ciertamente sí, hace parte de las llamadas políticas de recursos humanos. De una forma o de otra, también es necesario percibir que las políticas de recursos humanos casi nunca son producto del trabajo de la unidad que trata de ellos. Al contrario, sucede por ejemplo que en las unidades del sector público de salud, cuyos ejecutores acostumbra ser oídos como técnicos para el diseño de nuevas políticas asistenciales, el diseño de políticas de recursos humanos suele tener un componente político mucho más amplio. Sus ejecutores, cuando son escuchados, lo son en cuanto objeto de la política y no como los sujetos.

Eventualmente, esas políticas no son decididas dentro de la propia organización, por sus dirigentes, sino exteriormente a ella, por personas que no conocen sus condiciones de trabajo, sus trabajadores, ni sus expectativas o necesidades. Se trata de decisiones mucho más dirigidas a dar respuesta a condiciones del contexto que de la organización.

Hay algunos países de América Latina en que los trabajadores de la salud, incluso con algún entrenamiento específico para tratar con vidas humanas, tienen salarios semejantes a los de cobradores de ómnibus. Al mismo tiempo, y a pesar de la idea de que los trabajadores de la salud, precisamente por lidiar con vidas humanas, son especializados, se verifica que solo una proporción baja entre ellos tuvo algún tipo de instrucción formal orientada a su trabajo. Cabe por tanto preguntarse, en relación a las políticas del área, por lo menos en el sector salud, si ellas no son mucho más un problema que una respuesta.

No hay cómo dejar de percibir que toda la actividad sobre recursos humanos tiene un fuerte carácter político, pues permite a quien la dirige explicitar su modelo acerca de la naturaleza humana, con las consiguientes reacciones que esto pueda provocar.

Se habla aquí de reacción básicamente en referencia a las leyes de la física, específicamente aquella de la acción y reacción, y no tiene necesariamente una connotación negativa. Se trata simplemente de reconocer que cualquier tipo de acción emprendida en relación a los recursos humanos genera, automáticamente, una reacción. Cualquier falta de acción también, e introduciendo la noción de consecuencia organizacional, muestra el resultado de cualquier manifestación gerencial (o de la percepción del trabajador a ese respecto).

**En resumen, por ejemplo, un castigo solamente tendrá las consecuencias deseadas si fuera percibido como tal por el trabajador. Lo mismo ocurre con el concepto de premio. Se tiene ahí un terreno muy fértil para la percepción de justicia y de injusticia como será visto más adelante.**

El papel potencialmente político de este tipo de actitud es incuestionable, quedando limitada la función de cualquier gerente que se proponga tener una actitud puramente técnica. Esta opción, además de imposible, representa una intensa parcialidad de la visión.

### **La comprensión de los problemas gerenciales ligados a recursos humanos**

Hasta el momento, debe haber quedado claro que hay dos grandes cuestiones en la actividad gerencial relacionada con los recursos humanos:

- la cuestión de las consecuencias organizacionales;
- la discusión del papel de las organizaciones y de sus gerentes.

En última instancia, la consecuencia organizacional tiene que ver con cómo la organización informa al trabajador; si su desempeño, en términos técnicos y de comportamiento, es o no satisfactorio. En otras palabras, tiene que ver con la evaluación de la actividad de los trabajadores y, en función de sus resultados, con la expectativa de que algo ocurra: que el trabajador sea castigado o recompensado, nombrado para hacer un entrenamiento, cambiado de función, removido del área, descontinuada la actividad que él venía haciendo, aumentada su carga de trabajo, ofrecidos más días de descanso, etc. Este tipo de consecuencia tiene influencia sobre el trabajador y su relación con la organización.

Lo que con mayor frecuencia termina por influenciar el comportamiento del trabajador es cuando actividades bien o mal ejecutadas, con cumplimiento o absentismo, compañerismo o conflictos, no hacen ninguna dife-

rencia. La organización no se da el trabajo de mostrar su opinión respecto de cualquier resultado. Como consecuencia, si el trabajador percibe que con o sin esfuerzo todo es igual, tenderá a buscar la situación menos penosa.

Hay gerentes, que en el afán de parecer buenos y gentiles, de no indisponerse con los trabajadores, se ponen en peligro de perder todo por dar la impresión de que para la organización el comportamiento del trabajador es indiferente. Frente a esta actitud, los trabajadores para quienes el trabajo es hecho con el objetivo de la satisfacción propia, continuarán desempeñando sus funciones, mientras se sientan cómodos. Hay otros que trabajarán solo cuando sientan que hay alguien a quien satisfacer; si no lo hay, dejarán de tener una razón para hacer sus tareas. Finalmente, hay los que se sentirán explotados si lo que hacen no les parece importante a los demás.

Una vez más, sería deseable enfatizar que, en términos de consecuencia organizacional, existe la actitud gerencial y la percepción de sus trabajadores acerca de ella, que no necesariamente son equivalentes.

La otra cuestión que tiene que ver con el papel de la organización y sus gerentes, conforme fuera señalado anteriormente, tiene como base para cada una de las atribuciones listadas la solución de un tipo de problema. Dice la teoría, que el papel de hacer funcionar el sistema técnico busca resolver problemas de productividad, eficiencia, calidad y satisfacción de la clientela; renovar la organización resolviendo la complejidad y la incertidumbre, los cambios tecnológicos y sociales, las fuerzas competitivas y las demandas múltiples. La función de vigilar el futuro tiene como objetivo la sobrevivencia y crecimiento a largo plazo.

Finalmente, gerenciar personas y grupos tiene que ver con solucionar problemas de compromiso, absentismo, apatía, conflictos y rotación de funcionarios. Sin embargo este modelo (Figura 4), como cualquier modelo, tiene determinadas características, que no se encuentran en el mundo real. Lo mismo puede ser dicho de los problemas definidos en él.

Existen, según algunas teorías de planeamiento, problemas que se pueden considerar como bien estructurados, como semi-estructurados o como no estructurados. Generalmente, los problemas son tan fáciles de solucionar cuanto mejor estructurados ellos sean, ya que su estructuración permitiría comprender sus causas, sus determinantes y sus contornos. Incluso, dependiendo de la competencia de su entendimiento, podrá hasta derivar en la posibilidad de levantar y analizar adecuadamente las posibles alternativas de solución para ellos. El modelo mostrado ciertamente asume que se trata de problemas bien estructurados, solucionables por la aplicación de conocimientos y técnicas adecuadas. Sin embargo, como será posible verificar, en el área de administración de

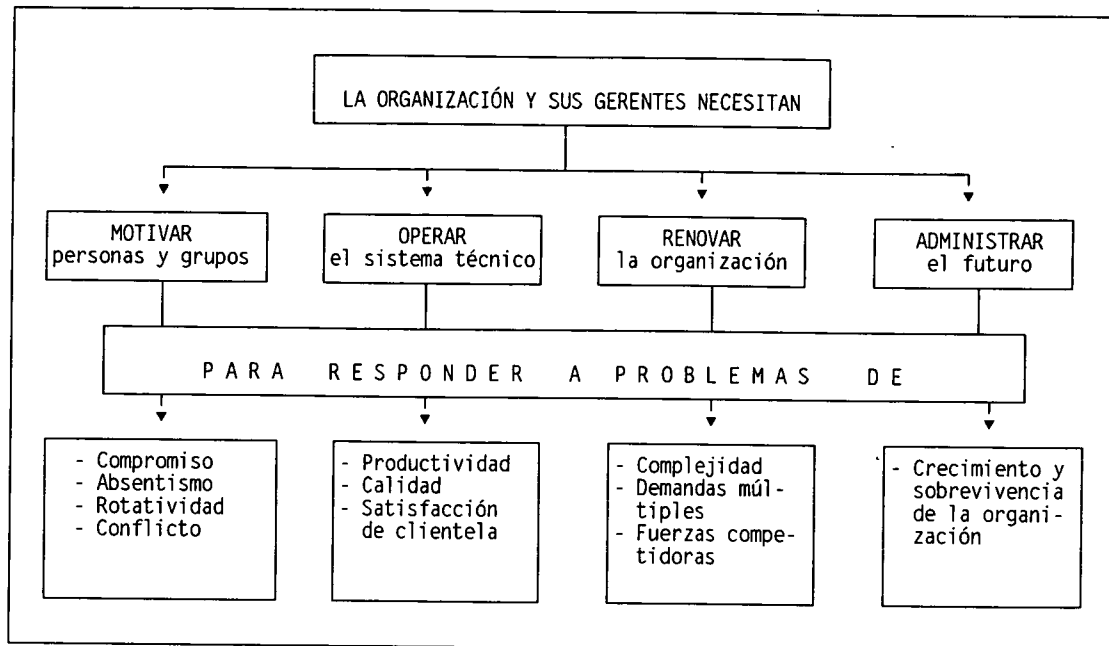
recursos humanos es común que hayan diagnósticos relativamente parciales, en el sentido de que mucho de aquello que es considerado como problema del área es, en realidad, un síntoma de problemas mucho más amplios y complejos.

De hecho, formular diagnósticos tiene un componente indisociable de toda la comprensión de aquello que se llama visión de mundo, planeamiento estratégico o momento explicativo en el planeamiento situacional. No es suficiente enumerar los problemas, es necesario seleccionarlos y agruparlos, de modo que eventualmente se pueda obtener algún tipo de entendimiento correcto, circunstanciado y, de preferencia compartido, que permita interferir sobre ellos.

De aquí en adelante el texto pasa a ser estructurado de manera de abordar los problemas que comúnmente son atribuidos a recursos humanos pero cuya solución está en otra esfera. En rigor, esta línea de raciocinio puede ser útil tanto para aquellos que son responsables por la unidad de administración de recursos humanos como para los que gerencian recursos humanos para obtener éxito en otras actividades.



Figura 4. Modelo de áreas de actuación gerencial



Fuente: Shortell, S.; Kaluzny, A. Health Care Management: A Text in Organization, Theory and Behaviour. NY, 1988.

# Problemas gerenciales en el área de recursos humanos en salud

## Características de los recursos humanos en salud

A partir de este momento, se van a focalizar los grandes problemas atribuidos a recursos humanos bajo la óptica gerencial, para intentar comprender maneras alternativas de estructurar los problemas y pensar en alternativas para su solución en diferentes escenarios en los cuales hayan actores y juegos de fuerza en acción, que puedan ser utilizados como modelos de raciocinio en diferentes circunstancias.

Para iniciar este análisis se hace necesario colocar algunas características del sector salud y de los recursos humanos en salud.

Hay autores que presentan como características del sector salud:

- dificultad para definir las salidas y los productos;
- cantidad de tareas de carácter urgente o impostergable;
- gravedad de los errores;
- mayor lealtad a la corporación profesional que a la organización;
- interdependencia de las actividades;
- actividades altamente especializadas;
- poco control jerárquico sobre uno de los grupos generadores de trabajo, de gastos y de rendimientos (los médicos);
- papel fundamental del cliente en el proceso de trabajo.

Cualquier análisis de estos aspectos, excepto el último, se puede encontrar en diferentes situaciones y culturas organizacionales. En estas condiciones, tal vez sería característico

la combinación de todos ellos. La interdependencia de las actividades, por ejemplo, está presente en el concepto de organización o de sistema.

Habría quien diga que son los propios profesionales de cualquier sector a quienes les gusta pensar en sus productos como no definibles, mensurables o evaluables, justamente para evitar controles gerenciales, definición de normas y rutinas, etc.

Errores e imprecisiones pueden ser fatales en una cirugía y muy graves en un diagnóstico, pero en la conducción de un avión o en los cálculos para las estructuras de concreto también se pueden tener consecuencias letales. Hay de hecho muchas tareas impostergables, principalmente en el área técnica, pero ciertamente en cualquier otra organización se puede identificar aquello que debe ser hecho inmediatamente.

Finalmente, la cuestión de la especialización de actividades trae entre líneas la capacitación profesional. Sin embargo, en América Latina y el Caribe cabe recordar que un pequeño porcentaje de aquellos que trabajan en este campo (con la vida y la salud de las personas) no son especializados; muchos de ellos tienen, apenas, educación elemental, y no siempre completa.

Al mismo tiempo, en cualquier sector, el grupo responsable por el núcleo del trabajo y, por tanto, por los eventuales rendimientos es poco controlable. La diferencia en este caso es que se trata de médicos, en tanto que en otras áreas pueden ser ingenieros o abogados, vendedores, etc.

Gran parte de lo que se da en llamar organizaciones de salud tiene que ver con sus recursos humanos. Por esto ellas hacen parte de aquello que algunos teóricos llaman "organizaciones profesionales", en las cuales se valoriza habilidades y conocimientos para el desarrollo del trabajo final. Esto se une al deseo que estos grupos profesionales tienen de mantener su poder sobre las decisiones que influyen en su trabajo. Por esto, cualquier tentativa de democratización en estas organizaciones tiende a favorecer a los profesionales, pues los demás continúan trabajando en función de aquellos, incluidos en las llamadas "categorías nucleares". De ahí el término "paramédico", usado con tanta liberalidad en el sector salud y, en América Latina, la alta prevalencia de médicos al frente de servicios.

En cuanto a los aspectos directamente relacionados con recursos humanos, cabe repetir que los profesionales nucleares tienden a preservar al máximo su autonomía de acción, pero es necesario tener en cuenta que:

- Los servicios de salud son, por definición, dependientes de la mano de obra, aún en la vigencia de equipamientos con alto grado de complejidad, principalmente si se tiene en consideración la discusión sobre tecnología.
- Existe una serie de profesionales con formación diferente, cada uno con sus normas, coeficientes, visiones del mundo y nociones de ética. En algunas instituciones esto puede ser considerado el comienzo de la formación del equipo multiprofesional, en otras, se explica a partir de ahí la falta de viabilidad del trabajo multiprofesional.
- Las relaciones internas responden con frecuencia al *status* de las diferentes profesiones en la sociedad. Un capítulo impor-

tante del análisis de las organizaciones de salud es el que discute la introducción de diversas profesiones en el área. Aún es actualmente generalizado el fenómeno de entrada de los especialistas de informática en el sector.

- Hay desigualdades entre los niveles más próximos de la cumbre y los más próximos de la base de la pirámide profesional. Aún más llamativa que la diferencia de status, es la variación entre niveles salariales y exigencias en el cumplimiento de tareas y carga horaria, sin contar el tipo de supervisión realizada.
- La jerarquía gerencial frecuentemente está disociada de la jerarquía profesional, dependiendo de la categoría y del nivel jerárquico considerado.

Se trata entonces de estudiar si esto representa un problema o solo un dato de la realidad. Cualquier análisis ambiental preconiza que se haga una verificación de puntos fuertes y puntos débiles internos a la organización y de las oportunidades, necesidades y restricciones ambientales.

Frecuentemente se olvida que el concepto de punto fuerte y punto débil, oportunidad y restricción, varía de acuerdo al observador, la organización y el momento. Al mismo tiempo, tampoco se acostumbra tener presente la percepción de que existe una categoría aparte, que no es ni problema ni solución, que puede ser considerada "dato de realidad". De hecho, existen cosas que se colocan coyunturalmente para definir el escenario, siendo parte de él o sin destacarse lo suficiente para tornarse algo a incentivar o cohibir.

Otro aspecto a considerar es la transición de conceptos sobre figuras jurídicas y tipos de organización en el sector. Hace mucho

tiempo que se discute el concepto de organizaciones de salud como de finalidad colectiva, por definición, considerando incluso la posibilidad de que ellas sean entendidas como públicas, mismo cuando no estatales.

En la actualidad, cuando la filantropía y las ONG pasan a ser parte importante del escenario de estudios organizacionales, es aparente que la sociedad del futuro se desarrollará en función de los servicios y la manera de ver la atención a la salud debe

cambiar, con el objetivo de profesionalizarla y hacerla más accesible a sus usuarios. Ya existen, en organizaciones de salud con diversas finalidades, instancias para oír reclamos y sugerencias de usuarios (clientes externos) y de trabajadores (clientes internos).

Algunas de estas unidades tienen como objeto actuar como agentes de relaciones públicas, otras como amortiguadores de tensión y otras, finalmente, parecen de hecho asociadas a la firme intención de optimizar los servicios.\*

**Es importante darse cuenta que sin los recursos humanos ninguna organización, pública, privada lucrativa, o filantrópica, será capaz de mejorar lo que quiera que sea en su prestación de servicios. Ninguna máquina "atenderá" bien a una persona. Esto no es, puede decirse, ni un punto fuerte ni un punto débil, ni oportunidad ni restricción. Esto es lo que típicamente se puede llamar un dato de realidad.**

## Los problemas

En las organizaciones de salud, clasificadas entre las llamadas organizaciones profesionales, paradójicamente hay poco profesionalismo en las relaciones de trabajo. Independientemente de quiénes sean los que estén envueltos en esas relaciones (doctores, limpiadores, técnicos, trabajadores sociales), los elogios y las críticas son casi siempre tomadas en un carácter personal, aunque los motivos para la crítica asuman un matiz profesional. Además, se trabaja mucho con lo que se acostumbra a llamar "paternalismo", especialmente si no es nuestro comportamiento sino el de los otros el que está en tela de juicio.

Cualquier evaluación de las personas que trabajan en un sector, en un escenario como el descrito arriba, termina en grandes críticas sobre la eficiencia cuali-cuantitativa

de los trabajadores. También suele terminar en una discusión sobre si los coeficientes para contratación de personal son o no adecuados, y, frecuentemente, en el diagnóstico de que en general los que allí trabajan no tienen los conocimientos, habilidades, ni el perfil necesario para el desempeño de las actividades requeridas, sean ellas técnicas o administrativas.

La verdad es que al escuchar a algunos gerentes (entre los más comunes evaluadores) del área de la salud, queda claro que los funcionarios de las organizaciones difícilmente son aquellos con quienes les gustaría trabajar. Y tampoco los pacientes son los que se desearía tener y tal vez ni las organizaciones sean como deberían ser.

\* Sobre este tema véase el Manual No. 1 de esta Serie sobre "Tendencias contemporáneas en servicios de salud".

Estas críticas ocurren en condiciones absolutamente normales de los servicios de salud, sean ellos públicos o privados, en cualquier nivel del SILOS, dedicado a la asistencia primaria o a la actividad hospitalaria. Sin embargo, se debe agregar a esta delimitación del escenario otra característica del sector, mucho menos reconocida de lo que sería necesario: la centralización.

### **Centralización o descentralización**

La centralización ha sido sinónimo, durante determinados períodos de ciertos países latinoamericanos, del atraso gerencial y político, del obscurantismo y del autoritarismo. Pero en otras instancias fue considerada como posibilidad única para obtener éxito y racionalidad política o administrativa. Incluso así, hay quien desee huir de esta discusión, que además de todo es vital para el ámbito de recursos humanos.

La oposición entre centralización y descentralización solo podría ser entendida como tal, en caso que ambas fuesen vistas como puntos extremos de un continuum. Por lo tanto, no se trata de conceptos opuestos, sino complementarios.

En realidad, no existe centralización absoluta, excepto que se trate de una única

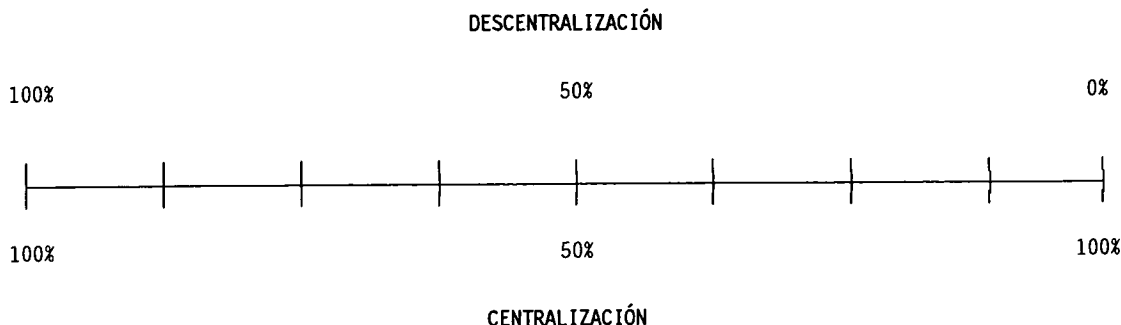
persona, y una descentralización absoluta haría que quedase descartada la organización como tal.

Esto es tan fácil de percibir que cualquier análisis de ventajas de la descentralización, tan al gusto de los trabajadores del área de la salud, quedaría mucho más completo si fuera hecho paralelamente con un estudio de las desventajas de la misma. Coincidentemente, podrá ser verificado que, de un modo general, lo que se consideran ventajas de la centralización son muy semejantes a las desventajas de la descentralización. Y viceversa.

El ejercicio propuesto hace que sea necesario recordar que ni centralización ni descentralización son entidades absolutas, simplemente se trata de corroborar cuál es el porcentaje de centralización o de descentralización que se pretende alcanzar.

En resumen, en lugar de categorías determinadas, la centralización y la descentralización representan, en cada situación, el producto de las decisiones y, como tal, tendrán sus consecuencias, favorables o no. Las Figuras 5 y 6 intentan mostrar las dos categorías como extremos de un continuum y la complementariedad entre sus ventajas y desventajas.

**Figura 5. Centralización y Descentralización**



El hecho de analizar juntas cuáles son las ventajas y desventajas de tender a la centralización o a la descentralización debe ser reconocido no como una forma de evitar las desventajas sino de, conociéndolas, tratar de minimizar sus efectos. Del mismo modo, en cuanto a las ventajas, no se trata de regocijarse porque existen: se trata de maximizarlas toda vez que ellas no serán una sorpresa.

Aún resta recordar que el hecho de prever éxitos o fracasos no es una garantía, y hay

muchos límites para la previsión. Por tanto, algunas ventajas, previstas o no, se concretarán o estarán disfrazadas como problemas. Mirando de manera optimista, lo mismo puede ocurrir con las desventajas. Se trata por tanto, de comprender que son decisiones y no datos de realidad. Como tales son antes que todo probables, y su análisis en este caso, tiene a ver con la circunstancia. Por esto no se puede afirmar que cualquiera de las situaciones es un bien o un mal *a priori*, por mas que la ideología tienda a valorizar alguna de las situaciones.

**Figura 6. Justificativas y críticas más frecuentes de la descentralización y de la centralización**

DESCENTRALIZACIÓN	CENTRALIZACIÓN
<p><i>Justificativas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor compromiso</li> <li>- Decisión más próxima del acto</li> <li>- Mayor conocimiento</li> </ul> <p><i>Críticas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos parciales</li> <li>- Decisión demorada</li> <li>- Favorece los conflictos grupo/organización</li> </ul>	<p><i>Justificativas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidad de especialización</li> <li>- Decisión más ágil</li> <li>- Mayor racionalidad</li> </ul> <p><i>Críticas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos de grupos restringidos</li> <li>- Decisión distante de la realidad</li> <li>- Favorece la alienación</li> </ul>

Otro aspecto a resaltar es que las percepciones con respecto a cuál es el lugar de ese continuum en que se sitúa la organización a cada momento, varían de acuerdo a la perspectiva del observador. Es decir, inevitablemente para quien descentraliza, la percepción con respecto a cuánto está siendo descentralizado es diferente de aquella del actor organizacional para quien está ocurriendo la descentralización. Si por lo menos la tendencia del lugar en el continuum fuera semejante, podría haber menos interferencia de la percepción en la acción, en el sentido de impedirlo. Sin embargo, si existiera real oposición, las consecuencias podrían ser muy profundas.

Un factor importante que nubla la percepción es lo que se entiende por descentralización. En algunos casos, para algunas personas menos informadas, centralización significa una proximidad teórica muy grande con los controles, entonces la descentralización tendería a ser absolutamente libre. De hecho no es así.

Para garantizar la existencia y la eventual unificación de la organización, la descentralización requiere mecanismos de control mucho más eficaces y no solo formales. Para quien considera autonomía como sinónimo de ausencia de control, cualquier tentativa en este sentido será percibida como centralizadora y autoritaria. Por otro lado, bajo el punto de vista del gerente, hay quienes cuando no les gusta algún área o no la conocen lo suficiente, acostumbran delegarla a otros profesionales.

Debe quedar claro que este es un caso típico de "irresponsabilidad" y no de descentralización pues la intención de este gerente puede ser entendida como una tentativa de librarse de una responsabilidad.

En la Figura 6 se presentan algunas de las justificativas y críticas más frecuentes sobre la centralización y la descentralización.

Tender a la descentralización parece un movimiento normal para las organizaciones, en la medida que ellas pasen a confiar más en sus trabajadores y les ofrezcan condiciones para desarrollar nuevas funciones. En realidad, se trata de capacitar los niveles más periféricos del sistema, de modo que se aumente su competencia y la confianza que la organización venga a depositar en ellos.

Delegar actividades sin aumentar los conocimientos y la relación de confianza existente entre el trabajador y la organización y sin proporcionar mayor seguridad al funcionario, teniendo como objeto su trabajo y su desempeño, es ilusorio e injusto. Además, es caro y consume tiempo y no le será posible al gerente esperar que todo ocurra normalmente.

Bajo el punto de vista de las funciones del subsistema de administración de recursos humanos, como ya fue mencionado, esta discusión tiene que ver con desarrollo y hasta con la noción del plan de cargos y con el planeamiento de recursos humanos de manera general. En rigor, también está intrínsecamente relacionado al ítem provisión, por medio del cual se puede prever en quién la organización irá a invertir y con qué finalidad.

La forma más común de hacer fracasar cualquier tentativa de descentralización es hacerla de manera abrupta y aleatoria, decidiendo impetuosamente nuevas rutinas y decidiendo que sean funcionarios de otros niveles quienes las realicen. La probabilidad de que su desempeño en nuevas situaciones sea satisfactorio es, a lo máximo, de un 50%.

Se dice en tono jocoso que la calidad de un trabajador (principalmente de aquellos que actúan en actividades administrativas), podría ser medida por no sentirse su falta durante su ausencia, por como ellos saben delegar actividades, etc. El otro extremo, aún jocosamente, tiene que ver con el trabajador que se siente incompetente cuando sabe que no sintieron su ausencia. Debido a un probable comportamiento de combate a la inseguridad, este actor podría ser aquel cuya información no sea comunicada a nadie que él no haya escogido, por algún motivo, como su fiel depositario. Sus vacaciones son un infierno para sus colegas no por que su trabajo sea crítico, sino porque este trabajador centraliza todo. En el límite, es aquel que se siente orgulloso, sea porque no puede salir de vacaciones nunca, o porque lo llaman por teléfono durante sus vacaciones para saber si él se acuerda de alguna llamada, de algún papel, etc.

Es interesante observar que este tipo de comportamiento, de gran centralización, en ocurre en el nivel de la organización, refleja falta de confianza y, en rigor, falta de competencia situacional. No es esta, sin embargo, la incompetencia a la cual los gerentes se refieren generalmente cuando se quejan de la insuficiencia cualitativa de sus recursos humanos.

Aún queda por señalar que el continuum que va de la centralización a la descentralización está definido por la cuestión de la autoridad decisoria. De hecho, ello tiene que ver con hasta qué punto esta autoridad está concentrada o dispersa. Existe otra categoría llamada "concentración", cuyo extremo opuesto es la desconcentración y en la cual se acostumbra tramitar la asignación de los recursos.

**La cuestión de centralización/descentralización se relaciona con el poder y la autoridad y la concentración/desconcentración con la gestión de recursos. No necesariamente esos dos pares son sincrónicos: en la vigencia de una mayor tendencia a la descentralización puede haber mayor o menor concentración de recursos y así sucesivamente.**

### **¿Competencia técnica o administrativa?**

La insuficiencia en la calificación de los trabajadores de la salud, conforme es apreciado por los gerentes y demás observadores del sector, tiene que ver básicamente con puntos de vista y algunas preguntas sobre cuestiones referenciales menos lineales que el del modelo de sistemas, conforme ya fue observado. Es decir, que tanto la competencia como la eficiencia, por ejemplo, son conceptos relativos, en el sentido de estar vinculados a algún punto referencial específico.

Nadie es competente en términos absolutos. Un excelente dactilógrafo puede no saber dibujar y dependiendo de lo que se espera de él, será considerado muy competente o una nulidad. En caso que él sepa que precisa saber dibujar, tal vez lo aprenda; pero si simplemente un día alguien llega con esta nueva demanda, la probabilidad de que él pueda atenderla es baja. Un médico puede ser un experto en su especialidad de oftalmología, por ejemplo, pero si tiene que atender un parto, tal vez sea mejor llamar a alguien para ayudarlo, pues no es su diploma de medicina lo que irá a capacitarlo (aunque formalmente lo habilite) para auxiliar a la



mujer que va a dar a luz. Una vez más, en el área técnica se trata de una cuestión identificable mediante criterios objetivos de supervisión o de resultados, aunque a veces haya problemas de otro orden que interfieren en la voluntad que el trabajador tiene para cumplir adecuadamente su tarea.

Más difícil es hacer un análisis del desempeño de la competencia administrativa, pues existen organizaciones y gerentes que valoran el no errar, aunque esto se traduzca en una actuación tibia, mientras hay otras circunstancias en que lo que importa es aparecer competente, independientemente de los resultados.

La cuestión parece depender de quién evalúa. Esto ciertamente tiene su valor, pues ayuda a definir y comprender criterios. Por otro lado, existe la posibilidad de que estos criterios sean muy localizados.

Hablar de centralización no implica necesariamente redefiniciones en el ápice jerárquico de la organización. A veces, hay jefes o estructuras centralizadoras o descentralizadoras en organizaciones con otro tipo de características y hasta de orientaciones. Esto ya fue tratado cuando se explicaban los problemas del área de recursos humanos propiamente dicha, en el sentido de poder auxiliar en la definición de algunas directrices, además de no tener el control sobre la manera como cada gerente lidia con los trabajadores bajo su supervisión directa.

Por ejemplo, dejar que sea la unidad responsable por la selección, la que defina de manera centralizada el tipo de candidato que será adecuado para prestar servicios en la recepción, implica correr el riesgo de tener una persona de buena apariencia, que tenga placer en atender al público, pero que no consiga dar explicaciones claras a quien

se las pide. ¿Quién irá a evaluar su competencia durante el trabajo? Y, al final, ¿quién la define?. Deberá informar un recepcionista que el tipo de problema que el paciente presenta es tratado en el 2° piso, por el grupo médico que atiende los miércoles por la tarde, si el paciente se ha inscrito para el martes por la mañana? Y aún diciéndolo, es necesario tener claro si el paciente lo entendió o no, para evitar que pierda tiempo y esfuerzo en llegar hasta el servicio y se frustre al no ser atendido, creando un caso más de falta de confianza en el área de la salud.

Por otro lado, no es raro encontrar tareas que son definidas centralmente en la organización, dificultando a las unidades periféricas el poder tomar medidas para poder responderlas.

La perspectiva de la "administración de la calidad"\* asume que nadie sabe mejor que quien participa en la ejecución de una tarea, lo que es necesario para ejecutarla. Esto ciertamente implica descentralizar lo suficiente para, por lo menos, oír al trabajador.

Una de las funciones de los gerentes sería la de juntar toda estas informaciones parciales, bajo el título de coordinación. Tal vez una parte de las críticas a la incompetencia de los trabajadores se deba al no cumplimiento de esta importante actividad implícita en la función gerencial. En realidad, por no estar explicada, frecuentemente no es tomada en consideración.

---

\* Para mayor información sobre nuevos enfoques de la administración de la calidad en servicios de salud véase el Manual No. 9 de esta Serie.

Los enfoques de calidad/eficiencia también indican que dentro de la definición de cada uno de sus procesos debe estar claro:

- Para quién se hace (quiénes son sus clientes principales y los secundarios);
- Para qué lo realizan (lo que se espera del cumplimiento adecuado de la tarea); y
- Por qué se hace (aquello que justifica la acción o la hace necesaria).

Por ejemplo, la actividad de preparación de los alimentos puede tener como clientes a los pacientes internados, los funcionarios que irán a comer y los funcionarios que irán a distribuir estos alimentos. Dependiendo de quién sea considerado el cliente principal, en cada uno de estos casos, la forma de realizar el trabajo será diferente.

El resultado también es fundamental en la definición de lo que deberá ser hecho, pues al decirse que el servicio de lavandería sirve para lavar las ropas, probablemente el énfasis en el proceso será diferente de cuando se asuma que se lavan ropas para que estén limpias y en condiciones de ser usadas en las unidades x,y ó z, en el horario en que allá sean necesarias (y no necesaria-

mente cuando sea más conveniente para la lavandería entregar la ropa!).

Por ejemplo conviene que el funcionario que atiende el público sepa que es preciso darle información correcta y comprensible porque es una manera de que el usuario pueda mantenerse vinculado al servicio sin gastar más tiempo y energía que lo necesario, cada vez que él sienta que precisa algo en su SILOS de residencia.

### ¿Cuál es el límite del poder?

Para definir el límite entre centralización y descentralización, una de las primeras situaciones a caracterizar es aquella en que por más que el gerente (incluso aquel directamente responsable de recursos humanos) tenga la intención de definir la medida de descentralizar, su influencia será, a lo máximo, sobre las tendencias. En los términos absolutos, los resultados difícilmente estarán próximos a su expectativa, pues como en cualquier acción o intención de carácter estratégico, debe recordarse que hay por lo menos dos partes involucradas y la reacción de la otra parte en relación al gerente debe ser tenida en cuenta, aunque no sea posible anticiparla completamente.

**En cuanto al límite de la competencia, se hace obligatorio conocerlo para superarlo. De esta forma, competente será quien consiga lo que la organización espera. A la luz de esta definición, gerente será quien consiga traducir para sus trabajadores aquello que la organización espera, de modo de obtener el resultado previsto.**

Integrar esto con la discusión de gestión de recursos humanos significa considerar el rol de los diferentes gestores en la conducción de los recursos humanos. La verdad es que, entre las actividades que hacen parte del papel gerencial de motivar y liderar personas y grupos está la de "ofrecer dirección".

Por extraño que pueda parecer, muy poco de lo que los dirigentes hacen es ofrecer dirección. Puede hasta ocurrir que propongan directrices, pero estas terminan por no ser seguidas por los ejecutores de las actividades-fin de la organización, no por sabotaje ni por incompetencia, sino por falta

de dirección. Ellos simplemente no saben qué hacer. Exhortaciones vagas como la de hacer las cosas lo mejor posible no son adecuadas, pues a veces lo "mejor posible" no corresponde a lo necesario. A veces es más, o menos, o aún paralelo, tornándose en un desempeño que no encuentra las necesidades o las expectativas de la organización. Es el mismo caso de tener a alguien sobrecalificado para una determinada actividad: aceptarlo significa asumir el riesgo de terminar por cansarlo, frustrarlo, que baje su nivel de desempeño, tornarlo un trabajador por debajo de lo que a él le gustaría ser.

Por otro lado, la competencia es una cuestión directamente ligada a la centralización, haciendo parte hasta de su discurso tradicional. Habrá quien diga que descentralización sería, en tesis, la solución siempre más adecuada, excepto que es mucho más cara pues implica más trabajadores capacitados en todos los niveles de la organización.

Hoy día las teorías de organización orientadas a las organizaciones flexibles ya preconizan la necesidad de tener actividades de entrenamiento y reentrenamiento constantes, bajo pena de quedarse cada vez más lejos de los límites de desempeño deseado.

Una vez más se está discutiendo si los recursos colocados en entrenamiento representan costos o inversión. En realidad, en cualquier circunstancia, hay que mantener a los trabajadores actualizados, aún cuando al considerar su situación de entrada en la organización solo era aceptable su potencial.

Sin embargo, ni capacitación ni dirección ni liderazgo tienen sentido si fueran vistos como finalidades en sí. La confusión entre las actividades de apoyo, para el caso de

gestión de recursos humanos, o entrenamiento y desarrollo, y la finalidad de la organización puede llevar a serias distorsiones, reforzando la cuestión del corporativismo que puede ocurrir en caso que la gestión de recursos humanos sea colocada en el núcleo de competencia de una unidad específica. O sea, para que el entrenamiento sea eficaz se hace necesario saber el propósito de entrenamiento, en qué circunstancias deberá ocurrir la actividad objeto del programa, etc.

La centralización o la descentralización en sí mismas tampoco pueden ser vistas como un fin, pues son instrumentos organizacionales para llegar a algún resultado, de corto, mediano o largo plazo. Bajo esta óptica, como la descentralización implica el aprendizaje con respecto de la organización, tiene menos probabilidad de ser eficaz a corto plazo.

Actualmente esta cuestión ya ha sido resuelta en algunas organizaciones de salud, por la utilización de consorcios o cooperativas, que de hecho son acuerdos de cooperación y responsabilidad mutuas entre el área técnica y la de recursos humanos. Con estos acuerdos ya no son aceptables programas de entrenamiento propuestos y ejecutados en su totalidad por una o por otra de las áreas, técnica o de recursos humanos (lo que sigue siendo la solución más común en buena parte de las organizaciones del área de la salud). Por lo contrario, en este abordaje, de alguno de los lados surge la percepción de que ocurre la necesidad de algún programa de capacitación, sea por supervisión directa, sea por sistematización de evaluaciones, etc.

De ahí pasan a ser discutidas, por ambas partes las alternativas de programas, considerando la carga horaria disponible, nivel real de necesidades, experiencia existente en la organización sobre el asunto, en dónde

existe también la posibilidad de obtener este conocimiento, etc. Todos los pasos son seguidos hasta obtener el entrenamiento como sea y donde sea.

Una vez realizado el programa, la evaluación también será hecha por la sociedad cooperativa, siendo considerados desde los motivos que generaron este proceso específico hasta la opinión de los superiores inmediatos con respecto al nuevo modelo de desempeño de sus funcionarios.

En caso que se detecte, por ejemplo, la necesidad de entrenar técnicos para vigilancia epidemiológica, es preciso indagar lo que ellos ya saben y lo que necesitan aprender, corregir y mejorar. En seguida hay que descubrir en el SILOS o en otro nivel del sistema lo que se dispone en términos de competencia técnica y de docencia en los servicios y lo que se debe procurar en otras instancias, como la universidad.

En realidad, puede ser necesario decidir si interesa integrar a la universidad y a los servicios en un programa de estos o si es mejor, en el caso específico, limitarse a uno o al otro como suministrador del componente técnico.

Finalmente se llega al diseño del programa, que en realidad se inició desde la fase de

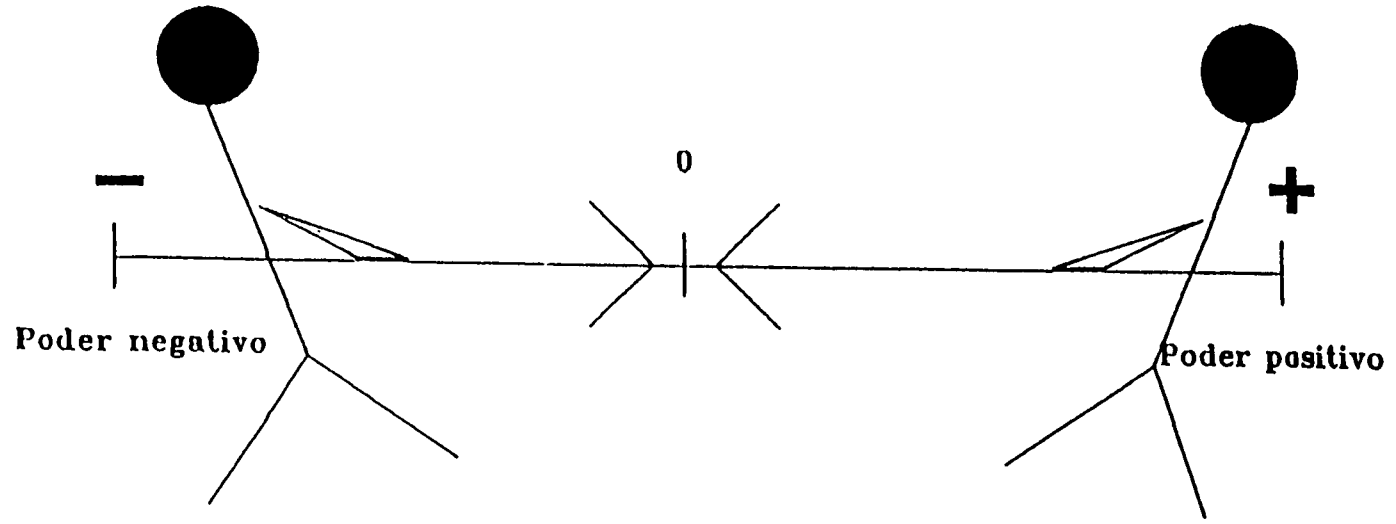
diagnóstico, pero que en este momento pasa a incluir como socia también a la universidad o quien quiera que haya sido seleccionado como responsable por el contenido específico.

Al concluir el programa, en la evaluación deberán participar todos los integrantes, los entrenados inclusive. El gran objeto de evaluación es saber si la vigilancia epidemiológica está siendo hecha adecuadamente o si existe una nueva visión con respecto a los indicadores de salud.

En esta situación, bastante idealizada, no parece adecuado que la universidad, por ejemplo, venga a ofrecer un programa ya listo y que éste se acepte por comodidad. Si el servicio estuviere interesado en el programa, deberá discutirlo hasta llegar a una solución que parezca a priori satisfactoria para las partes involucradas y que, a posteriori, también se muestre adecuada. El resultado también debe ser debatido entre ellas.

Es claro que esto no impide que los trabajadores escojan sus opciones de desarrollo personal y profesional de manera independiente, ni entra en conflicto con el hecho de que la organización pueda definir que algún trabajador se dedique a algún tipo específico de programa de desarrollo que beneficie su carrera.

Figura 7. Modelos explicativos de las relaciones de poder



La verdad, es que no se puede catalogar claramente este tipo de solución ni como descentralización ni como centralización. *Consortios o cooperativas* (acuerdos de cooperación y responsabilidad mutuas) en esta área representan la tentativa de huir del carácter lineal contenido en un modelo del tipo "o esto o aquello", tratando de llegar a síntesis más que a soluciones muy circunstanciales.

En el área de entrenamiento y desarrollo, por ejemplo, para que esa cooperación ocurra, se puede considerar necesaria la existencia de un importante número de pre-requisitos. Este modelo, sin embargo, solo fue presentado porque puede ofrecer una importante alternativa de solución de problemas, teniendo como estructura lógica la complementariedad entre las diferentes partes de la organización, a la luz de la percepción de la interdependencia, tan visible en las organizaciones de salud.

La tentativa de abandonar este carácter lineal puede dar otra óptica a la definición de centralización y descentralización, como procesos relacionados a la dispersión de la autoridad decisoria. En realidad, aquí se habla del ejercicio del poder como categoría compartida y no como un juego cuya suma final es cero. Por tanto, el ejercicio de las cooperativas o consorcios puede aumentar la cuantía de poder disponible en una organización, en caso, que se pretenda continuar con un raciocinio aritmético. Las

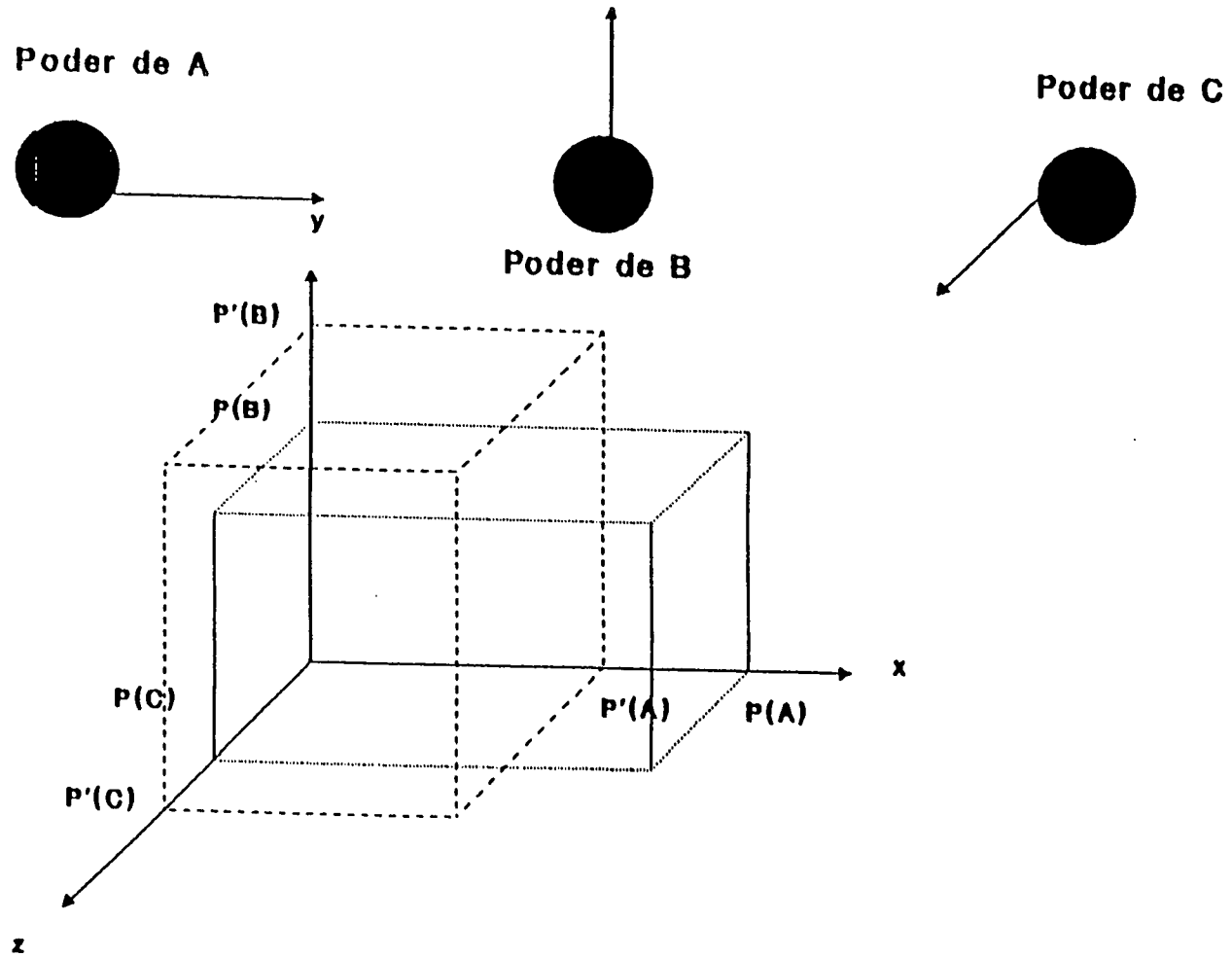
Figuras 7 y 8 intentan representar estos dos modelos.

No debería ser difícil percibir que el primer modelo deriva de las nociones de centralización y descentralización, asumiendo el carácter lineal. La gran diferencia es que en lugar de moverse constantemente para tratar de representar un estado dinámico, aquí todas las fuerzas convergen y tienden a cero (Figura 7).

En cuanto al segundo modelo, éste funciona como la suma de vectores, en que cada trabajador o parte de la organización es visto como "disponiendo de poder", o sea, no se asume que hay quien tenga poder y quien no lo tenga (Figura 8). En realidad, el concepto es mucho más dinámico, obligando a estudiar a cada momento quien tiene mayor o menor poder, para después encontrar la resultante.

En el sistema de *cooperativas*, en el cual, en tesis, el sentido de las fuerzas es el mismo, el poder total aumenta pero no de acuerdo a una suma aritmética. Por el contrario, existe una gran potencialización, en que  $2 + 2 > 4$ , por definición. Por otro lado, el poder existe solamente cuando es practicado y, salvo el concepto físico de fuerza, es ejercido por y sobre personas. De esta forma, el área organizacional que tiene mayor justificativa para la discusión de este tema es aquella dedicada a las personas.

Figura 8. Modelos explicativos de las relaciones de poder



## Conflictos

### El conflicto organizacional

Es común que observadores internos y externos consideren los conflictos como problemas o como asuntos a resolver. Sin embargo, la posibilidad de acabar con el conflicto es incompatible con el concepto de organización. En la caracterización del conflicto están como "condiciones antecedentes": grupos diferenciados, interdependencia de tareas y recursos compartidos.

Las organizaciones se caracterizan justamente por estas condiciones, sea en el modelo de sistemas (el cual refuerza la interdependencia), sea en el modelo jerárquico (en el cual se percibe la diferenciación de los grupos), sea en una visión más económica (que enfatiza la dependencia de recursos).

La definición de conflicto asume la existencia de objetivos no compartidos o el deseo de alcanzar objetivos en tiempos distintos por los grupos "diferenciados" y la acción efectiva en el sentido de que cualquiera de esos grupos pueda alcanzar su resultado o impedir que el otro lo haga.

Si el mundo de la administración es, de hecho, el mundo de la acción, con mayor razón el conflicto, intrínsecamente ligado a la vida organizacional, solamente puede ser considerado como tal en caso que haya interferencia real. No ocurriendo este tipo de reflejo, se trata de "mal ambiente", "hostilidades", etc. y no de conflicto.

Una vez que los actores organizacionales perciben que existe la incompatibilidad entre sus objetivos y los de los "otros", el siguiente paso es el descubrimiento de alguna posibilidad de interferencia de uno sobre los demás. Observando que las tareas son inter-

dependientes y los recursos compartidos, una de las partes puede tener rápidamente la inspiración sobre lo que hay que hacer para intervenir en la actividad del otro.

Esta fase puede ser caracterizada como de percepción de la posibilidad de conflicto. Sin embargo, como sería de esperarse, solo ocurrirá el conflicto si la otra parte también está dispuesta a participar en él. En caso que esto ocurra, se dará el llamado "comportamiento de conflicto" por las partes en él involucradas.

No se trata, naturalmente, de mantener conversaciones diplomáticas en el sentido de decidir cuándo se dará inicio al conflicto, hasta que punto él irá a ocurrir y cuáles son las alternativas de solución. No se puede esperar que el modelo conduzca a un comportamiento tan consciente. Únicamente la observación de la emergencia de diferentes conflictos permite que se asuma este modelo para comprenderlo. Cada conflicto, a su vez, más tarde o más temprano es resuelto. Hay dos posibilidades básicas para que esta solución ocurra: administrarlo o abandonarlo.

Abandonarlo en nombre de una supuesta tal vez esperada e imposible neutralidad, hace que la organización no tenga idea de cuánta energía se va a gastar todavía durante la vigencia de este conflicto específico. Intentar administrarlo implica asumir un papel y de allí partir hacia una tentativa de control o de acción administrativa. En los dos casos, una vez más se recae en la "percepción" que los actores organizacionales tendrán del proceso.

Lo que hace entre otras cosas absolutamente imposible la neutralidad, es el hecho de que las partes en conflicto y sus observadores tendrán opiniones diferentes con respecto a quién benefició a quién, quién realmente salió beneficiado, etc.



En cualquiera de las hipótesis hay tres grandes posibilidades de resultado del conflicto con relación a las partes envueltas:

- gana/gana;
- pierde/pierde; y
- gana/pierde.

En caso que fuese posible ser optimista con relación a las relaciones interpersonales dentro de las organizaciones, la receta sería clara: se debe perseguir al máximo la solución gana/gana, ya que las personas que ganan experimentan, aunque sea, durante algunos momentos, la sensación de que no hay por qué pelear, de que quedó claro quién tenía más poder en aquel momento, de que es posible relajar un poco.

Sin embargo, esta solución solo ocurre de verdad cuando las partes involucradas creen de hecho que ellas ganaron, independientemente de aquello que cualquier observador haya percibido. En este caso, entra en discusión qué es lo que hace que las partes consideren que ellas tuvieron la ventaja, y no existe una respuesta.

Por ejemplo, se puede imaginar una situación en que va a quedar libre una sala en el primer piso de un consultorio, pues el responsable de la coordinación de la supervisión se va a mudar junto a la jefatura de las áreas técnicas. Como siempre, tres o cuatro unidades van a procurar la ampliación de su área física. Asumiendo que solamente las unidades de recepción y servicio social estén disputando la sala, alguien deberá arbitrar quién precisa más de ella. Una solución salomónica, y posiblemente absurda, de algún gerente apartado de la unidad, sería la de dividir la sala en dos para permitir que todos ganen más espacio.

Una visión ingenua, en el ejemplo anterior, sería la de que todos ganaron, incluso la administración, que demostró su poder y considera resuelto el problema y pasa a esperar mejor productividad de las unidades involucradas. Sin embargo, se puede demostrar que las dos unidades consideran que perdieron pues, en primer lugar, ambas querían una sala y no media. En segundo lugar, tal vez una de las causas (con certeza no explícita) para esta disputa fuese la de que la recepción tal vez de hecho precisase la sala, mientras que el servicio social solo se estuviese sintiendo poco prestigiado, o quizá hubiese perdido alguna disputa anterior con la recepción o con otra unidad. Podría incluso utilizar los nuevos metros cuadrados, pero su objetivo real era otro. En este caso, quien precisaba de toda la extensión se siente perdedor y quien quería ganar una disputa y no la ganó también.

Este análisis muestra que se puede estar delante de un problema cuando alguien o todos creen haber perdido el juego. En este caso, las reacciones son de frustración y las partes en esta disputa, probablemente, buscarán nuevas oportunidades de entrar en conflicto, para demostrar que los actuales perdedores pueden tornarse vencedores en nuevas circunstancias.

La energía que fluye dentro de la organización, en la concepción de estos grupos perdedores, pasa a ser mucho más orientada hacia la victoria en nuevas situaciones de conflicto que para la obtención de resultados organizacionales.

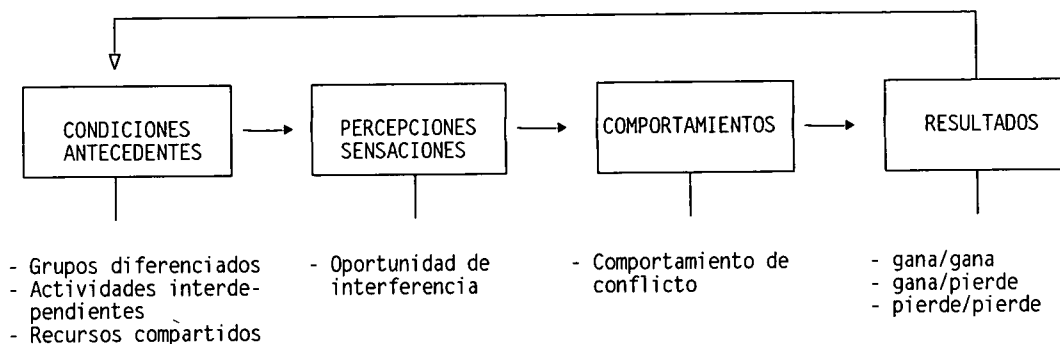
La Figura 9 presenta un modelo de emergencia y de proceso de conflicto, asumiendo la lógica sistémica. A partir de ahí es posible percibir que el conflicto en la

organización está asociado a su propia naturaleza, y no es factible pensar en solucionarlo como una categoría de conflictos. Es posible, por otro lado, solucionar

uno por uno, aunque esto no impide que nuevos conflictos aparezcan constantemente, quieran los miembros de la organización reconocer esto o no.

Aquello que se llama "administrar conflictos" tiene que ver con identificarlos, descubrir cómo las condiciones antecedentes se combinaron para llegar al comportamiento en la situación específica, e intentar interferir en su proceso para que en lo mínimo posible los involucrados se consideren perdedores y para que su dinámica interfiera no más que lo indispensable en el curso de la organización.

Figura 9. Conflicto en la organización



Siempre habrá resultados, pero si fuera posible, a partir de una visión estratégica, aminorar sus efectos negativos y optimizar los positivos, el papel de la administración será justificado. Esta es una actividad típica de gerenciar recursos humanos en cada unidad, mucho más que del área específica de gerencia de los recursos humanos de la organización como un todo.

Ciertamente, los responsables por la visión organizacional del área de recursos humanos podrían estudiar con regularidad la situación del ambiente interno de trabajo e intentar lidiar con él siempre que los ánimos se perciban más exacerbados. Para esto, por lo

menos se deberían identificar aquellas partes notoriamente percibidas como enemigas, por medio de técnicas específicas, como sociogramas. Esta no es una actividad para quien está ocupado diariamente con la obtención de resultados organizacionales con los trabajadores de sus unidades.

### El conflicto y su utilidad en la organización

Hablar de utilidad del conflicto parece estar influido un poco por visiones bélicas propias de aquellos a quienes les pueda interesar que las personas no se entiendan bien. Naturalmente, como se está hablando de recursos

humanos y de trabajadores en la organización que conviven cerca de ocho horas por día, parece claro que no hay cómo reducir la probabilidad de que el conflicto ocurra. Por otro lado, como es el caso en cualquier aspecto de la vida humana (y la vida organizacional no huye de esta clasificación), se pueden analizar los puntos positivos y negativos.

Los aspectos negativos del conflicto, aquellos más visibles y que tornan a la administración o solución de conflictos en una habilidad objeto del deseo de muchos observadores son, entre otros:

- Desvían la atención de los objetivos de la organización, sustituyéndolos por los objetivos de los grupos involucrados en el conflicto y movilizandolos recursos y los esfuerzos para su solución.
- Convierten la vida de la organización en una eterna derrota para los grupos que son "perdedores habituales", interfiriendo en su opinión con respecto a ella y en la socialización de aquellos que entran en la organización por esa puerta.
- Son una oportunidad constante para que el gerente sea visto como árbitro parcial, favoreciendo un grupo en detrimento de otros, aunque esto no sea verdad. Es frecuente, incluso, que una solución gana/gana en su interpretación sea vista como pierde/pierde por los grupos involucrados y lo que es peor, percibida como tal en función de su mediación.
- Favorecen la percepción de los demás trabajadores en función de estereotipos, como ya es frecuente en organizaciones. Si por un lado existen dentro de cada organización los estereotipos genéricos referentes a las categorías profesionales, además de los tipos que hacen parte de su cultura individual, como sus héroes, sus

mitos, sus tipos de ideales; por el otro, comienzan a aparecer los perdedores, ganadores, inculpados, enemigos, etc.

- Propician sabotajes internos en la organización y que pueden ser de mayor o menor intensidad, con efectos que varían desde perjudicar a un individuo o grupo hasta interferir en el alcance de los resultados globales.

Con toda certeza, estos aspectos pueden ser percibidos en todas las organizaciones y son adecuadamente considerados negativos (salvo frente a algunos objetivos no confesables). Sin embargo potencialmente existen los efectos benéficos, como resultado de los conflictos, sea para los trabajadores sea para la organización. Por ejemplo:

- Son buenos elementos de socialización en la organización, pues ya ofrecen a los nuevos participantes que se integran a algún grupo la sensación de participación en alguna causa.
- Pueden ayudar a equilibrar las relaciones de poder dentro de la organización, pues en cualquier episodio de conflicto pueden haber diferentes ganadores (independientemente de las percepciones anteriores).
- Propician la formación de alianzas con el objetivo de ganar en un conflicto específico, pero también de garantizar más poder.
- Permiten la distracción de los trabajadores de cuestiones más sustantivas ligadas a su vida en la organización, lo que le puede permitir a la administración algún grado de manejo sobre aquellos que se distraen con cuestiones más puntuales.

La percepción de este grupo de aspectos positivos del conflicto puede no ser tan fácil para todos los observadores, incluso porque implica otro tipo de relación que no sea úni-

camente la de trabajo. Analizándolos se hace más fácil percibir que también aquí la cuestión del poder es importante. Una vez más, cabe percibir que no se trata, al contrario de lo que se acostumbra a imaginar, de saber quién tiene o no poder, sino de percibir quién tiene más poder que quién, y cuándo.

Por medio de la emergencia de conflictos es posible percibir cuándo las normas de la organización se están tornando desactualizadas o cuando las relaciones están deteriorándose, requiriendo posiblemente nuevas políticas en diferentes áreas. Se puede además percibir cómo se encuentra la credibilidad de la organización y si están surgiendo nuevos problemas.

Positivos o negativos, los conflictos pueden ser considerados útiles por su papel en la vida organizacional como un todo.

Los conflictos son, en verdad, un área con la cual la administración no está acostumbrada a lidiar, pues para ella es mucho más fácil acostumbrarse a aceptar lo que siempre ocurre de la misma manera. Sin embargo, es frecuente que las circunstancias, hayan cambiado. Incluso, si no se modificaron pueden ser sensibles a nuevas maneras de tratarlas.

Pueden emerger dentro de la dinámica constante de los conflictos organizacionales, liderazgos anteriormente desconocidos que eventualmente vengán a participar de otras maneras en la vida organizacional. Una de las recomendaciones para su implantación es la identificación e institución de liderazgos.

La verdad es que no es posible asumir que los problemas ocurren solamente cuando son percibidos por la gerencia; pero, por otro lado, es necesario que los gerentes estén por

lo menos atentos a lo que ocurre con las personas bajo su autoridad o responsabilidad.

El llamado "comportamiento político" en la organización, que también es inevitable, tiene una fuerte vinculación con el conflicto pues su relación es directa: cuanto más conflictos, más instancias de comportamiento político. Por otro lado, estos dos tipos de actuación en la organización tienen desencadenante: cuanto más incertidumbre exista, más incrementarán. Así, cuando hay dudas sobre la sobrevivencia de la organización, sobre su respuesta a las necesidades organizacionales, sobre aspectos de sucesión, más sesgada a la formación de alianzas y a las negociaciones será la actuación de sus miembros.

Algún grado de incertidumbre siempre existe, pues hay una serie de puntos oscuros inclusive para los tomadores de decisiones. Sin embargo, si alguna incertidumbre y algún margen para la creatividad son necesarios e inevitables, debe existir un límite para esto, pues es difícil lidiar con una absoluta falta de dirección. Por otro lado, si todo está prescrito, la ausencia de libertad irá a desencadenar una serie de otros conflictos, toda vez que es propio de la naturaleza humana intentar huir de la uniformización ilimitada.

Debe quedar claro, que lidiar con el conflicto implica trabajar con grupos y con la rotación de los trabajadores entre las diferentes áreas, de manera de intentar romper algunos estereotipos vigentes en la organización, aún sabiendo que estas mismas estrategias deberán ser repetidas periódicamente. También tiene que ver con definir tareas para ser hechas en conjunto por grupos diferentes y garantizar que su cumplimiento sea reconocido por la potencialización del trabajo de los grupos.

Cualquiera de las estrategias de confrontación pueden ser utilizadas en caso que el conflicto ya sea franco, siempre y cuando exista entre las partes alguien desempeñando un papel moderador. La elaboración colectiva de manuales, comprometiendo a todas las unidades que participan de la realización de un proceso dado, intentando definir territorios y competencias de forma compartida también tiene su utilidad, siempre y cuando se tome cuidado con la efímera validez de estas definiciones de normas y la necesidad de su revisión anual o cuando se haga necesario.

De igual manera, nunca está de más insistir que, hágase lo que se haga, las condiciones antecedentes siempre existirán en las organizaciones, así como el deseo de las personas de probar su influencia. Por esto, o a pesar de esto, administrar conflictos es una necesidad permanente y que requiere incontables repeticiones, pues las organizaciones, principalmente aquellas de salud, deberían desempeñar un papel más importante que el de ser solo una arena de disputas, de mayor o menor relevancia.

### **La huelga**

No considerar la huelga al hablar de administración de recursos humanos en salud es cerrar los ojos ante la realidad. Por otra parte, la huelga es vista como uno de los grandes síntomas que emergen del problema definido como conflicto. A pesar de que sin ninguna duda, la huelga representa la existencia de un conflicto, abarca cuestiones muy diferentes de aquellas tratadas hasta este momento, pues básicamente tiene que ver con un área que trasciende las relaciones interpersonales y hasta aquellas que ocurren entre las diferentes instancias de la organización, independientemente de cuáles sean sus repercusiones.

El conflicto evidenciado por esta manifestación es aquel que se da entre capital y trabajo, partiendo de la premisa de que siempre habrá algún tipo de explotación del trabajo por el capital, en la lógica de los dueños del capital de garantizar que este venga a ser adecuadamente revalorado. O sea, siempre que un trabajador o una categoría profesional tiende a ganar más (en aquellos regímenes y organizaciones en un contexto de mercado), se corre el riesgo de que el capital sea menos valorizado, generando algún tipo de reacción por parte del dueño del capital, lo que tendrá influencia sobre la remuneración del trabajo.

Por extraño que pueda parecer, la remuneración del capital también termina por ser considerada como un pretexto para huelgas en organizaciones en las cuales esta no debería ser una cuestión substantiva. Así, en el sector público la lógica ciertamente no es la de remunerar financieramente el capital, y lo mismo se puede decir del campo filantrópico o del área que actualmente se halla en evolución (según los estudios referentes a las organizaciones) llamada tercer sector o de organizaciones no gubernamentales (ONG).

Tomando por ejemplo, un aparato de análisis de diagnóstico, independientemente de cuál sea, una vez que este es adquirido debe ser utilizado de manera que se justifique la inversión realizada. En rigor, el aparato, en cuanto está en condiciones de funcionar, tiene un tiempo diario de funcionamiento considerado óptimo, según las especificaciones de su fabricante. Otras consideraciones a ese respecto implican la disponibilidad de material de consumo y personal para operarlo, de modo de utilizar su capacidad instalada al máximo.

Lo que varía de organización a organización, es el criterio de para qué optimizarlo, utilizando esa capacidad máxima. Si la lógica es obtener lucro, se trata de realizar el máximo de exámenes posible, eventualmente hasta creando la demanda. Si la lógica es justificar la inversión de dinero público (o por lo menos con finalidad colectiva), se trata de hacer el máximo de exámenes solicitados, intentando impedir que haya demanda reprimida. En ambos casos, la idea es utilizar adecuadamente el capital invertido, sea cual fuere el criterio.

En el sector privado, en general, los funcionarios son incentivados a trabajar al máximo en estas condiciones, siendo ellos reconocidos como el factor crítico en la búsqueda de productividad, especialmente debido a que existe un esfuerzo gerencial importante orientado a las demás condiciones de funcionamiento.

En el sector público, el tiempo acaba siendo uno de los limitantes para la utilización adecuada del aparato, sea por no haber una suficiente preocupación con el mantenimiento o con el material de consumo, lo que obliga a que el funcionamiento quede perjudicado durante muchas horas supuestamente útiles por no presentar condiciones de uso, o por falta de horas contratadas de recursos humanos, o aún por carencia de recursos humanos a pesar de las horas contratadas, reduciendo la productividad.

En este tipo de contexto, se puede decir que la preocupación por la remuneración del capital invertido podría ser vista como una cuestión no tan prioritaria.

La discusión de las huelgas, de un modo general, sin duda apunta a conflictos de intere-

ses. Pero en el sector salud la huelga hasta puede parecer paradójica, ya que en tesis se trata de un área en la cual las personas estarían frente a actividades fin, por lo menos solidarias.

En el sector privado las huelgas son más raras y cuando ocurren traducen de hecho cuestiones muy próximas a las salariales.

En el sector público, por otro lado, definitivamente no es el retorno financiero del capital el que está en juego sino que, con frecuencia, junto a las cuestiones de remuneración se observa la importancia asumida por aspectos políticos mucho más amplios, sea aquellos referidos a interpretaciones ideológicas de la salud y de sus servicios, sea asumiendo básicamente visiones políticas partidarias.

Lo interesante en este caso es que la huelga caracteriza el movimiento de una masa de trabajadores no siempre plenamente conscientes de estar luchando por alguna causa que no necesariamente conduce a un aumento salarial o a mejoras en sus condiciones de trabajo. Es decir que puede estar habiendo conflicto, aún cuando no sea percibido, entre los trabajadores y sus dirigentes.

Otra motivación para las huelgas pueden ser las condiciones de trabajo, y en el área de la salud se puede discutir, por ejemplo, además de los riesgos de exposición a alguna enfermedad o daño específico, si las condiciones para la atención a la población son adecuadas. Ciertamente está en el ámbito de las preocupaciones legítimas la disponibilidad de exámenes o medicinas, por ejemplo.

Una gran crítica de los dirigentes o sus representantes, es la de que los trabajadores se preocupan muy poco por sus condiciones de trabajo o por la atención a la población. En el fondo, queda por ver hasta qué punto

está en juego la sobrevivencia de estos trabajadores y cuáles son los argumentos de movilización antes de emitir algún juicio, pero es posible que de hecho la cuestión sea meramente salarial.

**De hecho, el servicio de rutina generalmente no tiene la credibilidad suficiente ante la población para justificar que las solicitudes de los trabajadores sean atendidas o apoyadas.**

En teoría, la huelga representa el último instrumento de negociación, cuando todos los demás fueron intentados o los canales de conversación ya quedaron bloqueados. Sin embargo, la teoría funciona poco en este tipo de situación. Además de eso, actualmente en muchos países latinoamericanos la huelga en el sector público de salud, salvo en servicios realmente esenciales, no sensibiliza más a los gobernantes ni a la población.

Cuando el área pública de la educación, por ejemplo, se paraliza en vastos sectores, el impacto es distinto. Todos sufren pues los padres no tienen dónde dejar a sus hijos y, o los llevan al trabajo o se quedan con ellos en casa, acarreando consecuencias para toda la economía familiar. Cuando lo mismo ocurre en la salud, quienes se dan cuenta son básicamente solo aquellos que han buscado acceso a los servicios.

Por otro lado, existe también la posibilidad de que aquel mecanismo reconocido como último instrumento de negociación sea el primer argumento, provocando su desgaste incluso antes de comenzar. Se trata, por tanto, en el caso de los trabajadores de la salud, de lograr que el área de salud sea percibida como indispensable por la población y por los negociadores, de forma que se valoricen los trabajadores y sus preocupaciones, sean ellas del tipo que sean.

De la misma forma que cualquier otro instrumento, es necesario también saber cómo lidiar con la huelga, independientemente del lado en que se esté. Así, bajo el punto de vista del trabajador, al menos de sus líderes, es preciso tratar de saber de antemano y con realismo, cuáles son los caminos de salida del movimiento, cuáles las posibles pérdidas y cuáles los eventuales beneficios o triunfos (independientemente de aquellos esperados o pregonados). Con una frecuencia mayor de la necesaria, se inician movimientos huelguistas y por no estar claro para sus conductores hasta dónde negociar y a partir de qué punto no ceder, no consigue llevarse a término, el movimiento, agotándose paulatinamente y quitándole validez al proceso.

Desde el punto de vista de la administración, el riesgo de no saber con qué se está lidiando también ocurre, pudiendo llevar a medidas represoras que no estaban dentro del campo de visión, o a consecuencias mucho más amplias o graves de lo que se estaba esperando.

No es difícil que esto ocurra por una cuestión de falta de legitimidad, pues en algunos países o en algunas organizaciones son tomadas decisiones en deliberaciones de asambleas con escaso número de personas. También se nota un número aparentemente creciente número de trabajadores que no

creen en el instrumento de la huelga, temen sus consecuencias o asumen que los beneficios obtenidos les llegarán de las actitudes asumidas por otros.

Por otro lado, hay países en que las huelgas son ilegales por definición y en otros se considera que están fuera de la ley las huelgas de servidores públicos o las de sectores esenciales, quedando la salud encuadrada en este contexto.

**Dado que la gran arma de la huelga, para ambos lados, es la negociación, debe haber una predisposición al diálogo por las partes involucradas, para intentar evitar que la población, que en tesis aparece en el conflicto solo como víctima, sufra más de lo necesario. O sea, cuando los trabajadores de hospitales entran en huelga, debería ser negociado entre el comando de la huelga y la administración cuáles serán los servicios esenciales (no para el hospital sino para los pacientes) y cómo ellos serán mantenidos.**

Entre los argumentos de algunas dirigencias sectoriales está la paradoja respecto a cómo trabajadores especializados, de un sector tan esencial como la salud, pueden no ganar lo suficiente para sus necesidades y gastos esenciales.

Por otro lado, puede ocurrir el mismo tipo de situación debido a la incompetencia de la administración en negociar y terminar la huelga o, peor, debido a falta de motivación o a la pura y simple falta de voluntad.

Esta es una situación en que la responsabilidad por el cumplimiento de la tarea organizacional aparece nítidamente compartida entre las partes. Como las determinaciones no se resolverán por sí solas, es importante para las partes en conflicto percibir cuál es su objetivo real y el papel del comando de la huelga, además de tornarse muy visible, se hace también crítico.

Analizando la huelga con los mismos ojos usados para los demás conflictos organizacionales, se puede decir que se trata de un caso en el cual la solución pierde/pierde es la más común, pues introduce importantes

desgastes y fricciones internas. Externamente existe la posibilidad de que el mérito de la huelga sea evaluado también por los no involucrados, pero ahí se puede fortalecer una posición más amplia de los trabajadores en cuanto categoría; también se puede discutir el papel del Estado o del empresariado.

Los criterios de evaluación ciertamente son diversos y dependen de cada circunstancia y de la capacidad de convencimiento ambiental de cada una de las partes involucradas. Sin embargo, como siempre, existe la cuestión básica de que, en cada conflicto específico, el papel de ganador o de perdedor sea asumido por su actor correspondiente. Una vez más, si todos consideran haber ganado, es la mejor solución. En caso contrario, es de esperar nuevos conflictos.

Un fenómeno observado en algunos dirigentes de trabajadores y en representantes de la administración es que, aún habiendo percibido que su parte perdió, se esfuerzan por mostrar a sus seguidores que hubo un saldo positivo. Se puede argumentar al final que el esfuerzo se justifica con miras a mantener la "moral de la tropa".



## La huelga y conflictos extra-organizacionales

Este asunto ha sido introducido aquí debido a que para una buena parte de los responsables por la toma de decisión en las organizaciones, la única repercusión del conflicto que vale la pena reparar y/o prevenir es la huelga, considerada de manera equivocada como un problema exclusivamente gerencial de ámbito interno.

Bajo este punto de vista, la huelga representa básicamente los resultados de una vivencia organizacional llena de conflictos, inevitables y desgastantes. Se asume que generalmente surge con la desconfianza instalada una vez más en las relaciones patrón/empleador o superior/subordinado. En este momento queda claro que los dos participantes, en el caso adversarios (circunstancialmente y, por esto, no necesariamente enemigos), miran un mismo proceso bajo puntos de vista sustancialmente diferentes.

No es posible alardear del bien común como meta pues, en la realidad, no se debe dejar que la negociación o la administración del conflicto sea algo que dependa únicamente de la voluntad del administrador, debido a que las actividades de la organización pueden sufrir una importante discontinuidad.

En el sector salud, la paralización de actividades, por motivo de una huelga, puede tener un efecto catastrófico para su productividad.

Cuando se están discutiendo cuestiones como vigilancia sanitaria y epidemiológica, o vigilancia de la salud, de hecho se está trabajando sobre cuestiones referidas a la

calidad de vida de las comunidades, dentro de los SILOS o externas a ellos.\*

Dejar de cuidar las condiciones de vida de una comunidad puede tener efectos graves en el grado de credibilidad y legitimidad existentes respecto del sector salud. En el área de servicios ya fue discutida la cuestión de los pacientes internados en hospitales, pero falta recordar como enfrentar la situación de aquellos que dependen de medicinas distribuidas en los servicios, después de la realización de consultas o independientemente de ellas.

¿Qué hacer con pacientes crónicos que demoraron en acudir a los servicios? ¿Y con aquellos que por primera vez consiguieron superar la barrera de acceso y obtener una cita para consulta o examen de laboratorio? Como último ejemplo, ¿cómo lidiar con aquellos que esperaron semanas hasta llegar a la fecha marcada para la consulta o para el examen, y en esas fechas se instaló la huelga?

Para el caso comienza a quedar en evidencia que, si hay causas justas para llegar al conflicto aquí presentado y cuyo último movimiento es la huelga, también en el área de la salud el conflicto representado por ella extrapola las paredes de la organización y va a tener repercusiones dentro de su propio objeto.

Como un primer gran argumento a favor de las huelgas está el tipo de valorización que recibe el trabajador de salud por medio de

---

\* Véase los Manuales Nos. 10, 11 y 12 de esta misma Serie para los temas de vigilancia epidemiológica, sanidad y medio ambiente.

su remuneración. No se trata de manera alguna de considerar argumentos técnicos, lógicos y racionales, conforme apunta el próximo asunto a ser discutido. El argumento aquí tiene que ver esencialmente con el poder de compra del salario del trabajador de la salud y de la comparación de sus ingresos con los de otros sectores de la economía.

Aparece ahí otro conflicto interesante, que contrapone la declarada prioridad social de sectores como salud y educación con el reconocimiento concreto en términos de recompensa monetaria de sus trabajadores, no necesariamente del trabajador nuclear, sino ciertamente de aquellos que representan un elevado porcentaje de los cuadros de la salud de una manera general y que son de hecho el contacto entre el servicio y la población.

Se comienza a percibir la existencia de conflictos de orden más genérico. Así, se tiene por ejemplo la existencia de una reñida competencia por recursos en los diferentes sectores de la economía, en un mundo de recursos limitados y de deseos y necesidades cada vez más percibidos como infinitos.

Es necesario volver aquí a la discusión respecto al poder, es por medio de él que se pueden negociar las situaciones arriba citadas. Como antes se ha dicho, el planeamiento estratégico-situacional ayuda a comprender el raciocinio por medio de la percepción de que solo se irán a conseguir cambios en el sector salud en caso que haya la posibilidad de interferir en él externamente, desde la arena político-económico-social donde compiten todos los sectores. Al mismo tiempo, es necesario que los grupos de presión del sector de la salud (entre ellos los médicos) perciban que no es por el hecho de tener poder en el núcleo del sector que garantizarán su poder

sobre el sector, en el sentido de hacerlo cambiar, interna y externamente.

Una serie de trabajos muestra que buena parte del sector salud, incluyendo al nivel universitario, aunque preocupados con la toma de decisión en el sector, con la incorporación de tecnología, y con sus condiciones de trabajo entre otras, desconocen de manera importante cualquier aspecto no relacionado directamente con sus tareas específicas, su unidad de trabajo o su profesión/ocupación.

Estos estudios se refieren a trabajadores de la esfera técnica y administrativa pertenecientes al área pública, filantrópica o lucrativa. Es común que ellos ignoren las políticas de salud, las demás políticas sociales y la relación entre las cuestiones políticas y sociales, preocupándose exclusivamente con aspectos intra-organizacionales. Algunas veces toman conciencia que elecciones y política partidaria pueden influenciar los procesos y resultados de su trabajo, dándoles alguna atención.

Es interesante notar que, frecuentemente, en estas condiciones y aunque los trabajadores reconozcan la importancia de estos factores y se muevan en este sentido y actúen políticamente, ellos se avergüenzan de esto y con mucha frecuencia lo niegan. La negativa, ciertamente, es en detrimento del desarrollo de la competencia en esta área, tan asociada a corrupción, a falta de legitimidad y a intereses corporativos aunque no necesariamente precise tener este carácter.

El resultado de este tipo de postura es un incremento preocupante de la alienación de los trabajadores de la salud, que mucho de lo que hacen es solamente para cumplir órdenes superiores, mantener su empleo y comprometerse poco. Para algunas áreas

técnicas existen intentos por superar esa situación, como el llamado "Proyecto Larga Escala", en el cual uno de los objetivos, por

lo menos tan importante como el de capacitar técnicamente al trabajador, está en situarlo a él y a su trabajo en el contexto de la sociedad en la cual vive.

**Se reconoce ahora que el trabajo alienado solo disfraza la existencia de conflictos, no los evita y puede hacer que ya hayan alcanzado una dimensión fuera de control cuando pueden ser percibidos. Reconocer el conflicto solamente después de instalada la huelga puede ser demasiado tarde.**

Este puede ser un problema sustantivo del área de relaciones de trabajo, porque es en este ambiente que el conflicto/la huelga se manifiesta y aparece. Decir que se trata de un problema de recursos humanos es, una vez más, sobresimplificar. Ciertamente es un objeto a ser analizado por y para todo tipo de trabajador.

Algunos de los temas mencionados aquí como colaterales al de la huelga y el conflicto serán tratados en otros puntos de este manual. El retorno a ellos, en otros momentos, los iré asumiendo focalmente, permitiendo su mejor comprensión como problema o como síntomas de problemas en la organización, influenciando fuertemente el trabajo de los recursos humanos.

### **Cargos, salarios y otros incentivos**

Cuando son interrogados sobre los problemas más frecuentes en la práctica de la gerencia de servicios de salud, en especial de los públicos, gran parte de los dirigentes concentra sus quejas en la deficiencia cuali y cuantitativa de los recursos humanos. Esto significa tanto falta de personal en números absolutos como dificultad para contratar trabajadores adecuados a las funciones a ser desempeñadas en las diferentes organizaciones. Al profundizar un poco en esta cues-

tión se concluye rápidamente que el gran villano es el salario nada atractivo.

Sin duda, salarios bajos perjudican la motivación y el estímulo para el ingreso en la organización. Pero también existe una dimensión actitudinal: con el paso de los años el funcionario desiste de buscar productividad o la optimización de su desempeño y pasa a aguardar la jubilación, limitándose a ejecutar algunas tareas de manera menos onerosa para su economía personal, solamente intentando mantener el cargo y la posición.

Las solicitudes de los trabajadores descontentos invariablemente comienzan por el reclamo de "salarios justos". Debe decirse también que, con frecuencia, se hace difícil separar las condiciones estructurales que llevan la falta de prioridad del sector salud, de aquellas situaciones de gerencia inepta. La relación bajos salarios/baja productividad se puede convertir en una disculpa exclusiva en una situación gerencial estática, sin que se busque ninguna alternativa para la optimización de recursos. De hecho, se debe discriminar lo que corresponde a las diferentes situaciones.

El área de la salud necesita de una acción política para aumentar su peso específico en el momento de la distribución de recursos

presupuestarios, especialmente cuando sus actores se den cuenta que las decisiones referentes al sector se toman fuera de él.

La gestión profesional, excepto en los casos en que tenga autoridad decisoria real sobre los niveles de remuneración, solamente podrá contribuir en aspectos de mayor justicia en la atribución de valores para el trabajo. Además, se espera de un gerente que, por lo menos, no sea él la causa de que el funcionario pierda el deseo de trabajar, por actuación incompetente, supervisión sin objeto, premio inconsecuente o castigos aleatorios.

### **Descripción y análisis de cargos\***

Hay diversos instrumentos disponibles para conocer y reconocer semejanzas y diferencias entre lo que hacen distintos trabajadores en una organización. La descripción y el análisis de cargos tiene esta finalidad específica, puesto que es la base de la relación entre el profesional que ejecuta sus atribuciones y la institución que le proporciona la remuneración. Las cuestiones pertinentes a esta relación son tratadas en lo que se ha convenido en llamar "administración de personal".

La primera fase del análisis de cargos es el estudio, que debe ser desarrollado de acuerdo con la metodología aceptada en cada organización. El método utilizado ayuda a descubrir qué observar y cómo hacerlo.

La fase de estudio se subdivide en dos momentos: actividad desarrollada y respon-

sabilidad inherente al cargo. La actividad desarrollada es la resultante de las tareas de cada trabajador. La responsabilidad, a su vez, en el sentido organizacional y no individual, es lo que diferencia los cargos administrativos.

Un jefe o encargado de sector debe estar preparado para desarrollar la misma actividad que sus subordinados, pero aún con más responsabilidades. Un supervisor de enfermería, por ejemplo, es un enfermero a quien la dirección del hospital le delegó la responsabilidad de velar por la disciplina en el trabajo, puntualidad, organización, evaluación técnica y gestión de materiales, en esa área

En un primer momento, la actividad desarrollada es descrita mediante dos formulaciones: a) lo que es básico para el ejercicio del cargo, cómo es hecho y para qué; b) lo que se hace además de la actividad básica.

Para proceder al análisis del cargo es necesario recolectar algunas informaciones sobre las funciones de quien lo ejerce. ¿Qué hace un escribiente del sector de registro de consulta externa de referencia? Por cierto, ejecuta una serie de tareas que componen las diversas obligaciones del cargo:

- ¿El qué? Registro.
- ¿Cómo? Solicitando el carnet de la unidad de referencia, datos y documentos del paciente, comprobándolos e introduciéndolos en la computadora o mecanografiándolos.
- ¿Para qué? Para permitir que estos datos sean recuperados mediante la organización de los datos del ambulatorio con el objetivo de conocer la demanda, entre otras finalidades.

---

\* Sobre ejemplos de perfiles profesionales véase el Manual sobre organización y procedimientos hospitalarios, ed. PALTEX, OPS/OMS.

□ ¿Qué más ejecuta el funcionario? Separa papeletas y prontuarios y los reordena.

A continuación se consideran las responsabilidades imputadas al cargo. Con finalidad analítica, se pueden atribuir tres modificaciones al término responsabilidad:

□ Responsabilidad funcional: se traduce en la figura del jefe, aquel que tiene subordinados, evalúa el trabajo y el desempeño, organizando el servicio.

□ Responsabilidad material: relacionada con aquellos que tienen la atribución de autorizar gastos y cuidar por la disponibilidad y condiciones de uso de máquinas y aparatos.

□ Responsabilidad por la imagen de la organización: se refiere a los que tienen contacto con el público, personalmente o en la divulgación de informaciones y están representados por grupos de asistencia directa, recepcionistas, responsables de relaciones públicas, directores, asesores de comunicación, etc.

El proceso de análisis y descripción de todas las funciones componentes del cargo se completará con la determinación del porcentaje de tiempo de trabajo necesario para su ejecución y el tipo de capacitación que se exige del profesional. La determinación del tiempo consumido para desarrollar cada actividad es importante para la cuantificación del cuadro de personal. Conocidas las funciones a partir de la observación y análisis, la definición del tiempo necesario se basa en un período de trabajo (día, semana, mes), distribuidos los tiempos de actividades desarrolladas de acuerdo con su frecuencia.

Volviendo al escribiente del sector de registro, se pueden listar sus funciones y el

porcentaje de tiempo de su día de trabajo consumido para desarrollarlas:

□ Registrar pacientes durante las primeras cuatro horas del día (horario durante el cual funciona la actividad de inscripción): 50%.

□ Separar carnets/historias para las consultas del día siguiente, confrontando los números de registro con los nombres de la lista: 25%.

□ Reorganizar carnets e historias recibidos, después de las consultas del día: 20%.

□ Separar los prontuarios de todos los casos de muerte y otras ocurrencias para el Proyecto de Investigación de la Especialidad "X": 5%.

La primera función ocupa mayor tiempo, y la última exige una capacitación profesional específica.

Conociendo la naturaleza del trabajo y las tareas inherentes a su consecución, quedan aún por ser descritos los perfiles profesionales (condiciones necesarias para ocupar determinado cargo). El perfil profesional necesario para ocupar el cargo del escribiente que se venía estudiando puede ser descrito de acuerdo con las siguientes características:

□ **Naturaleza:** trabajo operacional.

□ **Tareas:** ejecutar las tareas establecidas por el supervisor, cumpliendo el reglamento del servicio; recepcionar y orientar el público; verificar la presentación de los documentos exigidos a los pacientes; proceder a matricularlos y marcar las consultas; manejar los archivos; preparar y ordenar las historias; analizar las historias para verificar condiciones de inclusión en el proyecto de investigación de la clínica "X";

mecanografiar diferentes documentos relativos al sector; desempeñar tareas correlacionadas.

□ **Calificación profesional:** diploma de bachillerato; mecanografía; nociones básicas de informática; entrenamiento específico (cómo analizar prontuarios para la investigación "X").

□ **Procedimiento de selección:** concurso, entrevista, análisis de *curriculum vitae*.

□ **Localización en la estructura:** subordinado al jefe del sector de archivo y registro médico del ambulatorio de referencia.

□ **Requisitos físicos:** precisa quedarse muchas horas sentado, buena vista, aunque use gafas o lentes de contacto.

Considerando la diferenciación de la naturaleza del trabajo, se puede comparar este perfil con aquel descrito para un psicólogo y para un médico jefe:

### **Psicólogo**

□ **Naturaleza:** trabajo de ejecución profesional con actuación de intervención psicológica junto al paciente y familiares.

□ **Tareas:** cumplir el reglamento del servicio; por medio de entrevistas y consultas individuales o trabajos de grupo, recolectar datos para el esclarecimiento y orientación de los casos; interpretar los datos recolectados; proceder a la intervención psicológica por medio de técnicas adecuadas; auxiliar a la familia del paciente para comprender y lidiar con las situaciones de la enfermedad; preparar al paciente para la continuidad de su relación con la unidad; elaborar informes; participar en reuniones multiprofesionales para la discusión de casos

y en reuniones técnico-administrativas del servicio; realizar tareas correlacionadas.

□ **Calificación profesional:** diploma de psicólogo de universidad reconocida; registro en la Asociación Regional de Psicología; especialización en Psicología Clínica.

□ **Procedimiento de selección:** concurso, entrevista, análisis de *curriculum vitae*.

□ **Localización en la estructura:** subordinado a la Dirección Clínica;

□ **Requisitos físicos:** *nihil*

### **Médico jefe**

□ **Naturaleza:** trabajo de ejecución profesional con un nivel de actuación de jefatura, orientado a la organización, orientación, supervisión y ejecución de la asistencia médica.

□ **Tareas:** cumplir, orientar y controlar el cumplimiento del reglamento del servicio; planear y evaluar, en colaboración con el Director Clínico, los programas de atención, docencia e investigación, proponiendo normas de trabajo observando los objetivos del Ambulatorio de Referencia; orientar y supervisar la ejecución de los servicios médicos bajo su responsabilidad; promover reuniones con el personal médico y participar en reuniones multiprofesionales para discutir aspectos técnicos y administrativos; ejecutar tareas correlacionadas.

□ **Calificación profesional:** diploma de médico de universidad reconocida, registro en la Asociación Regional de Medicina o colegio respectivo; certificado de especialización en área clínica y en salud pública o administración en salud hospitalaria; comprobante de experiencia mínima de tres años como médico en el servicio.

- **Proceso de selección:** indicación del Director Clínico en consonancia con el Director del Ambulatorio.
- **Localización en la estructura:** subordinado a la Dirección Clínica.
- **Requisitos físicos:** *nihil*.

Se puede notar en lo expuesto como ejemplo, que descripción y análisis de cargos son un paso para comprender y discriminar las necesidades de personal en las organizaciones. Como tal, ofrecen ayuda para la toma de decisiones pero no la substituyen.

### Salarios

La administración de salarios no es un instrumento milagroso que pueda permitir atribuir el salario que se pretende a quien se quiera valorizar, incluso partiendo de la premisa que administración de personal significa tratar igual lo que es igual y diferente lo que es diferente. No pasa de ser un instrumento que hace parte de todo el arsenal disponible para la implantación de las directrices, explícitas o no, de cada organización.

Los procedimientos relacionados con la administración salarial pueden ser divididos en dos etapas. La primera se relaciona a la adecuación del salario al cargo ejercido, o a las actividades que lo componen. La segunda etapa trata de la motivación, del estímulo al trabajo en función de la remuneración directa e indirecta ofrecida, y en última instancia a la percepción y el respeto de la organización por las necesidades vitales de sus funcionarios.

A una buena parte de los dirigentes del sector puede parecerle que el salario es el único factor responsable por los bajos nive-

les de productividad de los trabajadores de la salud. Si esto fuera verdadero, bastaría elevar los salarios hasta niveles compatibles con las aspiraciones/solicitudes para alcanzar indicadores "óptimos".

Si bien es verdad que los salarios arriba del promedio sirven como atractivo para la presentación de profesionales con mejor calificación, esfuerzo y eficiencia en la búsqueda de garantía en la colocación, también hay que considerar otras variables que influyen la lógica específica del raciocinio en el área de la salud.

En primer lugar, las políticas públicas no siempre parecen orientadas al incentivo, a la mejoría de la calificación de los profesionales de las diversas categorías ni a la incorporación de los cuadros mejor preparados para el desarrollo de sus actividades. En segundo lugar se debe considerar la relación costo-beneficio incorporado por las peculiaridades organizacionales del sector: el área fin determina lo que debe ser realizado por las áreas medio, sin que haya de hecho conocimiento al respecto.

De esta forma, es fácil percibir que los salarios de los profesionales no involucrados directamente con la asistencia son bajos en relación al mercado y esto perjudica los resultados globales del sector. Al mismo tiempo, y hasta es razonable, existe la expectativa de que haya aumentos salariales para los funcionarios administrativos cada vez que se aumenta la remuneración de los técnicos, cuyos grupos de presión son mas activos.

Los defensores del papel del salario, unas veces villano y otras héroe, recomiendan, como alternativa para los altos costos de las nóminas, la disminución del número de funcionarios con reducción del cuadro. La lógi-

ca, en este caso, sería traducida por pocos funcionarios recibiendo altos salarios, ejecutando grandes esfuerzos: dos funcionarios alcanzando la productividad de tres o cinco.

Aunque esto pueda ser verdad, hay que considerar que en organizaciones como un centro de salud, en que se necesita de un cuadro de personal con diversas calificaciones, no siempre se puede atender a esta premisa frente a los recursos financieros disponibles y a las diferentes prioridades expresadas en los presupuestos anuales.

### *Salarios justos*

Salarios ni muy altos, ni muy bajos. Bajo la óptica de los grupos de trabajadores, salarios justos. En esta cuestión está implicada la definición sobre lo que se puede o no considerar "justo" y cómo alcanzar esta "justicia". Por ejemplo: en el caso de, un funcionario de la limpieza que atraviesa la ciudad en tres ómnibus para trabajar y ganar el sustento de ocho hijos, ¿Deberían sus ingresos ser mayores en relación a un auxiliar de oficina que vive solo y es vecino del local de trabajo?

Se acostumbra hacer una serie de ponderaciones, comenzando por dar preferencia en

el reclutamiento a las personas que habitan próximos al local de trabajo (el hecho de existir regiones con mayor y menor concentración de habitantes es frecuentemente olvidado; lo mismo ocurre con barrios en los cuales hay más trabajadores de nivel universitario o de instrucción primaria). Es posible que el sentido de justicia esté sensibilizado para el lado más débil; sin embargo, en general, para la administración de personal, el salario debe prioritariamente estar adecuado al cargo. O sea que dos trabajadores del mismo tipo de calificación deberían recibir remuneración básica equivalente. Las diferencias, si las hay, serían en función de los beneficios adicionales (para el caso mencionado arriba como ejemplo, se podría cancelar un subsidio familiar y auxilio de transporte), frecuentemente de poco valor.

Entre los factores considerados para la adecuación de los salarios es fundamental el estudio de las características del mercado de trabajo. La investigación de salarios, realizada a partir de servicios semejantes de órganos públicos y privados dentro de una misma región, puede ser desarrollada de forma directa o mediante consultas a agencias de empleo y avisos clasificados de los periódicos.

**Sin duda, la competitividad del mercado es un estímulo para el buen desempeño del cargo; pero las instituciones públicas habitualmente ofrecen salarios por debajo de la media de los servicios privados, lo que lleva a que muchas veces la relación bajos salarios/baja productividad sea una disculpa exclusiva para una situación gerencial estática, invitando a no buscar alternativas para cambios o para la optimización de la situación encontrada.**

Para contribuir a algún cambio, o al menos con un movimiento positivo en relación al panorama encontrado, tal vez se deba revisar críticamente al interlocutor habitual. En lugar de buscar junto al dirigente de la institución las razones para los bajos niveles

de calidad y productividad, tratar de descubrir junto a los técnicos lo que los lleva a trabajar en el área de la salud y bienestar, normalmente asociada a lidiar con enfermedades y ansiedad, además de la baja remuneración.



Las respuestas tenderán a variar desde la búsqueda de seguridad (muy importante en el área pública) hasta libertad de actuación (especialmente para profesionales con grado universitario), pasando por posibilidad de investigación y estudios científicos (una vez más, para trabajadores con intereses y formación específicas) y por oportunidades de contribución social. De hecho existe una línea de pensamiento que parte de la premisa de que quien opta por el área de la salud lo hace por vocación y por búsqueda de realización personal. Con esto el salario pasaría a ser secundario.

El mayor problema para la aceptación de esta lógica es el hecho que, salvo en épocas de pleno empleo, abundan aquellos que terminan en el área de la salud por falta de opción o de mejor alternativa de empleo.

Es real la posibilidad de trabajadores que buscan algo más que muchos dígitos en sus recibos mensuales. En buena parte de los países de América Latina se reconoce que no existe la posibilidad de que un administrador de personal de un órgano público, pueda influenciar los salarios. El problema es estructural y deriva en forma directa de la no atribución de prioridad al sector, tácitamente por la sociedad (incluidos aquí sus trabajadores).

A pesar de esto, hay otras posibilidades de actuación para un gerente, caracterizadas por un perfil que generalmente incluye una supervisión menos rígida, una comprensión que bordea el paternalismo (y que si es bien aplicada puede traducirse en estímulos volcados al ofrecimiento de mejores condiciones de trabajo) y a una dirección que lleve a dar prioridad, por ejemplo, a la adquisición de aparatos para las áreas de mayor productividad. Comienza ahí a reconocerse, prejuiciosamente o no, el papel del gerente.

## **Las alternativas de cálculo**

La forma como se calculan los salarios puede ser transformada en un estímulo para el trabajo en el ejercicio de un determinado cargo. El método más utilizado, hasta que se traduce en lógica y facilita la actuación de día a día de la administración de personal, es el cálculo de las horas trabajadas. El raciocinio de base es que al considerar un determinado período de tiempo de trabajo, se espera que el funcionario desarrolle una tarea definitiva, ejecutando una cierta producción.

La remuneración por hora trabajada, aunque facilita el análisis y la comparación, no permite una evaluación completa del trabajo ejecutado. Al final, el funcionario puede simplemente gastar su tiempo en otras actividades, a veces pertinentes a su trabajo y a veces ajenas a él, en este último caso principalmente en áreas mal supervisadas.

El salario pagado por productividad podrá reflejar mejor el tipo de tarea ejecutada, la calificación y adecuación del funcionario y transformarse en estímulo al desarrollo de las acciones esperadas. El mayor problema de este criterio de remuneración aparece cuando se procura incluir en él todo tipo de actividades: una cosa es proponer que el número de consultas sea aumentado, respetando las normas del programa de atención establecido, y otra es evaluar la producción de servicios administrativos dependientes de la actividad fin.

Por ejemplo, se puede considerar el trabajo de ambulancias ¿Debe el conductor y demás funcionarios relacionados ser remunerados por remociones realizadas o por hora trabajada? En el primer caso, muchas remociones pueden significar problemas en el trabajo médico, sobredemanda del servicio,

orientación inadecuada a los pacientes con miras a remover más; en fin una mayor o menor productividad tiene que ver con factores que trascienden la relación adecuación/ necesidad por los productos. En el segundo caso cabe estudiar la manera de supervisar el aprovechamiento de la hora trabajada, no confundiendo la demora en el destino con la pérdida deliberada de tiempo.

La consulta médica puede ser considerada un trabajo cuanti y cualitativamente mensurable. A partir de criterios coherentes con los objetivos del sistema de salud y del modelo asistencial implantados, debería ser establecido el número medio de consultas esperado por hora de trabajo, por especialidad, por tipo de servicio, por población atendida. Si fueran usados coeficientes numéricos de otras realidades, deberían en todo caso ser provisionales, sirviendo hasta para obtener la definición de valores auténticos.

El trabajo de mantenimiento del mobiliario también puede ser evaluado por productividad. Sin embargo, si no se toma el debido cuidado se puede perder la noción de la diferencia entre las dos actividades. Por lo menos, las dos difieren en cuanto a su indispensabilidad para el sector (en rigor, la consulta es más "crítica" que el mantenimiento, aunque sin la segunda la realización de la primera se torne mucho más difícil) y en cuanto a sus objetivos (el mantenimiento tiene como objeto principal el mobiliario, mientras que en la consulta es la salud y la vida).

Conocida la naturaleza del trabajo es posible definir los criterios básicos para la distribución del premio o salario por producción. El Ambulatorio de Referencia que engloba diversas especialidades puede adoptar gratificaciones por grupos o equipos, de modo a entusiasmar a los trabajadores en pro de una actividad solidaria (real, imaginada o deseada).

## Otros incentivos

Normalmente un contrato de trabajo no puede precisar las actividades a ser desempeñadas por el trabajador en cada una de las horas contratadas. En caso que esto sucediera, no sería una definición eficiente.

Hoy se reconoce que el desarrollo de cualquier tarea implica libertad suficiente para organizar y orientar la forma por la cual el producto deseado será alcanzado. Ya se sabe, además, que la programación no es sinónimo de resultado/suceso, pues en cualquier circunstancia puede haber fallas en las máquinas, en la disponibilidad de materiales y en sistemas interligados. Las teorías contemporáneas de gestión presuponen la minimización de la variación innecesaria, pero reconocen que alguna variación es inevitable.

Otro punto importante, también difícil de solucionar por medio de un contrato, es el de las motivaciones del trabajador, de su compromiso con la organización a la cual pertenece y con su trabajo propiamente dicho. Aquí se debe comenzar a considerar la cuestión del contrato psicológico implícito en las relaciones de trabajo. Esto significa que el trabajador debe saber lo que desea, además de estar convencido que la acción a ser ejecutada según las propuestas de la organización, para la obtención de los objetivos de esta, también le traerá beneficios de orden personal.

La valorización de programas de desarrollo de recursos humanos abre nuevas perspectivas para la administración en el área de la salud, pública o privada; pero al mismo tiempo, uno de los principales obstáculos para detener en efecto esos programas está relacionado con la incapacidad de la administración en proporcionar incentivos para un crecimiento ordenado y racional. La norma ha sido la

elaboración de cursos y entrenamientos aleatorios, sin ninguna vinculación a procesos establecidos para las actividades regulares.

La oportunidad de perfeccionamiento de los conocimientos necesarios para ejercer determinado cargo es un incentivo que muchas veces no depende de la remuneración. Si por un lado hay quien considere las posibilidades de participar en cursos como un incentivo (verdadero salario indirecto), por otro lado hay quienes toman este tipo de actividad como castigo, mala evaluación o simple incremento de los deberes a que el cargo obliga.

En verdad, si los programas fueran realizados, dirigidos y presentados de forma adecuada, la actividad básica de entrenamiento no será vista como una obligación de la administración o premio/castigo para el funcionario. Su diseño debería resultar de la descripción de los cargos y de los conocimientos esperados para ejercerlos bien, y permitir la posibilidad de contar con la evaluación individual del nivel de conocimiento del funcionario. Al promover una primera fase del entrenamiento, se puede esperar obtener un cierto grado de uniformidad y de complementación de las habilidades disponibles dentro de un determinado grupo.

En un segundo momento, el objetivo del entrenamiento puede ser el de proporcionar la obtención de conocimientos necesarios para el ejercicio del cargo equivalente en términos técnicos y jerárquicos, con miras a la racionalización del cuadro de capacidad de la unidad; por ejemplo, disponer de operadores aptos para manejar máquinas de escribir o computadoras; enfermeros auxiliares que puedan trabajar en diferentes actividades, tanto asistenciales como en servicios de apoyo; enfermeros que realicen programas de educación continuada y que

dediquen tiempo al comité de control de infecciones, etc.

Esta propuesta tiene la ventaja de la posibilidad de substitución inmediata, cuando sea necesaria. Al mismo tiempo, permite que se esté preparando el ascenso interno de los trabajadores, capacitándolos para el ejercicio de cargos superiores, o al menos ofreciéndoles los conocimientos necesarios para ello.

En el momento de la admisión del funcionario en la organización, es importante el procedimiento que lleva a su ambientación en ella, mediante la transmisión de nociones generales respecto a la institución en la cual está ingresando y conocimientos más específicos sobre la unidad en la cual desarrollará sus actividades.

Es fundamental que algunas informaciones referentes a la historia de la organización, su estructura y sus reglamentos puedan ser transmitidas al funcionario de manera clara. Por otro lado, también se espera que la organización pueda informar al funcionario sobre cuestiones referentes a su persona como miembro de una institución: salario, oportunidades, ventajas, etc.

Como las políticas referentes a salarios y otros beneficios difícilmente son claras (por no decir coherentes y continuas), la confianza y la seguridad emocional pueden ser reforzadas cuando el funcionario conoce bien su ambiente de trabajo, sus derechos y deberes y conoce los objetivos de la organización. Específicamente en lo relacionado a los trabajadores, el salario es visto por los patrones como uno de sus objetivos básicos. Por esto, existe la conciencia de que este factor debe ser considerado como estímulo necesario, aunque no suficiente, para su buen desempeño en el trabajo.

Empresas norteamericanas de gran tamaño vienen hace años dándole prioridad a la administración de recursos humanos, con miras a la mejoría del desempeño institucional. Puesto que la institución está compuesta por aquellos que allí trabajan, los intereses individuales no solo deben ser considerados sino también valorizados, con la finalidad de alcanzar objetivos más amplios.

Para la administración de personal, los intereses individuales deben ser traducidos en beneficios que faciliten la integración del individuo al ambiente. Algunos de esos tipos de asistencia son legalizados y aceptados como deberes de la organización y derechos de los trabajadores. Cuando no se está trabajando bajo una legislación específica, se puede encontrar alternativas propias. En un hospital, por ejemplo, es posible usar criterios para proporcionar alimentación a los funcionarios, disponiendo de comedores para aquellos que hacen guardia y descubriendo otras formas para extender el beneficio a los demás.

Otra cuestión vista como deseo de los funcionarios de los servicios de salud, se refiere a su propia salud. Conviviendo con sistemas poco eficaces, ¿cómo explicar que el derecho a la asistencia médica no le es proporcionado con facilidad solamente por que él trabaja en esta área? O sea, se trata de evitar que el trabajador, o alguien de su familia, pierda tiempo en filas de otros servicios. En última instancia, este pasa a ser un indicador indirecto de aprecio, pues permite saber cuánto el trabajador confía en los servicios prestados por la organización en la cual trabaja.

Lo mismo puede ser dicho en cuanto a la distribución, total o parcialmente gratuita, de medicamentos o a la realización de exámenes complementarios de laboratorio, de imagen o de métodos gráficos. Servicios

especializados en medicina del trabajo/salud ocupacional, además de ejercer su función de observación y análisis, deben promover la prevención de algunas enfermedades en gran escala, mediante programas educativos y de inmunización.

Además de la salud física, se deben considerar aspectos mentales y sociales, ampliamente ignorados en el sector, notoriamente en el área pública. La valorización del trabajo social dentro de la organización es rara, frecuentemente en función de la postura asumida por los propios profesionales que los realizan y de los valores de la organización, propios del ambiente en que ella se inserta. Para muchos de aquellos ligados al área, es difícil separar beneficios asociados a las necesidades del trabajador en relación a su trabajo de una actitud profundamente paternalista, sin entrar en el mérito de la utilización política de este tipo de actuación.

A su vez, la psicología tiene dos aspectos importantes para la administración de personal. Uno de ellos se refiere a las cuestiones directamente aplicadas al trabajo, como orientación en los entrenamientos y readaptaciones que deban ocurrir. Cabe aún mencionar las funciones de identificación de áreas en las cuales sea necesario alterar alguna rutina o procedimiento: el auxilio en este cambio es, eventualmente, la determinación de necesidades de alteración del ambiente de trabajo.

El otro aspecto a ser considerado trata de la situación específica de los profesionales de salud. Estos individuos, lidian realmente con la ausencia de salud, con enfermedades muchas veces graves y hasta incurables; trabajan rodeados de ansiedades y tristezas de los familiares y pacientes, estando sujetos a incorporar este tipo de sentimientos de forma continua y perjudicial.

Las reuniones del equipo multiprofesional responsable por la atención, cuando ocurren, visiblemente tienden a reflejar este aspecto. Todos las consideran fundamentales, mas su frecuencia y la participación real de los trabajadores son desanimadoras. Algunos hospitales, especialmente en unidades de terapia intensiva o que tratan a pacientes incurables, han instituido, con algún suceso, la llamada "supervisión de grupo", más activa que la tradicional, con la participación de profesionales de salud mental que trabajen de cerca con el personal. El servicio social de funcionarios acostumbra apoyar mucho este tipo de programa, por medio de reuniones regulares y abiertas a la participación de todo el equipo que, de alguna forma, mantiene contacto con los pacientes. Las técnicas de conducción de estas reuniones son variadas y flexibles, de acuerdo con la situación del servicio.

Finalmente, se debe considerar la posibilidad de formar un cuadro de funcionarios en armonía con los objetivos de la organización y que luchen por su consecución. Esto ocurre cuando la dirección escucha a los que producen los servicios/productos, y estimula su participación en la orientación de acciones, colectando sugerencias e ideas.

Un plan para esta acción se puede establecer y mantener de forma continua, informal (cuando el funcionario se siente en confianza para sugerir al superior inmediato modificaciones para optimizar el servicio) o formal (con la designación de un grupo o persona especial para oír sugerencias).

### **La carrera y la progresión salarial**

También la administración pública y la privada vienen preocupando con la llamada "progresión salarial", que puede ser entendida como un factor de estímulo al ejercicio del cargo en la medida en que cada

funcionario pueda tener su esfuerzo y eficiencia recompensados con aumentos en su remuneración.

Este tipo de mecanismo requiere la existencia de criterios organizacionales, separados de las eventuales dificultades de la sobrevivencia generada por el aumento del costo de vida. Estas últimas también deben ser resueltas, mas no pueden ser vistas como política interna orientada a la inserción más adecuada del trabajador en la organización.

En el área pública y en el sector privado es común observar que los criterios son generales, tornando el sistema de progresión mucho más dependiente del tiempo de servicio. En un sistema en el cual la estabilidad funcional es el objeto de ley, se pierde el instrumento de desarrollar estímulos en la dirección de aprovechar el tiempo del trabajador en la organización para mantenerlo en constante perfeccionamiento.

No pudiendo influenciar directamente la cuestión salarial, una alternativa de los dirigentes es luchar por la concesión de gratificaciones especiales que puedan contribuir para el aumento de los salarios como reflejo del mérito. En sistemas que así lo permiten, en opinión de los gerentes, esa flexibilidad también debe ser manejada por medio de criterios, sin generalizar para cualquier categoría y asumiendo que gratificaciones dadas pueden ser retiradas, confiando en el análisis hecho por la supervisión.

Algunas cuestiones pueden auxiliar en la elaboración de criterios para la concesión de gratificaciones o grados de progresión:

- Existencia o no de aspectos de la política salarial cumplidos por la administración central, como primas de antigüedad, antici-

paciones o participación en un porcentaje destinado al grupo.

□ Métodos de evaluación del mérito en el proceso de evaluación del desempeño, teniendo en cuenta la disponibilidad de profesionales en el mercado o considerando las recomendaciones de superiores inmediatos o de segundo nivel.

□ Inclusión o no de la gratificación en los recibos de salarios.

□ Porcentaje representado por la gratificación frente al salario propiamente dicho.

□ Beneficiados con las gratificaciones: categorías específicas o el universo de los trabajadores.

□ Origen de los recursos utilizados para las gratificaciones: presupuesto, producción, ingresos extraordinarios.

□ Períodos de distribución de las gratificaciones.

□ Existencia de sobreposición de criterios, como antigüedad o interdependencia entre ellos.

Los reajustes salariales son normalmente fundamentados en el criterio de antigüedad y el mérito por el esfuerzo en la producción. No se está considerando en este caso los reajustes salariales por categoría, considerados como objetivos. Este tipo de reajuste es siempre objeto de discusiones sobre la

legislación de trabajo, visto que las organizaciones presentan claras diferencias en su estructura.

Tales peculiaridades son la causa de adopción de cuadros de carrera en la administración pública. Estos cuadros presentan modelos, promociones y grados indicativos de niveles de sueldos. La carrera es resultado de un conjunto de clases de cargos, teniéndose en cuenta la equivalencia de la naturaleza del cargo.

En el Cuadro 1 se presenta un ejemplo, considerando la carrera de un enfermero con la posibilidad de cinco promociones, una para cada período de cinco años de trabajo, y cinco modelos relativos al tipo de responsabilidad inherente a las diferentes actividades desarrolladas, como asistencia, educación continuada, orientación al público y familiares, supervisión y jefatura. El camino a seguir puede presentar dos direcciones: horizontal y vertical.

Los valores en el Cuadro 1 se refieren a números de salarios modelo escogidos. Así, un enfermero recién contratado que se dedica a las actividades básicas tiene salario inicial equivalente a 10 unidades (A-I). Después de 5 años en la misma función, su salario pasará a 15 unidades (A-II). En caso de que su colega ingrese en la misma época y por su experiencia y calificación inicie su trabajo junto al Grupo de Educación Continuada de Enfermería, él recibirá 15 (B-I); completando cinco años este enfermero recibirá 22 unidades (B-II).

Los modelos D y E se refieren al Supervisor y Director de Enfermería respectivamente: se entiende que el acceso a estos cargos no es directo y depende de una cierta experiencia en actividades diferenciadas (modelos A, B ó C).

Cuadro 1.

Función/ actividad	Tiempo de servicio				
	I	II	III	IV	V
A	10	15	22	33	40
B	15	22	30	40	50
C	22	30	40	50	60
D	-	35	45	55	65
E	-	45	55	65	75

Al adoptarse una política de promociones o estímulo para progresión en carrera es ideal crear un sistema de evaluación del desempeño a través del cual sea posible juzgar la forma objetiva para llenar el cargo y decidir el camino ideal para cada funcionario.

Evaluar el mérito y el desempeño con que se produce un trabajo es comparar a través de medidas específicas, la eficiencia en la ejecución de tareas y la efectivización de las responsabilidades inherentes al cargo ocupado. Una discusión más conceptual relaciona el mérito a las realidades personales del empleado y el desempleo a su actuación frente al trabajo.

El criterio del merecimiento es la base para un sistema de remuneración a través del cual se pueda demostrar claramente la intención de la administración de no basarse solamente en criterios de antigüedad para retribuir a empleados eficientes y dedicados.

Las directrices para la evaluación del desempeño se inician de día a día. Juzgar es una actividad que el ocupante del cargo de jefatura hace casi automáticamente, mediante una actitud sistemática frente a sus subordinados. Por ser una rutina diaria, el juicio del mérito solamente se discute en reuniones para discusiones de evaluación o frente a un hecho extraordinario que exija una decisión inmediata.

Lo ideal para la racionalidad del gerenciamiento, es eliminar puntos superfluos o inadecuados en los juicios, buscando un proceso analítico lineal que permita comparaciones entre los candidatos a promoción. El jefe debe entender que al evaluar a sus funcionarios su actitud será considerada y juzgada por sus superiores y, por otro lado, el empleado deberá pasar por el proceso con pleno conocimiento del hecho y de la forma como se desarrolla.

**Cuatro conjuntos de datos son básicos para una consistente evaluación del desempeño y consideración del merecimiento: identificación del evaluador frente a la administración; datos del funcionario, del sector y área donde desarrolla sus actividades; el período en que se procedió a juzgar su desempeño y la fecha final de la observación. Mediante esta información, la Administración de Personal podrá diseñar y direccionar las posibilidades de movimiento del cuadro de funcionarios.**

Al procederse a la evaluación propiamente dicha, se consideran aspectos cuali y cuantitativos del trabajo, tomándose como base el volumen de producción, la rapidez, el interés y la dedicación del empleado. Para el jefe, que también será evaluado, se incluye la cuestión del prestigio junto a sus subordinados, capacidad de tomar decisiones, la confianza con que así procede y su habilidad para planear, organizar e, inclusive, evaluar.

Otros requisitos pueden ser considerados para una evaluación más completa y pueden aún ayudar a medir el alcance de los deseos de la administración en cuanto a lo que se juzga ideal: la capacidad del jefe para entrenar y la capacidad del empleado para absorber y aplicar el conocimiento adquirido; la relación de ambos con colegas; la lealtad; factores como puntualidad, frecuencia y cumplimiento del reglamento; principalmente, la extensión de las responsabilidades y la capacidad y dedicación demostradas al asumirlas.

Para evaluar los requisitos en cuanto prioridades frente a los objetivos de la orga-

nización o de sus áreas de competencia, se sugiere una tabla sencilla, relacionando los factores factibles de evaluación a las categorías del cuadro de personal, donde serán señalados los aspectos que se juzguen importantes para clasificar las condiciones presentadas: la cortesía de la telefonista; el volumen de producción del dactilógrafo, la iniciativa de la recepcionista; la fuerza de persuasión del enfermero, la limpieza de la camarera. Hay requisitos que son más importantes o más específicos para cierta categoría profesional: un trabajador bracero es, antes que todo, una persona fuerte y de buena voluntad; un recepcionista del ambulatorio debe combinar cortesía y discreción; un Director Clínico, debe estar disponible.

Un segundo paso establece prioridades para los factores que serán considerados. En el Cuadro 2 se da un ejemplo para tres centros de salud, de los requisitos para el supervisor de enfermería, por orden de prioridad.

En el centro de salud I, hay falta de enfermeros. En el II, hay funcionarios en número suficiente pero con baja calificación. En el III, hay personal suficiente presentando nivel de calificación razonable, pero indolentes.

**Cuadro 2**

Requisitos	Centro I	Centro II	Centro III
Influencia junto al grupo	1	1	1
Precisión y presteza en la toma de decisión	1	2	1
Capacidad de planear	1	1	2
Grado de conocimiento	3	1	3
Interés en la mejoría técnica	3	1	3
Fuerza de persuasión	1	2	1
Energía	2	3	1
Agilidad	2	2	2
Frecuencia	1	2	1
Presentación	3	1	2
Cooperación	1	2	2
Capacidad de entrenar/evaluar	2	1	1



## **Mejorías posibles de la administración de personal**

De una forma general, las cuestiones pertenecientes a la administración de personal engloban el desarrollo de los funcionarios, con referencia a aspectos formales e informales de la capacitación y del gerenciamiento bajo la óptica jurídica, social y técnica del contrato de trabajo.

A medida que se procesa el conocimiento sobre educación y formas de gestión viene apareciendo un espacio propio destinado al área de recursos humanos para la salud. Entretanto, desde el punto de vista de las políticas públicas, ese espacio no parece importante o merecedor de atención especial: resulta, por tanto de otros procesos, poco recomendables y que promueven el "inmediatismo", la improvisación y la falta de ética.

Frente a esta realidad, se hace necesario constituir instrumentos que vengán a absorber e incorporar orientaciones más amplias para la administración de personal y que, de esta forma, puedan contribuir para un cambio o para la formulación de directrices de políticas públicas en este sentido.

Un componente de la administración que facilita básicamente ese proceso es la legislación, en la medida que organiza cuestiones básicas de la rutina y establece normatización mínima, decide sobre beneficios, derechos y deberes, protegiendo dentro de límites al funcionario y la organización.

La descripción de cargos viene a reiterar la importancia de las actividades y de las responsabilidades esperadas, dando prioridad a la organización y a su trabajo. Es el trabajo

el que irá a definir otros componentes como procesos de reclutamiento y selección, de entrenamiento, progresión y desarrollo de personal.

El salario, punto de conflicto o acuerdo entre la administración y los funcionarios, puede venir a solidificar lo que parece fundamental para la organización: la lealtad y el compromiso de los funcionarios. Es por esto que no se puede esperar corrección ética y presteza en la actitud de todo el personal de una organización que históricamente paga bajos salarios. Es verdad que no siempre esta relación es la causa exclusiva de ineficiencia individual, pero el grupo sufre con esa influencia. Lo fundamental es la búsqueda transparente de soluciones alternativas con base en la premisa de la adecuación de la remuneración al trabajo producido en la ejecución del cargo.

## **La productividad**

### **¿Cuál es el producto de los servicios?**

En el discurso de la administración, desde el inicio de la administración científica de Taylor, está la búsqueda de la persona apropiada, de la manera correcta, con los insumos apropiados que llegan en el momento preciso. Infelizmente para los administradores o para los propietarios de organizaciones, tanta certeza no es posible al final del siglo XX.

Hay algunas técnicas de investigación operacional que, con el auxilio de computadoras, ayudan a aumentar el grado de previsión con respecto a determinados procedimientos. Al mismo tiempo, la falta de espacio y de capital para invertir en recursos materiales obligó a que se investigasen mecanismos de anticipación con respecto de la utilización de tal o cual insu-

mo, de modo a garantizar que llegase a tiempo, ni mucho antes ni después. Esta técnica recibe el apropiado nombre de *just in time*. O sea, hay una serie de tentativas para optimizar la producción de determinado bien o servicio, cuyo resultado no es siempre satisfactorio, por lo menos en el área de la salud.

El área de la salud tiene algunas características, entre ellas la de intensamente orientada a prestar "servicios". Esto trae, además de mayor conocimiento respecto de su objeto, algunas nociones importantes en términos de pensar en sus productos. Se debe tener en cuenta que los servicios son, por definición:

□ **Impalpables:** es decir, que no se pueden tocar. Se percibe que dichos servicios fueron prestados, aunque para su prestación se hayan empleado medios absolutamente palpables. O sea, la aplicación de una vacuna es hecha por alguien, utilizando un aplicador; la vacuna posiblemente fue almacenada en una nevera a temperatura adecuada, para su conservación; conforme el caso, algún instrumento fue utilizado en la aplicación, etc. Una vez aplicada la vacuna, no se consigue palpar este acto, pues no tiene carácter concreto. Puede ser medida, tal vez, por dosificación de anticuerpos; quizá haya fiebre o reacción cutánea. Estas señales podrán ser verificadas, pero la "vacunación" no estará allá.

□ **No almacenables:** es imposible almacenar "aplicaciones de vacuna" no usadas en el momento oportuno, de modo de intentar usarlas en otro momento, cuando haya pacientes en espera. De la misma forma, los servicios de atención de enfermería no se prestan a pacientes internados si la unidad no está en funcionamiento. Los servicios no pueden ser guardados para ser ofrecidos cuando hay

pacientes que se han internado todos al mismo tiempo.

□ **De producción y consumo simultáneos:** en el momento en que la cirugía es hecha esa acción está siendo consumida, de la misma forma que la medida de la presión arterial o la colección de material para examen citológico. Después de este momento, puede o no haberse hecho una anotación, esta puede o no haber sido correcta, el procedimiento puede o no haber sido adecuado, mas ya fue hecho. No hay cómo separar el momento de su realización y el de su consumo y ellos reflejan o no el resultado del momento.

□ **Indivisibles:** una vez iniciada una consulta, ella no puede ser retomada más tarde, pues será una nueva consulta, con una nueva relación entre profesional y paciente. Lo mismo puede ser dicho de una cirugía: reabrir a un paciente para un segundo procedimiento quirúrgico es realizar un nuevo proceso, con nueva anestesia, nueva preparación del quirófano, etc.

□ **Heterogéneos:** se puede calificar de "servicio" tanto algo aparentemente sencillo como pesar a un bebé, hasta algo más complejo, como hacer una punción venosa para instalar un venoclip en este mismo bebé. De hecho, estos dos procedimientos hasta pueden ser hechos por la misma persona, en tiempos muy próximos, pero excepto que hacen parte del mismo proceso (el cuidado de este niño) tienen poco en común.

□ **Difíciles de atribuirles precios:** ¿cómo decir cuánto "trabajo" y cuánto "conocimiento" entraron de hecho en la prestación del servicio (que desapareció apenas fue prestado) para ser adicionados al tiempo, al área física y a los demás insumos, incluyendo mantenimiento de los aparatos?

¿Por qué generalmente el trabajo de un cirujano es considerado más caro que el de un clínico y el de un enfermero es equivalente (o más caro, o más barato) que el de un psicólogo, asumiendo que la formación de esos dos profesionales lleve el mismo número de años?

Este tipo de clasificación ciertamente no se aplica a todo en el área de la salud, donde hay algunos productos bastante palpables, almacenables y mensurables a considerar, como reembalaje de medicamentos, llenar fichas, realización de balances, lavar ropas, procesamiento de alimentos, etc.

Cabe, nuevamente, levantar la existencia de actividades clasificadas como asistencia directa, apoyo para diagnóstico y terapéutica y de carácter general en el área de la salud, para permitir comprender un poco mejor el concepto de productividad con el cual eventualmente se pretenda trabajar.

Por otro lado, nunca podría ser olvidado el hecho de que el área de administración de personal o de recursos humanos en una organización, también debe ser considerada como área de servicios especializados, cuyos clientes prioritarios son los trabajadores de la organización. O sea, lo que se hace en la unidad también es impalpable, aunque tenga su reflejo concreto, como el salario y sus descuentos, por ejemplo. Tampoco es almacenable, pues en los períodos en que nadie sale de vacaciones no es posible dejar encaminados los pedidos para cuando hubiere necesidad.

La producción de servicios prestados coincide con su consumo, haciendo que cada servicio mal prestado sea visto como tal y cada información sea asimilada en el momento en que acontece; también son indivisibles, heterogéneos y difíciles de atribuirles precio, independientemente de la

opinión de sus consumidores directos. De cualquier forma, es preciso recordar a los trabajadores del área de recursos humanos que ellos tienen, del otro lado del mostrador, sus pares a atender y, de preferencia, a satisfacer, sea el servicio propio o contratado.

### Los productos en el área de la salud

Según ciertos autores, uno de los grandes argumentos en favor de tratar el área de la salud como peculiar, es la existencia de ciertas características que, cuando combinadas, forman un *locus* organizacional específico (al menos, una cultura propia). Entre estas aparece, en primer lugar, la dificultad alegada para definir y medir salidas. Esto puede ser considerado plausible a partir de la percepción de que no es solamente uno el proceso de trabajo en los servicios de salud o en el SILOS.

De hecho, entre las constataciones iniciales que pueden ser hechas está la multiplicidad de subáreas que componen la tarea del sector salud, sea ella cual fuere.

Es poco prudente organizar por orden de precedencia o prioridad las diversas tareas a realizar, pues en realidad, ocurren simultáneamente y, aunque haya actividades prioritarias en relación a otras, a veces no es posible esperar que unas estén terminadas antes de iniciar o completar otras. No obstante, se puede decir que existe, como una de las primeras tareas de los SILOS, la definición de un modelo asistencial, sobre el cual buena parte del trabajo realizado tendrá sentido. Sin embargo, la propia definición de lo que es un modelo asistencial puede ser cuestionada, poniendo en duda lo que, al final sería el producto de esta actividad.

También es pertinente la constatación de que hay muchos SILOS funcionando sin que se

pueda afirmar, con certeza, cuál es el modelo que siguen. En fin, es posible presentar el hecho de que sin definir las salidas no hay por qué preocuparse en medirlas, pues la preocupación, en este caso, tenderá a ser burocrática, controladora y cartelista.

De esta definición, por otro lado, podrían emerger los productos esperados de este sistema local, o por lo menos algunos de ellos que, sin duda a esta altura, aún estarán revestidos de una gran generalidad.

Los productos de los SILOS tienden a ser de largo alcance, lo que acaba generando expectativas de largo plazo. Sin embargo, cuando se habla de salidas, productos o resultados se presume que se está buscando un criterio de evaluación. De hecho, hay la expectativa de que, conociendo los resultados que se espera obtener, sea más fácil tener claro cómo desarrollar la coordinación. Hay quien diga, por ejemplo, que en el área de la salud las personas prefieren trabajar con los dogmas "cada caso es un caso" y "aquí se lidia con vidas humanas", de modo de impedir que se puedan tener coeficientes de evaluación.

En último análisis, estos son modelos artesanales, aunque se esté, también en el área de la salud, después de la revolución industrial. Se puede descomponer cualquier producto en sus componentes y es posible determinar metas cuantitativas a partir de indicadores interrelacionados, si se desea. Por ejemplo, para cada "x" consultas de atención prenatal se pueden esperar "y" exámenes de ecografía; para cada "z" exámenes de Papanicolau, es recomendable prever la necesidad de "w" hospitalizaciones; para cada cirugía realizada se considera adecuado lavar "h" kilos de ropa y existe una relación media de "a" Kg de basura por cama ocupada en el hospital.

Datos cuantitativos del índice de cesáreas son comunes y usados como indicadores de producción, por un lado, al mismo tiempo que de calidad por otro, mostrando que existe una fuerte correlación entre estas categorías.

Por fin, siempre en términos genéricos, se puede intentar definir productividad como una relación entre la producción y algún factor del cual ella dependa. En el área de la salud, relaciones específicas serían, por ejemplo, número de consultas por médico, o por consultorio; número de cirugías por quirófano, por cirujano, por anestesista, por circulante de sala, por caja quirúrgica, etc. Relaciones genéricas, a su vez, serían representadas por funcionarios del área de recursos humanos; número de ítems comprados por funcionarios del almacén o por metros cuadrados de almacén, etc.

Una visión actualizada del mismo concepto es la cuestión de la facturación, que es, en el límite, una medida de producción asociada a medios de sobrevivencia organizacional, relacionada a costos o a los llamados, en inglés, "5 M": *men, machines, materials, money and management* (personas, aparatos, materiales de consumo, dinero y administración).

Como esta medida es, sin duda, amplia, se puede percibir que la cuestión de la multicausalidad también es aplicable a los resultados organizacionales. En última instancia, es la tentativa de cuantificar un concepto que refleja la teoría de la contingencia, o sea, la relación entre lo que se obtuvo y lo que había disponible para realizarlo.

En el campo de la salud los costos aún representan un área próxima a la ficción, aunque se pueda tener idea de los gastos. De la misma forma, los llamados factores de producción acostumbran a ser definidos con

mucha exactitud. Así, discutir productividad debe tomar en consideración aquello que se pueda identificar, aunque esto no necesariamente sea suficiente.

Una medida ya conocida, que no revela productividad sino solo datos de estructura para fines de evaluación, es la que relaciona número de funcionarios por cama. Ella es más tradicional y tiene el mismo significado que hablar del número de funcionarios por consultorio. Esto no significa que cada cama tiene derecho a dos o siete funcionarios o que cada consultorio irá a dar trabajo a cinco trabajadores, por hipótesis.

Mucho más razonable sería trabajar la relación de camas existentes, o de hospitalizaciones, por horas contratadas o por horas trabajadas. Existe una categoría usada por los norteamericanos, los llamados *full-time equivalents*, que significa trabajar en función de cuántas personas serían necesarias en caso de que se contratasen todas ellas a tiempo completo, para después adecuar esas horas a las circunstancias de la realidad.

En la realidad latinoamericana, los turnos son apretados y tradicionales (frecuentemente para permitir más de un vínculo de empleo), el concepto de horario flexible (*flexitime*) no está implantado, y es difícil aceptar el concepto de media persona, etc. Así, se mantiene la comodidad de trabajar siempre con aquello ya conocido y se buscan las relaciones de estructura física existente/disponible por trabajador contratado/disponible, aunque esto dificulte cualquier tentativa de medida de productividad.

Al final, estas relaciones asociadas a estructuras no son indicadores de los índices de producción; pero si se divide el número de salidas hospitalarias (altas + muertes)

por funcionarios, o por una relación constantemente actualizada de funcionarios y salarios, será posible crear un análisis de productividad. Mas para esto es deseable que se esté discutiendo una relación substantiva.

Hablar de número de procesos de compra abiertos puede ser una buena tentativa de dimensionar el cuadro de personal para el almacén. En realidad, las teorías de gestión pregonan que se intente medir lo que se hace, principalmente después de descubrir "por qué", "para qué" y "para quién". De esta forma, puede ser más fácil y más comprensible para observadores o gerentes de servicios de salud lidiar con relaciones (absolutas o comparativas) entre consultas de primera vez y retornos, entre visitas domiciliarias y exámenes de laboratorio, consultas de urgencia y exámenes complementarios, etc.

Bien o mal, se puede seguir este tipo de indicador para actividades-medio, relacionando consultas de primera vez y consumo de determinado tipo de medicamento, o de películas de rayos X. Hay relaciones que pueden ser hechas entre retorno de pacientes y rotación de funcionarios, tasa de infección intrahospitalaria y entrenamiento técnico, número de altas y proporción de trabajadores de nivel universitario. Basta querer saber y crear la relación y el indicador.

Los productos del área de la salud son aquellos con los cuales se tiene intención de lidiar profesionalmente y por los cuales hay la intención de responder. Influenciar las condiciones de vida de la población, patrocinando su bienestar (incorporando la denominación de "servicios humanos") ciertamente es uno de los posibles resultados o efectos del sector, no es necesariamente una de sus salidas, no es actividad exclusiva y esta actuación no se da en forma directa.

Asumir que no se trata siempre directamente con el paciente es un argumento aceptable, porque la situación opuesta acostumbra a ser utilizada con finalidad retórica, usando a la población, al usuario o al paciente el papel como disculpa para cualquier decisión, así como de cómplice involuntario para actitudes eventualmente tomadas.

No obstante, bien o mal, existe una imprevisibilidad en los resultados del área de la salud, principalmente en lo que toca a las actividades de asistencia directa. Hay muchas posibilidades de resultados, aún utilizando procedimientos iguales, en función de características propias del paciente, tanto genéticas como de estilo de vida y hasta de condiciones propias.

Hablar de que el producto de los servicios de salud es la salud, presume desconocimiento acerca del objeto; es lo mismo que asumir que el producto del área de recursos humanos son recursos humanos. Como ya fue presentado en el área de sistemas, existen cuatro grandes categorías posibles de productos esperados: los *throughputs* (productos intermediarios), los *outputs* (salidas), los *outcomes* (resultados) y los efectos o impacto.

Un producto intermediario es aquel que ocurre en el desarrollo de un proceso, siendo utilizado para definir un nivel más avanzado. En un hospital, por ejemplo, la tasa de ocupación es una medida de *throughput*, pues permite esperar algunas consecuencias sin que sea una salida en sí. En este caso las salidas podrían estar representadas por número de pacientes tratados por internación clínica, quirúrgica, por mecanismos ambulatoriales o por visita domiciliar. Los resultados, entonces, serían los tipos de salida (cura, alta o transferencia inalterada, mejorada o empeorada y defunción). Finalmente, el impacto tendría que

ver con la calidad de vida de los pacientes salidos del hospital y con años de vida ahorrados; en fin, con la manera por la cual la organización interacciona con el ambiente.

Tomando una parte menor de la organización, como la lavandería, se puede hablar de ropa procesada, lavada, limpia o no y, finalmente, en qué condiciones de uso es enviada a otras partes del hospital. La administración profesional establece, por ejemplo, que es necesario saber si el horario en que la ropa llega a la unidad es el horario en que los usuarios desean que así sea. También se puede examinar, en el caso de esta unidad, su importancia estratégica para algún punto prioritario, conforme decisión fundamental para la productividad. Por ejemplo, si hay o no circunstancias en que las actividades del centro quirúrgico (suponiendo que sean prioridad) se suspendan debido a problemas en la lavandería, con cuánta frecuencia esto ocurre, etc.

### **La productividad como problema de recursos humanos**

La imprevisibilidad, asociada a la variabilidad en cuanto a las categorías, asume mucho de la especificidad del sector salud. En rigor, se puede decir que existe una importante incertidumbre y resistencia tanto sobre la utilización de tecnología así como sobre su necesidad.

En función de esto, los profesionales resisten la racionalización y la programación de sus actividades con miras a defender su autonomía. Se supone que, al mismo tiempo, se busque preservar la libertad de decisión en la relación con el paciente y la independencia en cuanto a la productividad, o sea, en cuanto a los requisitos relacionados al vínculo del empleo. Tomando el ejemplo arriba mencionado, se trata de discutir si los trabajadores de la lavandería pueden o no

decidir cuál es la ropa que será lavada en primer lugar, en caso de que no haya una rutina definida.

Existe una percepción (correcta) de que el trabajo en salud es complejo pues, entre otros factores, el avance tecnológico y la rapidez de su diseminación tienden a fragmentarlo y ya está claro que la especialización en el área tiene características diferentes de aquellas observables en otros campos. Además, cabe la percepción de que hay una serie de disputas por espacio en la organización, creando un confrontamiento y abriendo camino para el conflicto de muchos profesionales, conocimientos y técnicas.

En realidad, la cultura organizacional tiene un peso importante en todo el contorno de la productividad. De hecho, ésta representa un concepto relativo, vinculado a modelos, que pueden ser internos pero en la realidad latinoamericana acostumbran a ser externos, dados por órganos técnicos y asociaciones de clase, nacionales e internacionales, no necesariamente aplicados a la realidad y al período o al modelo asistencial bajo observación. O sea, definiciones del cuadro de personal son hechas sobre datos de otras realidades (necesidad de camas, número de consultas por médico por turno, etc.).

Lo interesante es que las preguntas más frecuentes que se hacen son a respecto de cuánto cuesta, cuánto falta, de cuánto precisa y cuánto se espera, a pesar de la tradición importante de no cuantificar lo que es hecho en el servicio en las condiciones dadas. Por ejemplo, el indicador de kilos de ropa lavada por salida o por cantidad de jabón consumida debería ser constante, mas difícilmente se considera esta relación como un indicador. Es mucho más frecuente trabajarla apenas como un tipo de producto fijo (ropas lavadas).

En cada servicio hay un afán de comparar, aunque sus datos internos no estén disponibles o, si estuvieran, no acostumbran a ser divulgados. Es interesante verificar que, independientemente de lo que digan los observadores más avanzados respecto de la cuestión de los recursos humanos, el nivel de producción es, en última instancia, determinado por normas sociales, creadas internamente en cada organización o en cada unidad organizacional.

La cuestión del resultado de la actividad del trabajador, para lo que ejecuta, en cuanto aptitud física y fisiológica, es secundaria frente a su integración social, hablando a favor de la integración social buscada por él.

**La pirámide de necesidades de Maslow, considerada clásica en el área de recursos humanos, aunque bastante criticada, presenta una categoría de integración social. La posibilidad, por lo tanto, de que el trabajador sepa que pertenece a algún lugar, refuerza la percepción respecto a la integración en el grupo.**

Asumiendo que los individuos terminan por vincularse a grupos, sean del tipo que sean, es obligatorio reconocer que el individuo se apoya en el grupo para tomar decisiones y cuenta con las recompensas de carácter simbólico que obtiene a partir de él, por lo

menos tanto como con cualquier tipo de abono pecuniario.

En la discusión respecto a las consecuencias organizacionales llegó a ser mencionada la oportunidad de la organización de reconocer

si la relación entre el trabajador y su tarea, o entre el grupo y su tarea, es o no satisfactoria y demostrar este reconocimiento por medio de algún tipo de acción organizacional. Aquí entran en juego las percepciones del trabajador, el grupo y la organización, y no siempre ellas son coincidentes.

Por otro lado, también existe un tipo de consecuencia posible de ocurrir en la organización: la interacción social, aquella que se verifica entre individuo y grupo. Sin duda, el grupo tiene mecanismos muy claros para demostrar al individuo si su comportamiento es o no adecuado y el individuo puede hacer lo mismo con respecto al grupo. Como, por lo menos, grupo e individuo son mucho más próximos que individuo o grupo a la organización, la probabilidad de comprensión en el primer caso tiende a ser mayor.

Este tipo de visión ayuda a explicar el concepto de grupo como uno de los responsables por la productividad. Así, para situar la productividad como problema de recursos humanos, es importante percibir que buena parte de los gerentes usan a sus trabajadores como disculpa para justificar sus resultados, en general abajo de lo deseado. (En caso de tener éxito real o subjetivamente percibido, los gerentes no acostumbran a tener mucho interés en repartir los laureles).

En realidad, es preciso culpar a alguien y, frecuentemente, el gerente de servicios de salud o del SILOS, situado distante de la llamada línea de frente y que no tiene la certeza de por qué se le exigen inmunizaciones, control de epidemias y de enfermedades crónicas, partos, mortalidad intrahospitalaria o infección intrahospitalaria, entre otras, pasa a asumir que son sus insuficientes, descomprometidos, descalificados, alienados,

etc., recursos humanos los responsables por la falta de cumplimiento de metas.

El hecho de que estas metas sean frecuentemente desconocidas de los trabajadores, o aún sean definidas fuera de la organización, sin que esté claro por qué o cuándo, parece no influenciar la percepción de que la gerencia tenga algo que ver con esto. Bajo el alegato de que no tienen autonomía para contratar ni para despedir, los dirigentes que tienen recursos humanos bajo su responsabilidad se eximen, sin pensar que hay otras negociaciones que pueden ser hechas y otros caminos a ser probados, incluyendo la posibilidad de trabajar con consecuencias organizacionales y discutir productividad.

Si no hubiesen prioridades en las organizaciones, nadie sabría lo que debe ser hecho preferencialmente, en qué utilizar los escasos recursos, etc. Este tipo de conducta, volcada a la gestión de los recursos, incluso de los recursos humanos, implica coordinación de actividades, pues no adelanta tener una línea de prioridades definida en la organización si sus partes resolvieron interpretar estas directrices de forma independiente.

Todo es discutible, pero de manera ordenada/coordinada. En caso contrario, si no fuere posible demostrar cuáles metas es preferible alcanzar en detrimento de otras, qué actividades pueden ser relevadas sin perjuicio para la organización, acaba por tenerse la gestión de acuerdos en cuanto a estilo de administración.

Esta no necesariamente representa el estilo opuesto a la administración de conflictos ya discutida, pero intenta asumir la posibilidad de la apariencia de acuerdos, en la cual, en el fondo, cada uno hace lo que quiere. La



productividad sufre, mas no se puede decir que este sea un problema de recursos humanos, al menos exclusivamente; es un problema de gestión y de alcance más general de lo que puede parecer.

La gestión de acuerdos pregona la individualidad exacerbada, asumiendo que cada trabajador decide sobre su trabajo, sus coeficientes y su autonomía. Cuando ella es confundida con descentralización puede haber consecuencias adversas, en el sentido de que cualquier tentativa de coordinación o de implantación de prioridades puede ser acusada de autoritarismo, exceso de control, y centralización, llevando a un aumento de los conflictos y de la dispersión de la energía en disputas por la autonomía.

El caso de la lavandería, puede ser utilizado aquí, una vez más. Aunque para la dirección del hospital en estudio, el centro quirúrgico fuese prioritario y hubiese sido percibida la importancia de la lavandería en la cancelación de procedimientos quirúrgicos, dándole prioridad a la compra de jabones y hasta de ropas, continuaba no habiendo ropas disponibles en cantidad y calidad suficiente para los procesos.

La respuesta para esta falta continua de disponibilidad de ropas puede estar en la gerencia de las unidades de apoyo, que no consiguió coordinar adecuadamente los esfuerzos de la organización. Otra respuesta puede ser encontrada en los trabajadores de la lavandería, que tal vez considerasen más importante mandar ropa de cama limpia a las unidades de internación, donde ellos ven a los pacientes continuamente, con preferencia a las salas quirúrgicas que les son virtualmente desconocidas.

Aún otra posibilidad puede estar en el área técnica, en que parece incompatible con la eficiencia del grupo colocar la máquina para funcionar con menos que  $x$  Kg, sea la hora

que sea, o por lo menos esto es lo que fue enseñado en el entrenamiento ofrecido por la organización. Técnicamente, la información puede estar correcta, mas la prioridad puede pasar por encima de criterios técnicos y estar conforme bajo el punto de vista organizacional. Siempre las medidas de productividad deberán llevar en consideración los objetivos de la organización, sin lo que estarán siendo discutidas en el vacío.

Aún queda el cuestionamiento sobre lo que alguna unidad o persona ligada básicamente al área de recursos humanos podría hacer en una situación semejante. Por ejemplo:

- percibir que el entrenamiento técnico es poco adecuado;
- detectar la situación de eventuales inadaptaciones entre las personas y sus tareas;
- introducir la discusión respecto de productos y resultados deseados;
- observar nuevos modelos de rotación y de ubicación de recursos humanos, etc.

En realidad, hay que tener un cierto cuidado con estas tareas del área, pues siempre se corre el riesgo de que nadie en la organización tome en serio estas recomendaciones y las medidas sean tomadas sin que la coordinación ocurra, desperdiciando tiempo y esfuerzos.

Hay también estudios respecto del ambiente organizacional que pueden reflejar situaciones extremas, cuando la falta de certeza referente a las tareas lleva al aumento del llamado comportamiento político, interfiriendo en el nivel cualitativo y cuantitativo del trabajo realizado. Habrá inclusive entre los trabajadores de la lavandería la posibilidad de formar un grupo de presión en el sentido de justificar las enseñanzas del entrenamiento técnico y hasta la eventual preferencia por enviar la ropa en primer lugar a las unidades de internación,

donde el cambio de ropa se hace a determinada hora. En este caso, pueden hasta haber tenido lugar alianzas entre los trabajadores de la lavandería y los de enfermería de la internación, para garantizar la provisión adecuada.

Toda la historia de la lavandería fue usada como un ejemplo tomado del día a día de la organización. Sin embargo, aún hay que pensar en cuestiones directamente relacionadas a los recursos humanos propiamente dichos, que a veces optan por no hacer, por sabotear, por dedicarse más a los conflictos o a sus otros objetivos en lugar de aquellos directamente vinculados al trabajo organizacional. O sea, debe ser calificada la hipótesis de que ni el objetivo de las organizaciones es único y explícito, ni el objetivo de los trabajadores es sencillo y dirigido a lograr los objetivos de la organización o para su empleo/salario/trabajo. En verdad, es necesario percibir que los trabajadores, amparados en la lógica del contrato psicológico que los liga a la organización, pesarán diferentes situaciones hasta descubrir aquella que les da mayor confianza o mejor relación esfuerzo-condiciones de vida y trabajo.

Por otro lado, como ya antes se dijo, el trabajo en salud tiene algunas características peculiares, pues se debe considerar que hay especificaciones en las contradicciones con el modelo tradicional de la relación entre capital y trabajo. Esto se refleja en la cultura del sector, internamente, y en la imagen que se tiene a respecto.

En general, la propia comunidad residente en el área de alcance de los SILOS acostumbra reconocer como trabajo básicamente las relaciones directas entre profesio-

nal y usuario, en el modelo tradicional de práctica asistencial. Las cuestiones más amplias, en el ámbito de la vigilancia de la salud, terminan siendo vistas como burocráticas por aquellos que no perciben su alcance (incluidos ahí buena parte de los profesionales que median la relación SILOS/comunidad).

Cuando la administración profesional se basa en conocimiento profundo para asentar las bases del análisis de procesos, intenta demostrar la necesidad de insertar al trabajador en sus actividades en los servicios. En el área de la salud existe una seria barrera para esto, aún en el sentido de que todos son celosos de sus conocimientos para preservar su espacio de trabajo (esto se refleja desde el lenguaje hasta la postura).

No obstante, es al menos deseable que cada vez más, haya conocimiento respecto al área, fluyendo entre los diferentes actores, de modo a que las relaciones sean más provechosas. Es el mismo modelo mental que aquel vinculado a las relaciones de poder, asumiendo que cuanto más interacción ocurra más poder tendrán las personas sobre su vida y salud y podrá haber mayor discusión, no estrictamente técnica, respecto de la relación cantidad/calidad en lo que fuere hecho en salud.

Una de las cuestiones más importantes del área es justamente la discusión sobre qué valorizar: calidad o cantidad. Esta discusión sería válida, principalmente si estuviesen definidos coeficientes para cada una de estas categorías. En caso de que no se tenga claro lo que se entiende por cantidad, o por disponibilidad de recursos, la productividad continuará siendo un área de la cual mucho se habla y poco se conoce.

## Compromiso

### ¿Compromiso o motivación?

Casi todos los gerentes del sector salud tienden a hablar de sus trabajadores como presentando falta de compromiso con el área, con su trabajo, con su organización. Los autores que pregonan el área de la salud como específica en relación a las demás afirman, por ejemplo, que la lealtad de los trabajadores de la salud es mayor en relación a su profesión/ocupación que a la organización en la cual trabajan. Este hecho se observa en cualquier momento, en función de los pactos de no agresión entre pares, de las reglas de conducta no escritas, de comportamientos de encubrimiento, de defensa de espacio técnico para trabajadores de igual formación. La duda cabe, sin embargo, si este comportamiento es exclusivo del área de la salud o si también puede ser observado en cualquier otra; como por ejemplo en derecho, ingeniería, ballet.

Ciertamente, estas otras áreas mantienen algunos comportamientos que merecen el apodo de corporativos, desafiando hasta algunos preceptos de la ética en nombre de juramentos profesionales.

Examinando la teoría, problemas de compromiso la primera justificativa para la

actividad gerencial dedicada a liderar y motivar recursos humanos. Sin embargo, una vez más, cabe cuestionar si el problema se sitúa en la esfera de los recursos humanos o es de ámbito gerencial u organizacional más amplio. Hay quien diga que el compromiso es la razón directa de la motivación y que esta tiende a ser vista como un sustituto insatisfactorio de la búsqueda de sentido en el trabajo.

De esta forma, cabe cuestionar lo que buscan las personas en sus vidas dentro de sus organizaciones. Por ejemplo, se puede ver que con la tecnología disponible hay cada vez más trabajadores que optan por realizar sus tareas en casa, disminuyendo su vínculo con las organizaciones. Para esto, usan computadoras, fax, teléfono, modem, bips y otros elementos de localización. Este tipo de actitud es más posible para técnicos y para profesionales universitarios, ligados a algunos tipos especiales de trabajo, en el cual el énfasis mayor está en la producción, en el resultado. Hasta existe este tipo de situación en el área de la salud, donde hay algunas posibilidades de trabajo desvinculado del contacto directo con las personas. No obstante ¿cuál es la real dimensión de este tipo de vínculo una vez que idealmente su principal objetivo son los individuos y sus condiciones de vida y trabajo?

**El propio origen del hospital, tal como es concebido actualmente tiende a ver con colectivizar un tipo de trabajo que era hecho en la casa de los profesionales y que fue percibido como de mayor eficiencia y eficacia si se realizara más de una actividad en la misma área física.**

El trabajo del médico, del dentista y, más raro, del psicólogo de consultorio siempre fue el del profesional liberal y la tendencia de desvincularse de los demás es la vuelta del tradicionalismo más exacerbado, princi-

palmente si no hubiere la búsqueda del contacto con el paciente. En verdad, hace parte del discurso neoliberal que circunda la América Latina actualmente, el canto de sirena de la igualdad y del acceso universal con libre opción.

No se puede decir que haya habido una opción real, un contacto de hecho entre profesional y paciente. La propia definición de modelo asistencial habla de eso; cuando se determina adscripción de clientela, existe una tentativa de aumentar el vínculo entre la población y el SILOS, la población y los servicios.

Existe un problema cuando se intenta conceptualizar el compromiso, que está relacionado a su objetivo. Es el caso de los clientes prioritarios, asumiendo que todos pueden ser o son destinatarios de cualquier producto o servicio en momentos diferentes, cabiendo discutir quién quiere más y mejor atención en un determinado momento.

Hay momentos en que, nítidamente, la prioridad es satisfacer al superior inmediato; otros, en que interesa dejar satisfecha a la población relacionada con el SILOS y que dependa de él, para que esta relación de dependencia pase a ofrecer algún placer para los que están en ella envueltos.

Decir que la vigilancia epidemiológica está directamente dirigida a los individuos es ilusorio, aunque en realidad sirva para intentar aumentar el cuidado con el cual se realiza el trabajo. En verdad, esta actividad ha sido dirigida a sanitaristas y a planeadores, de forma de permitirles la elaboración de proyectos de control de ciertos padecimientos de la salud, aunque también se pueda dirigir directamente a los médicos, de modo que estos puedan saber lo que ocurre con la población bajo sus cuidados, adquirir nuevos conocimientos, corregir la información, etc.

Así, se distribuyen boletines epidemiológicos entre los médicos, pero no hay ninguna garantía de que ellos los lean, los comprendan o se interesen por ellos. Puede ocurrir que ni siquiera recuerden que "sus"

datos son encaminados a los que trabajan en la vigilancia epidemiológica. En estas condiciones de desconocimiento importante respecto de las actividades de las organizaciones, el compromiso máximo puede ser con su propio trabajo, en aquello que es posible seleccionar. No es muy común que médicos y enfermeros ligados a la asistencia hayan sido informados respecto de la existencia de los boletines de la vigilancia epidemiológica o expuestos a la posibilidad de discutir los mismos.

Muchas veces se oye hablar sobre la importancia de mantener los archivos en buenas condiciones de orden, con miras a su utilización, cuando los archivadores se dan cuenta de que muy poco de lo que ellos guardan es usado. Con frecuencia, aquello tan ordenado es considerado malo por casi todos los usuarios. Si fuere establecido algún compromiso en este caso, será con la rutina y no con la organización.

Una de las grandes cuestiones de la gestión es trabajar con la coordinación, una vez que, si la rutina es vista como importante, ella siempre tendrá esta connotación. Por extensión, ¿cómo esta misma rutina puede dejar de ser prioridad (aunque esté actualizada) solo porque en un determinado momento se usan otros criterios para la definición del presupuesto y el destino de los recursos?

Uno de los problemas de esta visión se encuentra en el hecho de que la motivación aún es encarada como un problema extrínseco a las personas. Existen algunos conceptos de categoría normativa del área de gestión que asumen que el hecho de haber recompensas "legítimas" las vuelve esperadas y otras no.

Partiendo de la premisa que el comportamiento es influenciado por motivos, existe la valoración de estos motivos. O sea,

algunos de los motivos existentes son juzgados dignos y otros no. Existe un gran juicio de valor en el sentido de considerar que el dinero (percibido por muchos como un motivo importante para la búsqueda de trabajo) no es digno; sería más correcto tener en el propio trabajo el gran motivo y la gran recompensa.

Por otro lado, existe una fuerte creencia de que algunas profesiones y dentro de ellas algunas especialidades son escogidas sin una preocupación "sacerdotal"; por el contrario, se alega que el motivo de la opción es, antes que todo, financiero. Esto acostumbra a ser dicho respecto de la profesión médica y, dentro de ella, de algunas subespecialidades ligadas a actividades de diagnóstico.

Como en cualquier aspecto de la actividad humana, las generalizaciones son peligrosas y, ciertamente, llevan a defensas apasionadas por aquellos que endosan uno u otro lado. Hay los que se consideran ofendidos por la simple mención de que los médicos puedan interesarse tanto por sus honorarios cuanto por sus pacientes y los que consideran que este tipo de acusación debe ser llevada a los tribunales de ética.

En estas condiciones, en realidad, sería posible trabajar más con la noción de compromiso como valor y haciendo parte del mandato que la organización tiene que cumplir. En este sentido, es posible asumir entonces, una formulación semejante a la que se hace para obstetricia: muchas veces, si el profesional que asiste en un parto, no lo dificulta, el resultado del proceso será excelente. En el área de recursos humanos y sus problemas, si la organización y sus gerentes no estorbasen al trabajador, con alta probabilidad tendrá un buen desempeño y elevado nivel de compromiso.

De hecho, uno de los puntos más citados y menos comprendidos apunta para el hecho de que no se debe dificultar que el trabajador se enorgullezca de lo que hace. Una posible traducción para esto es que si la organización no le ofrece al trabajador condiciones adecuadas de trabajo él se sentirá descontento con los resultados. Si acaso esto se convierte en crónico, el trabajador perderá el estímulo para hacerlo, por lo menos en aquella organización.

Sucede que los gerentes se sienten a veces engañados por el hecho de que trabajadores mal ubicados en alguna unidad u organización modificaron su actitud ante el trabajo, sin darse "otras condiciones" las que hacen la diferencia. Una de las funciones gerenciales debería ser percibir en qué circunstancias no hay resultados ni compromiso y en cuáles si los hay.

En salud, no es raro que las personas discutan que la opción por el sector tiene con bastante frecuencia un carácter vocacional. Por lidiar con vidas humanas, se asume que esta vocación tiene mucho de sacerdocio. De una manera o de otra, este raciocinio puede ser procedente para aquellos que fueron libres para escoger. A pesar de la poca nobleza del argumento monetario, hay aquellos que entran en el área por no tener otra alternativa de empleo, una vez que necesitan dinero, así sea poco, para saldar deudas, sustentar o complementar el sustento de la familia, etc.

La interpretación del argumento anterior, lleva a creer que buena parte del pago por el trabajo es dada por la realización del mismo. No es raro escuchar, en época de discusión salarial, el argumento de que no es porque las personas hacen aquello que les gusta que precisan tener salarios bajos.

Cuando se trata de los trabajadores menos calificados y que, además desempeñan actividades de carácter repetitivo, sin estímulo, cuya especialización (cuando existe) no necesariamente es percibida por los propios dirigentes de la organización en términos de entrenamiento o de diseño de nuevas rutinas, ciertamente no será la posibilidad de realizar las mismas tareas que siempre ejecutaron lo que irá a modificar su apreciación del mundo y de la organización.

Naturalmente, siempre existe la posibilidad de la percepción, respecto a la variedad de la tarea. Por ejemplo, para algún observador externo, la tarea de empujar camillas puede parecer mecánica, repetitiva, etc. Para otros, sin embargo, el hecho de empujar a alguien con un problema de salud, grave o no, y el hecho que las personas le abren paso, puede cambiar su relación con la vida, en la cual el trabajador en general es tímido hasta para pedir permiso.

### **Motivación, compromiso y auto-imagen**

Una de las maneras de discutir el vínculo con la organización es en función de los que se espera de ella, y a menudo esta percepción resulta de la imagen pública que se tiene de ella. En muchos países de América Latina, además de la imagen del sacerdocio, todo lo que no es percibido como asistencia médica curativa o asociado a tecnología y complejidad, es visto como actividad caritativa, dedicada a los pobres y, antes que todo, no profesional.

Esta imagen pública también es accesible a los trabajadores de la salud antes de entrar en el sector, durante su período de formación o capacitación, interna o externa. Esto está en la prensa común, en las conversaciones con los vecinos, hasta en las mismas opiniones de los colegas de curso.

De hecho, hay algunas profesiones, aún con requisito de formación universitaria, que nos vistas como serviles, sin status, por no tener una buena función.

En la sociedad, incluso entre algunos médicos, es frecuente la falta de conocimiento o reconocimiento de algunas profesiones como técnicas o universitarias. Este es típicamente el caso de la enfermería, la fisioterapia, la fonoaudiología, la terapia ocupacional, la ortóptica, etc. El hecho de reconocer que se trata de áreas profesionales especializadas no tiene influencia en la percepción de valorizarlas o no. (sin atribuirle más o menos mérito a una profesión que a otra, ciertamente un masajista no es lo mismo que un fisioterapeuta, tienen conocimientos diferentes, habilidades diferentes e indicaciones diferentes).

Ya fueron hechas investigaciones sobre el perfil psicológico de los que se dedican al área de la salud, pero tratar con la generalidad nunca es suficiente. La pregunta, entretanto, termina por volcarse a lo qué, realmente, lleva a las personas a buscar este sector. El hecho de que sea un gran contratador no puede ser ignorado. Además, puede suceder que las personas que trabajan en él se sientan beneficiadas en la relación de poder con otras personas, pues tienen contacto con la vida y la muerte, o con profesionales que lo hacen. Pueden, por lo tanto, facilitar el acceso de los demás y el suyo propio, cuando sea necesario. En este caso estarán hasta rompiendo las barreras entre ciudadano y organización y ofreciéndole a ésta la oportunidad de mejorar su imagen pública.

La relación de autoridad establecida entre cualquier agencia en la cual exista la necesidad de conocimiento especializado y su consumidor es muy clara, y puede estar en la raíz de muchas opciones de trabajo.

En la atención de la salud prestada en los SILOS, el conocimiento y la impresión de certeza pasan a tener papel importante en la relación de las personas con su trabajo, y con los usuarios, quienes irán o no a acatar la orientación de aquellos que defienden su vida y su salud con recomendaciones respecto a dejar de fumar, hábitos alimentarios e ingestión alcohólica, ejercicios físicos, visitas periódicas a los servicios de salud para sí o personas de la familia, hábitos higiénicos, etc.

Lo mismo debe ser dicho sobre asistencia médica. En estos dos casos, la participación del ciudadano en el proceso de su cuidado y de su terapéutica tiene finalmente una importancia comprobada. Si la impresión de certeza no ha sido transmitida de forma adecuada, no importa la corrección técnica del procedimiento, pues este corre gran riesgo de no ser realizado.

Dentro del área de la salud existe una cierta competencia en cuanto al *status*, si no dentro de la profesión sí ciertamente dentro del servicio o de la actividad. Ahí comienza a tener peso importante la cuestión de la autoimagen, pues es a partir de ella que las personas de un servicios se sentirán más o menos comprometidas con él. Siempre habrá una tentativa de vender una imagen de cohesión y de importancia, de cada grupo para los que están externos a él. Este es, además, uno de los motivos para los conflictos: el de mostrar cohesión y fuerza ante los observadores. Este movimiento tenderá a repetirse en grupos cada vez menores hasta, en el límite, restringirse a un trabajador frente a todos los otros.

Se espera que la imagen de cada organización sea defendida por sus propios trabajadores. Actualmente, esto viene siendo objeto de esfuerzos llamados de *endomarketing*, que tienen que ver con

"vender" la organización (o su imagen) a quien es parte de ella. Algunos sectores tienen buen éxito y consiguen que sus trabajadores se sientan parte de un esfuerzo moderno, bien ejecutado y de gran satisfacción.

En la salud, esto ocurre, frecuentemente con centros de referencia especializados, donde es bien sabido que hay sobredemanda de ingreso, tanto de pacientes como de funcionarios. Otros se valen de la imagen de beneficencia, como es el caso de instituciones de caridad o de aquellas que lidian con pacientes terminales, ofreciendo a sus trabajadores y benefactores una "causa" por qué luchar.

Infelizmente, la imagen acaba teniendo como limitante el producto más que la percepción respecto del producto. Hay muchos trabajadores de la salud, universitarios o no, que evitan denominarse parte del sector, por temer comparaciones con otros. Por otro lado, hay los que reciben satisfacción de su ocupación y hasta, si es el caso, de su organización, más tienen una fuerte imagen de huérfanos en relación a las otras unidades, sintiéndose discriminados ya sea por las prioridades organizacionales, por destino del presupuesto, o hasta porque se dan cuenta de que son los últimos en recibir aire acondicionado o computadoras.

### **Teorías respecto a la motivación**

Aquí pasa a ser posible recordar que la motivación sin duda es intrínseca a cada individuo, pudiendo afirmarse que nadie motiva a nadie. Hoy, además, hasta se refuerza la noción de que puede haber animación y estímulo, atribuyéndole a los jefes de unidades pequeñas la actividad, o al menos la denominación, de "animador". Mas probable que motivar es desmotivar.

Sin embargo, hay algunos aspectos que dan que pensar cuando se analiza este asunto. Uno de ellos, fundamental, es que la motivación no garantiza desempeño. En la mejor de las hipótesis, desempeño (D) puede ser traducido por una fórmula que asocia competencia (c) y motivación (m), como categorías directamente proporcionales:

$$D = Y (c \times m)$$

Debería quedar claro, entonces, que para haber desempeño, si alguno de los factores fuese igual a cero, el resultado final de la ecuación también sería cero. Ciertamente existe un límite para la potencialización de los dos factores considerados, mas es posible afirmar que cuando no hay competencia, por más entusiasmo que haya, los resultados serán menos satisfactorios de lo que podrían ser y, sin motivación, la competencia por sí sola no suple todo. De cualquier forma, competencia sin motivación acostumbra a dar mejor resultado que la relación opuesta.

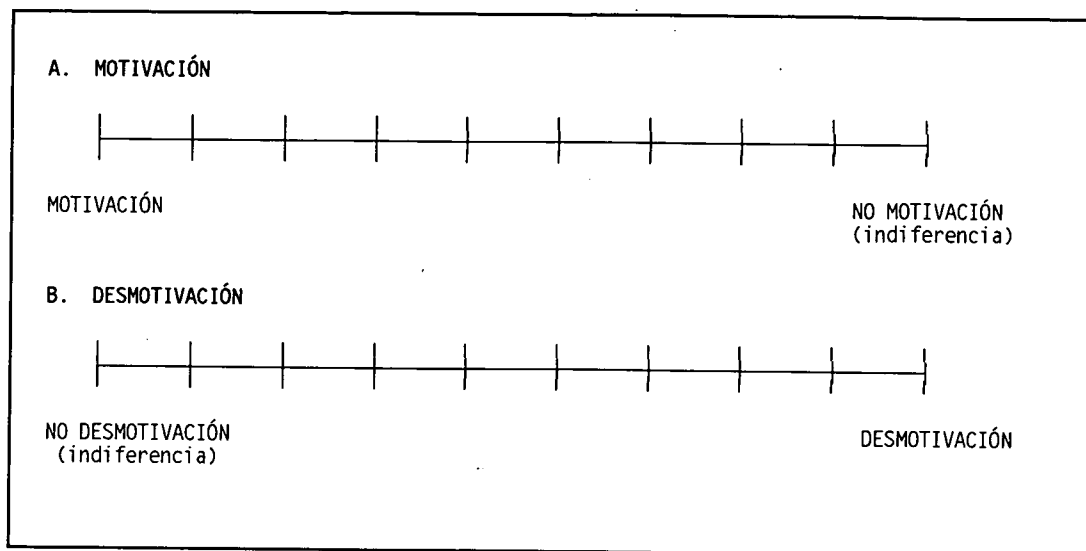
Un funcionario habituado a servicios de oficina puede pedir pasar a lidiar directamente con el público y sentirse intensamente motivado para esta tarea. En caso que no sea entrenado y tenga que dar información, el resultado de su trabajo será posiblemente menos adecuado que el de alguien que no siente placer en tener contacto con el cliente, pero que ya conoce todas las respuestas para todas las preguntas.

El otro extremo, alguien que odia que le dirijan la palabra, ni será considerado. Sin embargo, con algún entrenamiento experiencia y supervisión, el funcionario que pasó a hacer lo que le agrada tenderá a mejorar su desempeño hasta necesitar de reentrenamiento o de nueva rotación de puesto, si este desafío no le basta más como estímulo.

Existen otras áreas para las cuales no basta tener conocimiento; es necesario tener también aptitud. No todos saben trabajar con las manos, aunque pueda haber desarrollo de habilidad motora específica, tal vez hasta con buenos resultados, aunque a costa de mucho esfuerzo y hasta sufrimiento. Si no está en cuestión la eficiencia del recurso empleado en el llamado desarrollo personal, puede intentarse. Entretanto, quien no tiene visión de profundidad no debería ser conductor de ambulancia, quien se forma médico o enfermero a pesar de no "gustarle" ver sangre, no debería intentar trabajar con cirugía, etc.

Las características personales necesitan ser tomadas en cuenta, bajo pena de ver el esfuerzo volcado a animar a los trabajadores redundar en desmotivación. Si fuere observada más esta categoría como un *continuum*, será posible verificar que el opuesto de motivación no es desmotivación mas sí no-motivación. De la misma forma, el opuesto de desmotivación es no desmotivación, conforme se presenta en la Figura 10.



Figura 10. Los *continuums* de motivación desmotivación

Estas dos condiciones, caracterizadas por la negociación de su opuesto (no-motivación y no desmotivación) pueden ser confundidas con un estado muy difícil de trabajar: la indiferencia. Un trabajador motivado tiene deseos de hacer las cosas, de aprender nuevos conocimientos, de aumentar sus vínculos con la organización, de perfeccionar sus tareas, etc. Esta situación límite, que no existe en este extremo, es opuesta a no querer salir de casa para ir a trabajar, llegar al trabajo y no importarle lo que hace o no hace, el resultado de su trabajo, o el tipo de tarea que le dan. Un trabajador desmotivado es aquel que, en el límite, llega a querer sabotear a la organización, dañar máquinas, revelar secretos, trabajar por su quiebra. (El indiferente ni tendría ánimo de tomarse el trabajo de tener cualquiera de estas actitudes).

Indiferencia es un estado próximo a la depresión, mas a veces llegar a ella ya es un

gran avance, aunque sea a partir de la desmotivación. Por ejemplo, en una dada unidad, al mudar de local y de condiciones de trabajo pasa a hacer lo que se le pide, en la mayoría de las veces. Esto es sin duda insuficiente mas ya permite que se consiga viabilizar la relación entre las partes, lo que parecía imposible, invistiendo en la lealtad de la organización para con sus miembros. Es necesario tener gerencia para que esto ocurra, sin que nadie perciba la inadecuación del trabajador a su tarea o su estado de desmotivación.

Motivación es algo que se espera *a priori* del trabajador. Por esto, existen dos teorías clásicas sobre las cuales vale la pena discutir.

□ La jerarquía de las necesidades de Maslow - está entre las más conocidas del área y divide las necesidades de los individuos en cinco grandes categorías:

- fisiológicas (comer, beber, dormir, abrigarse, etc.);
- de seguridad (sentirse seguro en términos físicos y hasta del vínculo de empleo);
- sociales (formar parte de algo y de un grupo);
- reconocimiento (ver reconocido por otros el propio trabajo); y
- auto-reconocimiento (satisfacerse con el propio trabajo).

Innegablemente estas representan las necesidades de los individuos, aunque no se pueda aceptar la connotación de que es necesario satisfacerlas de acuerdo con dicha jerarquía. Esto es, la segunda categoría solamente será alcanzada después de haberse alcanzado la segunda y así sucesivamente. Al final, la jerarquía presume que alguien que reciba salario mínimo jamás estará preocupado con autorealización y que, quien está en la etapa de autorealización no considerará eventuales dolores de dientes y hasta dificultades financieras en pro de su satisfacción con el trabajo.

□ **Los factores higiénicos y motivacionales de Herzberg** - asumen que la mayoría de los asuntos usualmente tratados bajo el gran rótulo de motivación pueden ser divididos en dos grupos: factores higiénicos y motivacionales. Los primeros son aquellos relacionados con las condiciones de trabajo, salario, tipo de jefatura, etc. Queda claro que en la ausencia de éstos, la probabilidad del individuo de motivarse disminuye. Las características relativas a las tareas serían colocadas bajo la denominación de motivacionales.

A la luz de lo que venía siendo discutido se verifica que los factores higiénicos serían aquellos cuya ausencia "estorbaría" la motivación y, empujaría a los trabajadores

más allá de la indiferencia en la dirección de la desmotivación y cuya presencia los dejaría próximos a la indiferencia, mas sin cualquier connotación negativa.

Resueltos los factores higiénicos sería posible discutir motivación. Sin embargo, aceptar esta afirmativa significa una linealidad que no le hace justicia al ser humano, que a veces se motiva a pesar de las peores condiciones, sea "por la causa" o por cualquier otra razón. El problema es que puede haber un plazo para la aceptación de estas situaciones menos favorables.

Otro aspecto interesante a discutir sobre el asunto es el de la connotación positiva de motivación. Este término acostumbra ser asociado con placer en el trabajo, desafío en la tarea, respeto a la individualidad. Sin embargo, no es posible desconsiderar el papel de los estímulos de autoritarismo, y del temor en cuanto a factores motivacionales.

Tal vez de duración más corta y ciertamente menos aceptable en los días de hoy, es innegable que estos factores tienen una importante influencia en el producto del trabajo, pero no en el compromiso del trabajador con su tarea. O sea, aunque el órgano o los responsables por recursos humanos en la organización defiendan el respeto por el trabajador como política general, frecuentemente es necesario buscar argumentos para refutar a los gerentes que mencionan sus sucesos en cuanto "verdugos".

Todo esto refleja modelos humanos que los administradores tienen en la cabeza y, en consecuencia todos tienden a ser aceptables. Existen dos límites para esto, las llamadas teoría X y teoría Y:

□ La primera ve al hombre como un ser no comprometido con el trabajo, cuyo objetivo primordial es la recompensa financiera y que siempre que pueda evitará esforzarse en el cumplimiento de sus tareas.

□ La segunda asume que el ser humano puede sacar placer del propio trabajo, es responsable, como característica intrínseca y no precisa de mucho control.

Cada uno asume el modelo que prefiere: pero es inadmisibles utilizar el modelo X para cierto tipo de trabajador (en general los no especializados y de escolaridad más baja) y el Y para los otros (en el área de la salud los universitarios, cuando no solo los médicos e investigadores). En este caso, la manera por la cual se ofrecen incentivos y condiciones de trabajo varía conforme el trabajador.

Cabe mencionar de nuevo que las diferencias entre los trabajadores precisan ser tenidas en cuenta cuando se trate de ofrecer estímulos, pues aspectos que serían muy positivos para algunas personas dejarían a otras absolutamente indiferentes. O sea, la misma situación no es vista de manera igual por todos los trabajadores, pues éstos son personas y como tales, son imprevisibles e inconstantes.

Además de esto, un factor a considerar es que las personas cambian de opinión y de necesidades. Es decir, algo que era motivador antes de ser satisfecho, deja de serlo una vez resuelto. Por ejemplo, un trabajador que se sujetaba a horas extras y guardias nocturnas con tanta frecuencia que ya se contaba con él, puede cambiar de actitud una vez terminada de pagar su casa. Puede, más adelante, volver a aceptar estas condiciones de trabajo siempre y cuando cuente con un gasto extra, como comprar un carro o dar un regalo de grado al hijo.

## Aspectos éticos

No es usual discutir ética junto con motivación, mas la cuestión puede justificarse cuando el asunto es percibido como vinculado a un compromiso. En verdad, el límite de la ética es frecuentemente considerado tenue, justamente cuando debería ser más fuerte. Todas las profesiones tienen su juramento ético; pero aquel aparentemente de conocimiento más general es el llamado "Juramento de Hipócrates", hecho por los médicos al graduarse.

Es necesario verificar que los reflejos de dichos componentes de la ética profesional están en los comportamientos corporativos, en que existe de manera nítida la lógica del encubrimiento y de la defensa de los pares, como ya ha sido mencionado. Entretanto, los demás aspectos de la ética: respeto y dedicación a los pacientes, son eventualmente desconsiderados en función de la existencia de cuestiones consideradas como higiénicas.

De esta forma, paralizaciones en los servicios, en que puede haber perjuicio a la salud de los pacientes (justificativa directa para el trabajo en salud) pueden o no ser discutidas a la luz de cuestiones éticas. En tono jocoso, es común oír de profesionales de la salud, notoriamente de aquellos con actividad gerencial, que la mortalidad en los servicios decae durante los movimientos huelguistas. Puede ser verdad, principalmente porque hay menos ayuda, haciendo que haya menos probabilidad de defunciones. También es posible que haya menos registro de muertes. en fin ¿cómo compatibilizar todas las "éticas" potencialmente inmiscuidas en las áreas? ¿Las gerenciales, las profesionales, las corporativas, las institucionales? ¿Existe manera de valorizar adecuadamente las diferentes partes involucradas?

Por otro lado, se debe trabajar aún con la llamada utilización de tecnología. La productividad y las finanzas consideran esto como retorno sobre el capital invertido. Y cuando sucede que hay dudas sobre la necesidad de utilización de procedimientos invasores, o si algún otro procedimiento puede dar el resultado deseado ¿cómo escoger?

En general, los servicios y los profesionales tienen la imagen muy vinculada a la disponibilidad de recursos complejos, que precisan ser remunerados o que precisan tener su adquisición justificada en función de su utilización. Hoy en día, se habla cada vez más de la necesidad de ofrecer a la población conocimientos para que esta pueda tomar decisiones respecto a su salud, aunque sea como cómplice o como censorador.

Esta puede ser una motivación importante para la participación del usuario en el proceso de conservación/recuperación de su salud. En general, esto es una forma disfrazada de "control", en la cual el usuario substituye un cierto componente técnico, actuando incluso sobre los motivos que los profesionales y los servicios tienen para utilizar los recursos existentes. ¿Cómo trabajar la cuestión de la ética en la utilización o no de tecnología?

¿Cuáles son los límites? En la formación de profesionales, es preciso desarrollar una actividad práctica, que en algún momento necesariamente represente una primera vez, así como el contacto con el enfermo o con la población. Además de ser un aspecto importante en el entrenamiento práctico, también tiene un componente de motivación apreciable. Por algún motivo, es en el sector público que estas actividades suceden con mayor frecuencia, en general bajo supervisión. En el sector privado, en algu-

nos de los países latinoamericanos, es usual que individuos no habilitados presten servicios, principalmente en guardias nocturnas o actividades más penosas. Por tener mayor dificultad, potencialmente, en obtener empleo, eventualmente ellos son más motivados. Y la pregunta recurrente es ¿cuál es el límite ético?

Para dar un ejemplo, un cirujano altamente capacitado decidió estudiar una técnica quirúrgica que exigía circulación extracorpórea. Estaba entrenado para hacerlo y motivadísimo. Fue detectado en un hospital no especializado, en el que él desarrollaba su trabajo de investigación motivado al punto de haber llevado su propio equipo (no disponible en el hospital) y de quedarse de guardia en el post-operatorio debido a que no había personal capacitado para esto. Tan pronto como la gerencia del hospital descubrió en su segunda cirugía lo que estaba haciendo, frenó el desarrollo del trabajo alegando cuestiones éticas. ¿Hasta qué punto actuó correctamente, y bajo qué punto de vista? ¿Es posible o no relativizar este tipo de situación?

## **Condiciones y ambiente de trabajo**

Las condiciones y el ambiente de trabajo, tienen impacto sobre los resultados en la organización sobre su productividad, mas ellas deben ser percibidas en forma diferente. La condición de trabajo, puede ser mejor comprendida: tiene que ver con la reducción de la variabilidad controlable. O sea, pasa a ser inadmisibles que una tarea se realice de forma menos adecuada por falta de un insumo básico, por daño de algún aparato, por deficiencia en el entrenamiento, por condiciones físicas inapropiadas para el trabajo, etc.

El ambiente de trabajo a su vez, se refiere a las relaciones humanas ya definidas como base de cualquier análisis de organizaciones en las cuales las personas no son consideradas un recurso semejante a los demás: controlable, repetitivo, previsible. Entra en esta discusión, por lo tanto, todo tipo de relación que pueda envolver percepciones e interpretaciones, desde aquellos que vinculan al superior y al subordinado hasta aquellos absolutamente informales, que se limitan a saludos en los corredores de la organización.

No hay duda que ambas alternativas se relacionan a las personas en las organizaciones y que ambas también dependen de la gerencia, sea de los recursos del trabajo o de las relaciones. Sin embargo, en cualquiera de los dos casos, mirando la cuestión de manera absoluta o relativa, es necesario percibir *a priori* que existen limitaciones para la actuación gerencial.

Hace diferencia en este contexto el elemento humano en las relaciones, principalmente entre superiores y subordinados. Hay una

percepción, por ejemplo, de que existen trabajadores que objetarán cualquier cosa en términos de condiciones de trabajo, con miras a justificar resultados pobres en la realización del trabajo propiamente dicho.

La convivencia en el local de trabajo puede ser vista como un reflejo de la multiplicación de situaciones organizacionales tornando uno de los atributos humanos, la variabilidad, en algo prácticamente indeseado.

Al mismo tiempo, la percepción de que se vive en una sociedad en la cual cada vez más aumenta la importancia de la prestación de servicios (dependientes o no de las personas) ha mistificado la cuestión de la administración de recursos humanos, como algo que cambiaría la relación de las personas con la organización. Las relaciones consideradas pueden ser tanto de las personas internas a la organización (sus trabajadores o clientes internos) cuanto externas (sus clientes externos o población objeto), y su impacto sería tanto sobre la organización como sobre la sociedad en la cual ella se inserta.

**Tanto el ambiente como las condiciones de trabajo trascienden las fronteras de la organización, justificando para aquellos interesados en las cuestiones de los recursos humanos la necesidad de preocuparse sobre el análisis ambiental.**

De hecho, percibir lo que ocurre externamente, en términos de oportunidades y de restricciones, además de las demandas habituales que la organización se propone atender, puede optimizar la manera que los dirigentes tienen para relacionarse con los llamados puntos fuertes y puntos débiles de las organizaciones de las cuales son responsables.

En el área de recursos humanos, es fundamental conocer el sistema formador, cuáles son sus prioridades y cómo han sido determinadas éstas para juzgar cuáles son las posibilidades de contratar al profesional que se considere adecuado para la organización. La situación de cualquier profesión en un determinado momento también hace diferencia para el proceso de decisión en la cuestión de la contratación.

Hace algunos años, saber trabajar con microcomputadores significaba, si no mejores salarios, por lo menos respeto por una habilidad relativamente rara en el uso de una tecnología considerada promisoría en el área de administración. Hoy en día, el microcomputadora ya es muy utilizado como forma de diversión por los niños, siendo el conocimiento respecto de su manejo considerado absolutamente natural y esperado.

Muchas organizaciones solo contratan a quienes conozcan su manejo o que durante el entrenamiento inicial del período de prueba se interesen en aprenderlo, ya sea que se trate de un técnico especializado o un individuo con un potencial administrativo. Quién no consigue vencer las barreras para desarrollar esta habilidad, no es el trabajador que se desea para actividades administrativas con miras a los próximos años.

Este tipo de criterio estará tomando en cuenta la posibilidad de que la organización sea leal con sus funcionarios una vez aceptados, y así tratar de establecer relaciones estables y de largo plazo en cada contratación.

Las condiciones presentadas en la discusión de evaluación del potencial y de administración del desempeño apuntan claramente a la necesidad de la organización de saber cuál es el perfil del trabajador que pretende contratar, dentro de una determinada planificación, previendo para el futuro un grado de automatización, que deberá requerir alguna familiaridad con cierto tipo de tecnología.

### **Condiciones de trabajo**

El sueño de buena parte de los administradores es volcado hacia una realidad organizacional previsible y absolutamente

programable. De esta forma, en caso de que se tuviese claro un objetivo, la línea implícita en la programación sería garantizada con un buen sistema de calcular, que determinaría "cuánto, qué, cuándo" en relación a los requerimientos para obtener un estándar definido.

Evitando un análisis más profundo respecto de si es o no posible prever en la industria o en el área de la salud (en sus actividades más percibidas por la población: la asistencia médica individual y curativa) la previsión es poco precisa, con índice de acierto relativamente bajo.

En general, la población no tiene mucho conocimiento de lo que sucede durante los procesos de selección de personal para la salud. Acaba preocupándose con los resultados, siempre y cuando ellos sean divulgados y en caso que repercutan en su modo de vida. Por ejemplo, mucho más común es que las personas comenten que oyeron decir que, tomar vino diariamente hace bien para la salud o que no hay evidencias de que la grasa en los alimentos provoca las enfermedades cardiovasculares, que verlos utilizar cinturón de seguridad o casco en el tránsito o que dejen de fumar para preservar la salud.

También es posible decir que hace mucho tiempo se sabe que el saneamiento básico es un buen auxiliar contra la progresión de enfermedades infectocontagiosas como es el caso del cólera. Entretanto, las epidemias de cólera que vienen atacando muchos de nuestros países tomaron a las autoridades sanitarias por sorpresa, así como a los epidemiólogos que hubiesen conseguido prever con gran competencia el camino de la epidemia después que ésta se inició.

Esto permite que se refuerce el argumento que el planteamiento no es un estudio histórico, sino que por el contrario se refiere a

decisiones presentes que irán a tener impacto en el futuro, pero que debe ser tomadas a su debido tiempo: hacer una red de alcantarillado hoy, no tendrá impacto sobre el cólera de este período, pero tenderá a evitar que la epidemia se repita. Como esta decisión no fue tomada cuando hubo la epidemia anterior, la consecuencia está siendo sentida actualmente.

Lo mismo ocurre con la planificación de recursos humanos. También se podrían prever nuevas necesidades en el modelo asistencial en relación a, por ejemplo un nuevo perfil de edad de la población. Si ésta llega a una edad más avanzada, tiene mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, que demandan mayor cantidad de recursos eventualmente más complejos, muchas veces apenas suficientes para el mantenimiento de condiciones vitales, sin que sea necesario hacer grandes intervenciones. Colocar en un servicios de atención a pacientes agudos, a alguien que se recupera de una cirugía ortopédica por fractura ósea agravada por osteoporosis (que irá también a aumentar el tiempo de recuperación), es utilizar mal el recurso para agudos, además de someter a los pacientes crónicos a riesgos innecesarios de contraer una infección intrahospitalaria y mantener ocupado un lecho que podría tener mayor rotación.

Disponer de servicios de retaguardia o de segunda línea significa optimizar los recursos físicos y financieros, lo que significa otro tipo de recursos humanos, con la demanda consiguiente de trabajadores que

consigan discutir el envejecimiento y trabajar con pacientes que permanecen en cama por largos períodos, en condiciones totalmente diferentes de las de los pacientes agudos.

Saber en qué tipo de servicio se trabaja, lo que es esperado en términos de resultado y lo que hay que hacer tiene que ver de manera directa con las condiciones de trabajo.

Un ejemplo contemporáneo es el del SIDA, tratado con gran frecuencia por médicos infectólogos. Hasta hace poco, el objetivo más común de estos profesionales era las enfermedades de la infancia, con índice de cura y de mejoría próximos a 100%. Por otro lado, el SIDA es una enfermedad de difícil diagnóstico y cuyo índice de letalidad es extremadamente elevado.

Muchos de estos profesionales pasaron a cuestionar sus opciones y precisaron modificar su comportamiento y su forma de trabajar, con la mudanza directa en sus condiciones de trabajo. Se trataba de una nueva relación médico-paciente y trabajador-paciente, en la cual ambas partes tenían un alto índice de certeza que esta relación no sería duradera y en que todos tratarían de negar la realidad de modo a imaginar que lo que iría a suceder no podría ocurrir.

La premisa de que existe gran variabilidad en lo que dice respecto a las condiciones de la asistencia médica, hace que se crea en la posibilidad de que no hay certeza respecto de salidas, productos o resultados.

**Al pensar en las condiciones de trabajo en el campo de la salud, es necesario definir cuáles son las que podrán ser variables y cuáles las que tendrán que comportarse con la normalidad, de la misma forma que en cualquier otro proceso de trabajo. De esta manera, se está comenzando a identificar las necesidades.**

Los teóricos del área indican desde hace tiempo que las condiciones de trabajo tienen influencia directa en su producto, sea de forma positiva o negativa. Por ejemplo, la iluminación adecuada, aunque no sea percibida como existente, influye en lo que se realiza (principalmente si la tarea depende de la luz). La forma negativa es aquella que sin duda es percibida en cuanto a carencia: todos son capaces de percibir si la iluminación es inadecuada e irán a quejarse del problema.

Cabe mencionar que siempre habrán circunstancias en que la producción será elevada (y de buena, baja o pésima calidad) con, sin o a pesar de la iluminación, pero en circunstancias normales la variable hará la diferencia. En la teoría, una de las grandes críticas que es hecha a este abordaje es la de que tiene un carácter potencialmente manipulador, pues parte de la premisa que el trabajador quiere alcanzar los mismos resultados que la organización desea, ignorando que la lógica y las expectativas que tiene el trabajador pueden ser diferentes de las que tiene el dirigente.

En el área de salud, usando el mismo ejemplo de la iluminación, puede ser la percepción que para los consultorios de dermatología, la iluminación directa hace ciertamente más diferencia que en los de cardiología. ¿Quién mejor que un profesional de dermatología para recordarle al arquitecto este hecho?

También dentro de las condiciones de trabajo puede ser discutido lo que significa

trabajar sin aire acondicionado en los países tropicales. ¿Para quién? ¿Cuál es la diferencia de importancia de esta condición en almacenes, salas donde hay computadores, centro quirúrgico, salas de esterilización de materiales, cocinas, lavanderías, farmacias, consultorios? No es raro observar que se dé prioridad a salas de computadoras y a las salas de operaciones, demostrando que, en el orden de las cosas, una máquina delicada, como es la computadora, viene en primer lugar.

Sin embargo, esta discusión es vista muchas veces como poco substantiva, pues el trabajo puede ser desarrollado de manera muy semejante, con resultados muy semejantes, en cualquier situación, dependiendo de las motivaciones y el nivel de compromiso. Las diferentes visiones respecto de lo que es importante comienzan a sobrepasar las cuestiones relativas a la percepción subjetiva. Cualquier trabajador, en cualquier posición de la organización, sabe decir qué es lo que necesita para trabajar mejor.

### **Ambiente de trabajo**

El ambiente de trabajo se refiere a las consecuencias positivas y negativas de las relaciones personales dentro de la organización. De hecho, los conflictos, la jerarquización, la socialización de los trabajadores, afectan a las personas y las percepciones que ellas tienen respecto de dónde desempeñan sus tareas.



**Es el ambiente de trabajo el que va a determinar lo que se llama "atmósfera organizacional": cooperación, sabotaje, individualismo, trabajo colectivo. Todas estas categorías, que pueden o no tener valores organizacionales, serán reforzadas o dificultadas en función de resultados de la combinación de todo tipo de factores.**

Organizaciones en las cuales se valora el respeto por la institución, en que se estimula la solución de problemas de manera colectiva, tenderán a tener relaciones de trabajo más armoniosas que aquellas en las cuales se estimula la competencia.

Los preceptos éticos deben ser evocados de manera de considerar que, por ejemplo, malas condiciones de funcionamiento de algún servicio deben ser divulgadas, a pesar del interés que haya en mantener en reserva esta situación.

El ambiente de trabajo tiene que ver también con cuestiones de imagen, tanto como el reflejo de la autoimagen de los trabajadores y cómo es percibido socialmente. El tiempo en que la salud era vista como un área de sacerdocio y devoción ya pasó para buena parte de los observadores, excepto cuando les interesa creer en el suceso de las medidas emprendidas. Lo curioso es que muchos de los profesionales, que se conocen y saben cómo y por qué trabajan, parecen creer en la santidad de su misión y en el sacrificio por ellos realizado para su desarrollo.

Asociado a esto, en el ambiente de trabajo está la cuestión de la baja tolerancia a ambigüedades y errores en el área, que es ciertamente verdadera para unidades de urgencia, terapia intensiva y cirugía.

Otro tipo de asociación que puede ser hecha es con una percepción de comportamiento, frecuentemente ligada a cualquier discusión cuyo objeto sea la visión de las organizaciones según la lógica de recursos humanos.

De hecho, una vez que se asuma el modelo "recursos", pasa a ser válida la lógica "administración/racionalización" y con ella, el criterio ambiental de adaptar al individuo al medio, de forma que él pueda desempeñar de manera competente sus actividades. El ambiente de trabajo ciertamente no privilegia la perspectiva de adaptar el medio al individuo o de preocuparse con la posibilidad de, en primer lugar, transformar el medio, saliendo de la noción estereotipada de la adaptación.

La relación con el ambiente, también es fruto de decisiones que deberían ser percibidas como estratégicas. Es bastante frecuente que algunos gerentes se quejen de la situación súbitamente, delante de un escenario que no les deja alternativa. De hecho, las alternativas solo existen cuando el proceso aún no está totalmente desencadenado, siendo percibido por medio de un análisis ambiental competente que informa tendencias en relación a las cuales se pueda optar entre seguirlas o defenderse contra ellas.

La introducción, incorporación y desarrollo de la tecnología son fenómenos no necesariamente naturales, que deberían ser vigilados para que la organización pudiese diseñar su posición frente a ellos. La percepción con respecto de la utilidad del conocimiento y de las máquinas, así como del estatus inherente a su dominio tiene que ver con imagen y con ambiente de trabajo. En un mercado competitivo como es el de la asistencia médica, la incorporación de equipos sofisticados, indispensables o no,

entra como ventaja en la búsqueda por clientes directos y transforma el ambiente.

Con esto muchas veces se priorizan los equipos y se ponen las personas y sus conocimientos como menos importantes.

### **Condiciones, ambiente de trabajo y recursos humanos**

Es necesario percibir que, implícita o explícitamente, no hay cómo hablar del trabajo sin hacer mención de las personas que lo realizan, dependiendo de las circunstancias que las envuelve, como establece la teoría de la contingencia. El gran cuidado a tomar, es el de aceptar esta teoría como justificativa para cualquier lado que se esté mirando.

Aceptar que no hay datos absolutos ni certezas de resultados menos aún en el área de la salud que en la de administración, puede ser un excelente argumento para explicar por qué no se hizo lo que se deseaba. Esto es usado tanto para discutir falta de insumos básicos como para constatar que el bajo prestigio de las organizaciones de salud puede dificultar la atracción de aspirantes para las facultades o escuelas técnicas del sector, influyendo en el trabajo propiamente dicho, a largo plazo. También el propio diseño organizacional lleva en cuenta la existencia y la disponibilidad de recursos humanos para nuevas tareas. Así, no se puede desvincular claramente aspectos

internos y externos en el delineamiento del contorno del trabajo organizacional.

Hace parte intrínseca de la comprensión del trabajo en salud darse cuenta de que en un tipo de organización tan dependiente del factor humano como es el capital, es imposible desvincular el todo organizacional de las personas. Esto vale para la comprensión de cualquier tipo de relación trabajador/organización: con o sin presencia física, vínculo laboral directo, contrato psicológico favorable, mercado de mano de obra abundante, alta o baja calificación, etc.

Realmente, es importante que los gerentes directamente involucrados con recursos humanos, perciban que desde dentro de la organización pueden influenciar el ambiente externo, y no sólo adecuarse a él, siguiendo las tendencias que se pregonan.

Los recursos humanos de la salud son agentes idealmente capaces de desarrollar cualquier tipo de acción y abarcan todos los niveles de profesionalización. Por esto, se trata de todos aquellos que trabajan directamente con la salud de una población u ofrecen medios para que las actividades necesarias sean realizadas, tengan ellos formación específica en el área o actuación en unidades de salud o no. Así, por ejemplo las personas que trabajan con los sistemas de saneamiento del agua y alcantarillado que sirven una determinada región están desarrollando funciones relacionadas a la salud.

**Al final, la discusión de planeamiento estratégico se dirige al echo de que no se cambia al sector salud desde adentro. De esta manera, se debe asumir que ser parte de los recursos humanos de salud no se restringe a ser solo un trabajador del sector.**

Las condiciones de trabajo influyen el ambiente externo a la organización, así como la imagen que esta tiene en relación a

las personas que la componen. Estas serán sus financiadores, contribuyentes o donadores, o grupos de presión que vengan

a defenderla y a buscar recursos para ella. También serán las personas que eventualmente se interesarán por obtener formación/información en el área para volverse técnicos del sector. O aquellos que, en el momento de buscar trabajo, opten por el sector o por la organización.

Cabe recordar además que esas personas tendrán la posibilidad de ser usuarios directos o indirectos de las acciones de vigi-

lancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Existe, entretanto, la hipótesis extrema de que las personas tendrán el sector en tal descrédito que considerarán un desperdicio cualquier recurso en él invertido, sólo irán a trabajar allí en último caso, por absoluta falta de opción. En esta situación, la población sólo irá a utilizar sus servicios como última alternativa antes de morir.

**El ambiente interno de la organización tenderá a reflejar su imagen y su impacto sobre la comunidad. Los trabajadores de la salud se sienten tanto más valorizados cuanto mayor fuere la percepción que tienen de que las organizaciones los consideran, por medio de salarios y otros beneficios, materiales o simbólicos, y cuanto mayor sea la sensación de que la sociedad los respeta.**

La administración de recursos humanos debe tener un componente de "motivación" que implique decir a los trabajadores cuán importantes son ellos y las tareas que desempeñan para la organización. Esta retórica no tienen valor real si de hecho esto no ocurre, o sea, el trabajador es perjudicado siempre, tiene el salario más bajo, no es llamado a participar de decisiones, etc., y no consigue creer cuando oye que su tarea es importantísima.

Por otro lado, aunque las actividades en el área de la salud sean todas interdependientes y, así, de hecho relevantes para la realización de las tareas sectoriales, a veces hay algunas cosas que pierden su razón de ser con el tiempo pues son realizadas de manera duplicada en otros espacios organizacionales y con otras técnicas.

Esto justifica el análisis de las actividades de la organización (cualquiera que ella sea) periódicamente, de modo de responder a las preguntas: ¿por qué? ¿para qué? Antes de

tener una organización llena de frustraciones y de personas cuya percepción respecto a su trabajo carece de sentido, cabe percibir cuándo el trabajo pasa a no tener más sentido. Las consecuencias que esto tiene sobre las personas en la organización, su ambiente y su trabajo es inmediata.

### **Trabajo en equipo: ¿La homogeneidad o la heterogeneidad?**

#### **El mito del trabajo colectivo en salud**

Una de las cuestiones más frecuentes en el discurso de los profesionales de la salud que se consideran avanzados es la del trabajo en equipo. De hecho, el área de la salud debe ser percibida como multiprofesional por excelencia, necesitando de conocimientos muy diferentes, desde aquellos directamente vinculados a las ciencias biológicas hasta otros más pertinentes a las ciencias exactas, filosofía, letras, derecho, economía y administración, entre otros. Pero de ahí a

asumir que todos estos conocimientos se transforman en objeto común de trabajo, la distancia es grande, causando una serie de mal entendidos.

Discutir en equipo, implica también la noción de trabajar en grupo, siendo una vez más necesario conocer algunos conceptos. Un grupo puede ser definido como la asociación de dos o más personas, que se ven como tal y esto influye en una serie de percepciones corrientes, de que los grupos pueden ser establecidos por un acto formal. Una determinación superior coloca juntas una serie de personas, pero los resultados de su trabajo tenderán a reflejar hasta qué punto ellas asumen o no su condición de grupo.

Un estereotipo frecuente es el de que, por compartir una sala, haber sido contemporáneos en un curso, o ser de la misma generación, los individuos, automáticamente pasan a asumir características de grupo. Para fines de análisis estadístico y epidemiológico se puede estar viendo un grupo, mas administrativamente, solo se tiene un conjunto de personas. en este tipo de construcción hay poco de colectivo, excepto que se trata de más de una persona.

Naturalmente, hay ocasiones en que se ve un trabajo simultáneo de personas sobre un objeto, pero el objeto real puede ser confundido. La verdad es que, cuando cada categoría profesional busca garantizar su espacio a costa de las diferencias que presenta en relación a las demás, el trabajo colectivo continuará siendo encarado como un mito.

Lo mismo puede ser dicho en el sentido de identificar las categorías de las cuales se tiende a esperar que sus miembros sean tratados como trabajadores comunes y las que son vistas como diferenciadas; o aquellas cuyas desobediencias en relación a

las normas organizacionales y los pares tienden a encubrir. Asimismo, en relación a los "colegas" la diferencia tiende a ser transparente, quedando claro quiénes son los pares y quienes son "los demás".

En el área de la salud, se cree que cambiar el término "paramédico" por "profesional de la salud" puede satisfacer a algunos de estos trabajadores, mas no tendrá ninguna consecuencia substantiva si no hubiere de hecho un cambio en la cultura externa a las organizaciones prestadoras de servicios de salud, dirigidas a la formación de los trabajadores.

Si esto se hace aún durante la ejecución del propio trabajo en salud, obligando a que los profesionales menos conocidos se esfuercen por justificar su espacio, ¿cómo esperar cualquier reconocimiento externo o trabajo colectivo? Buscar conocer el proceso de trabajo y cómo él puede ser potencializado a partir de las contribuciones de cada lógica y de cada instrumento de otras profesiones y especialidades, debería ser parte de los objetivos de los trabajadores de salud.

Esta postura representa lo opuesto a la actitud tradicional de buscar centrarse en el aumento de especialización en su propia área de actuación, negándose al progreso de los demás campos de conocimiento que tal vez venga a disminuir su dominio sobre una parte de la salud, individual o colectiva.

### **El grupo y su organización**

Es conocido el hecho de que el grupo, sea del tipo que sea, ayuda a responder a las necesidades sociales de los trabajadores en las organizaciones. Los grupos formales tienden a satisfacer resultados más restrictos y aquellos de carácter informal responden a las necesidades de relaciones no planeadas. O sea, ellos existen tanto en función de la

naturaleza humana como del diseño organizacional.

En verdad, existen una serie de características que ayudan a definir un grupo. Por ejemplo, la tarea para la que haya sido estructurado. A partir de ésta es posible definir las habilidades que deben estar presentes en su composición, obligando a que se tomen en cuenta las personas o por lo menos los perfiles profesionales que son parte de él. La complejidad de la tarea tenderá a ser uno de los grandes determinantes de la manera por la cual las personas serán seleccionadas, principalmente si fuere combinado el concepto de complejidad con el de prioridad: una tarea de alta complejidad y vista como tal debería consumir el trabajo de los profesionales de mayor competencia de la organización, mientras que si su prioridad fuera apenas secundaria,

trabajadores menos habilitados y experimentados pueden ser destacados para ella.

Para la realización de la actividad quirúrgica hay una serie de trabajadores asignados para el centro quirúrgico. Es imposible que el cirujano consiga hacer solo una operación, siendo necesaria la participación de otros profesionales, aunque estos sean menos especializados de lo que se desea. Existe, en esta unidad, la posibilidad de que, por coincidencia en la distribución, las mismas personas estén actuando juntas en los mismos días y, en este caso, puede ocurrir que ellas aprendan a trabajar colectivamente, en busca de un objetivo común respetando sus idiosincrasias. Puede, sin embargo, también ocurrir que las personas simplemente desempeñan sus tareas, sin importarles cuáles son las necesidades reales de sus colegas. En este caso, el objetivo sería llegar al final del turno de trabajo.

**Otra alternativa es que exista de hecho un equipo, en el cual haya un cirujano, asistente(s), anestésista, instrumentador, todos trabajando juntos, esforzándose por mantener una unidad y una meta claramente definida. De hecho, uno de los objetivos de este equipo puede ser, además de la realización de las cirugías propiamente dichas, el mantenimiento de este equipo y su perfeccionamiento.**

El equipo no necesariamente se restringe al acto operatorio. Hay casos en que algunos cirujanos, usuarios frecuentes de la unidad, prefieran claramente una de las salas. Eventualmente, de acuerdo con las relaciones establecidas entre las personas, estas preferencias podrán o no ser respetadas, independientemente de haber reglas escritas sobre su distribución. El responsable por la utilización del tiempo y de las salas quirúrgicas, idealmente, debería de proveer según las necesidades, equitativamente, los equipos quirúrgicos existentes, mas no es viable imaginar que no haya preferencias.

Todo esto ofrece al analista de recursos humanos de la organización la oportunidad de percibir de hecho lo que es visto como relevante en una determinada circunstancia desde tareas hasta individuos y principalmente, grupos.

Si en el grupo que irá a discutir el presupuesto anual de una organización no participa ninguna persona autorizada a tomar decisiones, se puede percibir que, o el trabajo del grupo no será la determinante más importante para las decisiones del presupuesto, o el presupuesto no es nada más que un procedimiento burocrático. Una de

de las preguntas que cabría hacer sería, entonces ¿por qué montar un grupo para la realización de esta tarea?

La respuesta a esta pregunta solo puede ser encontrada en cada situación particular, mas puede variar desde el aceptar las presiones de los trabajadores para participar de los procesos decisorios, hasta disponibilidad de técnicos calificados en presupuesto, pasando por la necesidad de ocupar funcionarios intermediarios.

Otro aspecto importante de la definición de un grupo tiene que ver con quién es parte de él quien no. Existen mecanismos formales de comparación (frecuentemente aquellos mismos que se ocupan de su formación), mas los informales tienen utilidad de reflejar la realidad. Una de las cosas más fáciles de observar es que el grupo demuestra con mucha facilidad y claridad al individuo o si está o no satisfecho con su comportamiento o su trabajo. (De hecho, en la organización siempre es necesario estar alerta para estas tres dimensiones: el individuo, su desempeño y su comportamiento).

Al mismo tiempo, las personas también consiguen dejar claro para los componentes de su grupo cómo se sienten en relación a él y esto tiene implicación inmediata en la cultura de la organización, pues se refleja en la manera por la cual se dan las relaciones. La influencia de esta condición se verifica en el desempeño de la tarea organizacional, una vez que ésta es descompuesta en diferentes subtareas, que a su vez son realizadas por las personas y por lo grupos.

Aún existe otra característica para la comprensión de los grupos: aquella dirigida para su organización interna, sea que se trate de un grupo interno o independiente de la organización. Por definición se espera que

un grupo tenga un coordinador, con la función de obtener la opinión de todos los participantes, interesados en cumplir plazos y tareas y en ser el interlocutor del grupo junto al ambiente externo (u organización, en caso de que se trate de un grupo compuesto con el objetivo de realizar alguna tarea interna).

Otra característica, en esta misma línea de raciocinio, es la de que cada grupo tiene a alguien encargado de sistematizar los trabajos y sus resultados. Por la vía de lo informal, entretanto, son frecuentemente descritos otros miembros del grupo:

- aquellos que prefieren involucrarse menos con el trabajo;
- los que, formalmente indicados o no, asumen el papel de liderazgo;
- aquellos que mantienen elevada la moral;
- los que traen al grupo las novedades, reales o imaginarias del exterior;
- quien actúa de enlace entre el grupo y los demás componentes de la organización, como buen portavoz; etc.

Idealmente, todas las opiniones deben ser consideradas válidas *a priori*, mereciendo ser aceptadas sin prejuicios, independientemente de quién las emita y de cuáles sean sus contenidos. En verdad, cabe el papel de coordinador, a aquel que asume el deber de garantizar el derecho de la palabra a todos los miembros del grupo, pero también se puede considerar imprescindible disponer del derecho de concordar o de discordar siempre que parezca necesario.

Respetar la opinión ajena puede parecer muy normal, mas en la práctica puede ser difícil. La verdad es que, si se acepta que las divergencias de opiniones son normales ¿cómo es posible no aceptarlas? En este caso, se vuelve a la constatación de la conse-

cuencia, en que el grupo demuestra al individuo si está o no contento con su actuación (y opiniones) y viceversa.

Frecuentemente, en las reuniones para definir el programa de acción de una organización, se acostumbra crear grupos en los cuales se juntan personas que piensan de manera diferente. Sin embargo, aunque todas las opiniones merezcan ser oídas, hay personas que asumen que discordar es estar errado y se comportan como si esto fuese real.

Aceptar el término "optimismo" es imaginar que las personas se disponen a invertir en el crecimiento de los miembros del grupo, lleve el tiempo que lleve. El concepto de hipocresía, a su vez, implica considerar que algunas personas irán a tener comportamientos socialmente aceptables y políticamente correctos, independientemente de aquello en que creen, con miras a obtener otros lucros.

Decir que una de las hipótesis es más correcta que otra puede parecer exageración, porque ambas se pueden observar constantemente. Para algunos, cualquier discrepancia de sus opiniones es violencia; para otros, es contribución. De la misma forma, hay quien cree en consenso y quien considera que esto es simplemente una forma intermediaria de compromiso. En verdad, este tipo de solución es semejante a la interpretación del resultado "gana-pierde" de conflictos.

### **El grupo como instancia de cooperación**

Una de las grandes preguntas a responder cuando se comienza a hablar de trabajo de grupo es cómo justificar esa opción. En verdad, existe una serie de preconceptos al respecto, generados por algunas de las cuestiones ya apuntadas y por una serie de

otras. Para muchos, el trabajo en grupo termina por redundar en pérdida de tiempo y de objetivos, pues obliga a traducir cualquier idea a diversas personas y a acatar las opiniones de estas, acomodando los objetivos iniciales a una serie de contribuciones dentro del período del tiempo previsto y ya con las postergaciones de costumbre.

De hecho, se debe pensar ¿en qué circunstancias tiene sentido optar por una modalidad colectiva de trabajo? Asumir que trabajar en grupo sirve para todas las situaciones es aceptar que existe un modelo único que puede caber en cualquier hipótesis, lo que ciertamente no es verdad. Aunque se esté buscando participación, una de las grandes justificativas para el grupo, siempre hay otras alternativas. Al mismo tiempo, es ingenuo pensar que cada vez que una persona tenga la oportunidad de opinar estará participando.

De hecho, una de las funciones del grupo, bajo el punto de vista de la organización, es tomar acciones y decisiones más aceptables para su conjunto. Su composición para esta finalidad debe prever trabajadores considerados portavoces eficaces de las diferentes unidades organizacionales, que puedan diseminar adecuadamente las nuevas determinaciones. En caso de que los miembros del grupo hayan participado del proceso decisorio, su compromiso en la aceptación de las decisiones será con mayor empeño.

Hay jefes que convocan reuniones con una agenda y, cuando se les pregunta, dirán cuales son las deliberaciones que serán tomadas, y no los asuntos respecto de los cuales habrá una discusión. Esto significa que las decisiones que debían ser tomadas ya lo fueron y que el papel del grupo será el de ratificarlas. En este caso, ciertamente, hay

una pérdida de tiempo, pues se gastarán horas de trabajo de una serie de profesionales para hacer algo ya realizado, pero por otro lado, hay quien diga que no seguir este ritual es lo que sería, realmente, un desperdicio de tiempo, pues se corre el riesgo de no viabilizar la decisión si ella no

fuere legitimada en instancias colegiadas. Hay un problema ético en no esclarecer si la instancia es de decisión o de legitimación. En otras circunstancias, de hecho, los grupos toman decisiones y después tratan de convencer a la organización de su acierto.

**La discusión del papel de la autoridad condescendiente retoma el asunto de la descentralización. De hecho, de nada sirve a la organización formar grupos y éstos tomar decisiones si no les es atribuida la autoridad para tomarlas o implantarlas, o al menos que haya una clara intención de conquista de poder por el grupo.**

En caso contrario, una vez más se trata de manipulación o de usar el grupo para justificar algo, si no frente a los trabajadores como un todo, tal vez frente a las instancias de autoridad. O sea, de nada sirve que un grupo de trabajadores defina un nuevo salario mínimo, en el área de la salud, sin que la dirección o aquellos que tienen la autoridad para deliberar sobre esta cuestión les haya solicitado opinar o delegado la decisión.

Teóricamente, delegar una tarea a un grupo significa percibir que el conocimiento necesario para realizarla está disperso entre diferentes personas, en distintas áreas de la organización o hasta de organizaciones diferentes. Es posible que, así que una persona sea capaz de cumplir la tarea de manera satisfactoria, sus resultados tenderán a ser mejores en el caso que pueda contar con más conocimientos y otros diferentes puntos de vista sobre el mismo asunto.

En verdad, independientemente de esta visión optimista, se verifica que hay grupos que se organizan de la misma manera por la costumbre que tienen las personas de trabajar juntas y sentirse contentas con así hacerlo. Hay otros grupos que son formados básicamente por el hecho de que

sus miembros acostumbran a concordar unos con los otros o, en caso de discordia acostumbran a abstenerse de expresar su opinión. Esto, generalmente está relacionado a usar el argumento del trabajo colectivo como disculpa para una actitud homologatoria.

Cuando hay un dirigente que se dispone a formar un grupo asesor, eventualmente él busca nuevos puntos de vista respecto a los asuntos sobre los cuales deberá decidir. Sin embargo, puede ocurrir que esos asesores quieran continuar en su posición organizacional y, por esta razón, instan en presentar opiniones contrarias a la de su coordinador. En otras situaciones, se buscan asesores experimentados, por su experiencia de diferentes situaciones, pero que no traen ideas nuevas. Así, se puede correr el riesgo de poner en un grupo elementos cuyo gran mérito es la juventud o la inexperiencia. Esto puede llevar a que algunas de las condiciones ideales para su utilización sean cumplidas, notoriamente las de nuevas ideas y nuevos conocimientos.

### **El grupo como instancia de rivalidad**

Rivalidad puede referirse tanto al trabajo interno del grupo, considerando las relacio-



nes interpersonales y el cumplimiento de las tareas, como a la relación grupo/organización. Por ejemplo, una de las grandes cuestiones sobre el trabajo en equipo propiamente dicho tiene que ver con la aplicación práctica del discurso al respecto.

Dice la leyenda que el trabajo en equipo en el área de la salud es ciertamente conducente a una mayor integración entre conocimientos y, consecuentemente, a servicios de mejor eficiencia. En una inspección en una cafetería o restaurante, por ejemplo, que forma parte de las atribuciones de la vigilancia sanitaria de un sistema local de salud, la presencia del médico y el enfermero, ciertamente no substituye la del veterinario, químico o ingeniero, pues lo que cada uno de ellos sabe observar con más competencia es complemento con la observación del otro.

Por esto, las discusiones gerenciales sobre eficiencia tienen como uno de sus núcleos el grupo. El dueño o ejecutor completo del proceso difícilmente es un individuo. La organización, en este caso, parece estar imbuída de la necesidad de incentivar a que las personas cooperen entre sí cuando el trabajo que tienen que realizar asume carácter relevante para los objetivos organizacionales. Esto puede significar un estímulo adicional entendido de diversas maneras: aplausos, premios en salarios, descansos, elogio formal, medallas y otras.

Ciertamente, ser parte de un grupo en que apenas una persona es elogiada puede traer sentimientos de rebeldía y envidia. Estos mismos sentimientos pueden aparecer aunque la jefatura considere que reconoce a todos los miembros del grupo igualmente, pues una vez más, debe ser recordado que el grupo es formado por personas que tienen la percepción de la realidad.

Claramente queda abierta la posibilidad de rivalidades, dentro del grupo. Hay aspectos frecuentemente no considerados cuando se trabaja con personas y que son parte intrínseca de la condición humana, como la envidia, la pereza, la agresividad, los deseos, etc., sea como causas, sea como consecuencias de las rivalidades. Puede parecer más práctico ignorarlos, principalmente cuando el objeto sea la producción esperada, mas se hace prácticamente imposible no tomarlos en cuenta en situaciones intensas de relaciones interpersonales.

No es difícil percibir el sabotaje, la hostilidad, la interferencia deliberada en el sentido de evitar que "el otro" alcance sus objetivos, caracterizando un comportamiento de conflicto. Es posible superar todo esto y obtener resultados excelentes de un grupo que venga a descubrir una manera satisfactoria de trabajar, sumando su conocimiento y manteniendo una atmósfera estable de convivencia. La habilidad de trabajar en un grupo llega a ser requisito para la jefatura del entrenamiento gerencial.

Entretanto, la verdad es apenas lo que se puede ver. Los conceptos de estructura matricial, por ejemplo, que prevén la convivencia de la estructura funcional con los equipos de los proyectos, ya tienen en su teoría explícitos los riesgos de sabotaje por aquellos que no están interesados en su funcionamiento, por los que están en desacuerdo con la selección de los profesionales para los equipos y por quien simplemente no quiera ver el suceso ajeno, menos aún si hubiere la percepción de que le éxito del equipo se potencializa.

Raramente, hay dirigentes en la organización, hasta en la misma área de trabajo multiprofesional como es la salud, que no

quedan satisfechos con el suceso de sus subordinados y que aún aceptan la premisa de dividir para reinar. Otra vez aparece la discusión de la disputa por el poder en la organización.

En circunstancias espontáneas, en organizaciones no muy nuevas en que las personas ya tuvieron la oportunidad de confrontarse en diferentes ocasiones, lo normal es una cultura organizacional donde no existe la cooperación, y sí la competencia.

Se debe recordar que la competencia es un valor reforzado constantemente en la sociedad, en que las personas luchan con otras por su instrucción, por el empleo, por la familia, por el consumo. Presumir que todo tipo de rivalidad desaparece en bien de la organización, solo porque la administración así lo pregona, parece optimista, por no decir ingenuo.

### **El grupo y la administración del trabajo**

Entre las consideraciones contemporáneas respecto a la administración están las llamadas organizaciones de enseñanza. Estas son basadas en el grupo o en el equipo como núcleo de una comunidad interesada en aumentar sus conocimientos. De esta forma consta, que lo deseable es despertar en las personas y en los grupos, en todos los niveles de la organización, la capacidad de aprender, partiendo del supuesto de que todos son capaces de adquirir nuevos conocimientos y tienen placer en hacerlo.

La premisa aquí es que las organizaciones ofrecen a las personas la oportunidad de superar algunas de las barreras generadas por la injusticia y por la competencia. La teoría de las organizaciones de enseñanza se basa en cinco grandes áreas:

- raciocinio sistémico;
- dominio personal;
- modelos mentales;
- objetivos comunes; y
- aprendizaje en grupo.

□ El *raciocinio sistémico* busca integrar conocimientos basados en relaciones de causa-efecto. En verdad, él es aplicable a buena parte de los aspectos de la organización, principalmente a aquellos que se dirigen a la producción, aunque no sea suficiente para explicar las relaciones humanas. De cualquier manera, es una tentativa de evitar que se trabajen partes de la organización como si fuesen su totalidad.

□ El llamado *dominio personal* tiene como objeto la forma por la cual los individuos pretenden direccionar su vida y su carrera. El tema se ve incluido en los llamados libros de auto ayuda. Los libros de este género, en realidad, siempre existieron, mas su popularidad y las ventas vienen aumentando exponencialmente, pues aparentemente cada vez más los individuos se están sintiendo impedidos del control sobre sus vidas.

□ Los *modelos mentales* son de la misma categoría de los estereotipos con los cuales se trabaja con tanta frecuencia y que tienen como una de sus mayores áreas de aplicación las relaciones interpersonales, en la organización y fuera de ella. Conseguir romper con los paradigmas tradicionales y caminar por el sendero de la innovación es una tentativa de reconocer primero, la parálisis causada por los modelos tradicionales y, segundo asumir que ellos son mutables, principalmente si fuere posible agregar nuevos conocimientos.

□ Los *objetivos comunes* representan uno de los grandes mitos de la gerencia, pues pueden presumir que todos los participantes de la organización tienen los mismos objeti-

vos. Esto significa una comprensión ideal respecto de la organización y una falta de respeto por lo que hay de humano y particular en los actores organizaciones, que dejarían de lado sus expectativas en bien de la misión del colectivo. Sin ninguna duda, la existencia de misión, objetivos y valores en las organizaciones puede ayudar a afirmar un compromiso de las personas que en ellas trabajan.

□ Finalmente, se llega al *aprendizaje en grupo*, cuya premisa es que el grupo representa el núcleo del conocimiento, basado en el diálogo en cuanto instrumento para la agilización de los factores anteriormente mencionados. La hipocresía, de aceptar cualquier opinión expresa en un grupo en nombre del diálogo no optimiza la capacidad de aprender. Por el contrario, puede crear nuevas barreras, por miedo o por cansancio de someterse a opiniones que necesariamente deberán ser aceptadas. En caso de que sus grupos se muestren resistentes o no sean permeables al aprendizaje, la organización tenderá a estancarse.

Como siempre, no es suficiente conocer/reconocer las categorías mencionadas individualmente y aplicarlas. De hecho, es preciso percibir que cada una de ellas tiene serias limitaciones, aunque ellas pueden formar una comprensión global de la organización, que no es necesariamente una nueva visión de mundo o una nueva teoría de la organización.

Otra percepción importante del conocimiento más actualizado se refiere a no considerar como grupo al que no lo es. El grupo administrativo solamente puede ser percibido como algo único y homogéneo en el caso de

que se esté mirando desde afuera. Lo mismo puede ser dicho de los médicos, de los enfermeros, de los escribientes, o de los trabajadores del servicio de urgencia, o de la vigilancia epidemiológica. Es común que estos pseudoequipos intenten mostrarse de hecho cohesivos para los observadores externos, principalmente cuando se trata del grupo de la administración, que se considera tal vez más sujeto a observación por parte de los demás componentes de la organización.

Entretanto, frente a cualquier problema cuya repercusión corra el riesgo de ser muy amplia, el espíritu de equipo tiende a desaparecer para privilegiar la sobrevivencia individual. Nuevos grupos siempre pueden ser constituidos, sobre reputaciones mantenidas.

En realidad, el concepto de aprendizaje busca superar un hábito, de evitar sorpresas y hacer preguntas de manera de poder utilizar las respuestas ya conocidas y disponibles. Preguntas originales pueden requerir reconocer e intentar estructurar nuevos problemas, para los cuales pueden no haber respuestas, por lo menos en el momento. Lo interesante es que el grupo puede ser la instancia apta para buscar y encontrar las nuevas respuestas para las cuales es conocimiento individual se mostraba insuficiente. el seguimiento de este raciocinio es qué hacer en la organización con los grupos capaces de encontrar sus propias respuestas para preguntas anteriormente desconocidas.

En la organización el grupo viene siendo más valorizado que el individuo; pero no se puede esperar que las personas dejen de lado sus individualidades en favor de los grupos, ni es deseable que esto ocurra.

Los grupos no son "recursos humanos"; el trabajo en grupo es una estrategia para administrar personas en la organización, de modo a garantizar que el trabajo a ser realizado lo sea y los objetivos sean logrados. Lo que existe son "recursos de humanos".

## La fragmentación del trabajo y la gestión de los procesos

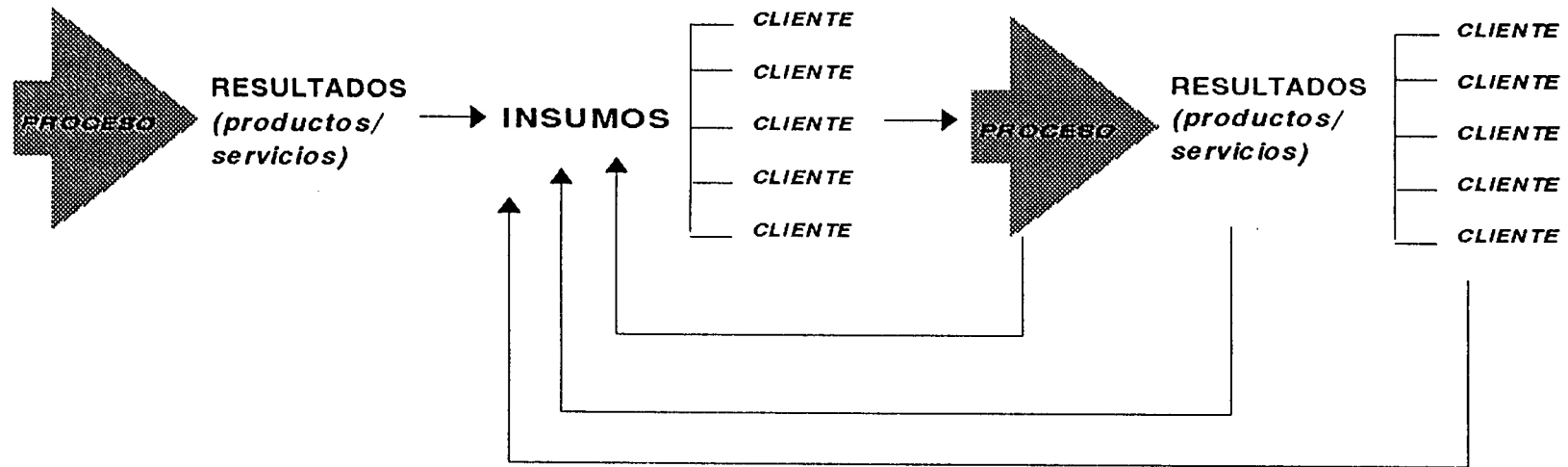
### Los procesos

Comprender el concepto de proceso es fundamental para lidiar con la visión sistémica y para discutir el trabajo como tal. En la teoría general de sistemas el proceso es, en síntesis, traducido por una acción cuyo resultado es la transformación de energía, materia o información. en administración, proceso es una acción realizada con miras a alcanzar un resultado de manera de satisfacer a determinado cliente. De esta forma, no basta realizar

una acción: es necesario saber para quién se está realizando, de modo de satisfacer a estas personas.

De la misma forma, el insumo utilizado para realizar el proceso debe tomar en consideración cuál es el producto deseado. Por otro lado, también se debe reconocer el hecho de que cualquier insumo es salida/producto de un proceso, que idealmente tomaría en cuenta el proceso en el cual el insumo sería usado. Por lo tanto, hacer por hacer, de la manera como siempre fue hecho, en teoría parece cosa del pasado. La Figura 10 demuestra la relación entre algunos de los diferentes procesos.

Figura 10. Los procesos según la lógica de la calidad



Esto significa, por ejemplo, que el entrenamiento de trabajadores de salud debería tomar en consideración el local donde ellos irán a trabajar, debido a diferencias en las características regionales de la población a ser atendida, desde creencias y valores hasta perfil epidemiológico, disponibilidad de recursos materiales y humanos, tipo de servicio, etc.\* Parece más difícil de comprender que es diferente hacer la limpieza en una residencia familiar que en un servicio de salud, que de percibir que existe quien no comprenda las abreviaturas en los hospitales o siglas escritas en una ficha, o que hay horarios en los servicios.

El mismo tipo de ejemplo puede ser dado en función a materiales. Se puede imaginar que las sábanas a ser utilizadas en hospitales deberían ser diferentes de aquellas compradas para las residencias y hasta para los hoteles. Los hoteles y hospitales tienen en común la elevada frecuencia de lavarlas, necesidad de tejidos resistentes, o hasta de productos de lavado menos agresivos a las fibras.

Ciertamente el grado y el tipo de suciedad varía para los dos tipos de situación, justificando nuevas especificaciones. Una nevera para conservar alimentos no precisa ser exactamente igual a aquella utilizada para conservar vacunas, siendo que en cada una de las situaciones hay detalles que pueden dar respuestas muy arriba de la media a las necesidades de aquellos que irán a utilizar este producto como insumo.

---

\* En relación al área de hospitales véanse los capítulos sobre rutinas operacionales para ejemplos de procesos en el *Manual de organización y procedimientos hospitalarios*, publicación OPS/PALTEX No. 25.

No es exactamente la misma racionalidad utilizada para justificar la adecuación de los insumos a los servicios de salud, mas la finalidad tiene el mismo carácter: proporcionar al usuario de cada producto, las facilidades y la información mas adecuada para su utilización.

Esto significa conocer al usuario, lo más personalmente posible. Una unidad básica de salud en una región donde la estatura media de las personas es menor, debería tener los lavamanos colocados más abajo de la altura usual, tratando de evitar que este sea un factor para desestimular la lavada de manos y otras actividades realizadas utilizando lavamanos. Saber que determinado auxiliar de enfermería es zurdo puede significar incluir en la lista de material de adquisición de una tijera para zurdos, facilitando su trabajo. Entretanto, comprar este tipo de tijera *a priori*, para tenerla a disposición si algún día fuera necesario, puede ser un gasto innecesario. Cuando se la necesite realmente tal vez ya no esté disponible, o en buenas condiciones, etc.

De esta forma, debe quedar claro que cada proceso tiene sus clientes. Eventualmente, el cliente es la propia persona que realiza el proceso. Cuando una persona apunta un número de teléfono, para utilizarlo más tarde, si la anotación no estuviera clara no servirá de nada, obligando a que todo el esfuerzo ya hecho sea repetido o impidiendo que aquello que debía ser hecho lo sea. Como el "cliente" directo fue el mismo individuo que anotó el número, probablemente esto ni será notado. Si lo mismo ocurriese con un funcionario que anotase con poca claridad, podría ser castigado o penalizado en una evaluación. De todos modos, cabe percibir que la anotación de un mensaje telefónico también es un proceso, que puede tener buenos o malos resultados, dependiendo de cómo es realizado.

En otras circunstancias, se considera como cliente aquel que irá a consumir el producto o el servicio realizado. En el caso de la adquisición de una tijera, por ejemplo, se pueden identificar muchísimos clientes, entre los cuales está la persona que irá a utilizar el instrumento. Si el trabajador fuera conocido, se sabe si es diestro o zurdo. Es inútil, que el jefe tenga esta información si el individuo responsable por hacer las compras dispone de ella.

No se trata de decir, a los funcionarios que todos deben tener la información completa, respecto a la totalidad de los trabajadores de la organización. Sin embargo, este proceso es algo que se hace de modo diferente cuando es utilizado para no infringir las normas, para ser eficiente (o ser considerado eficiente, que no necesariamente significa lo mismo) en el gasto de dinero o para lograr un determinado resultado de manera de satisfacer a un cliente, conforme la definición anterior. El responsable por el proceso siempre escoge de qué manera irá a realizarlo, y con qué objetivo.

La verdad es que, la gran interrogación vinculada al proceso es ¿cómo? y la forma más racional para responderla es por medio del ¿para qué? Esto significa, en última instancia, reconocer que siempre hay una diferencia considerable entre el proceso ideal y aquel realizado en realidad. Al final, el proceso ideal es aquel que pueda ser utilizado en cualquier circunstancia, para cualquier cliente, que de hecho no existe.

Quienes sabe cómo realizar una determinada tarea en una organización, dándole prioridad a cierto grupo de clientes, son aquellos responsables por su elaboración. Difícilmente una única persona será capaz de ofrecer los contornos más adecuados para el proceso, de ahí la necesidad de identificar quién participa en él.

Por más que aplicar una medicina intravenosa tenga aspectos técnicos reconocidos, es innegable que hay adaptaciones potencialmente útiles para aplicarla a adultos o a niños. El "dueño del proceso" puede o no estar dispuesto a (o tener tiempo para) pensar al respecto; en caso que lo estuviera, puede discutir aspectos técnicos con sus pares o compañeros y con el propio paciente y con su acompañantes.

Llenar una ficha familiar en una unidad básica de salud tiene sus criterios. Sin embargo, por un lado, sus usuarios (tal vez los médicos, tal vez visitadores de salud) tengan necesidades específicas que pueden ser satisfechas desde el primer momento, evitando un nuevo conjunto de preguntas a ser respondidas por la familia en un segundo momento.

Por otro lado, la familia, como proveedor básico de datos, debería ser consultada respecto de si las condiciones en las cuales responde a las preguntas le parecen adecuadas. Tal vez quiera mayor privacidad o se interese en saber para qué será utilizada esta información o quizás también le guste recibir una copia de la hoja de preguntas, o incluso de las respuestas.

Ninguna de estas hipótesis es absoluta, ni siquiera real, mas sólo podrían ser de hecho descartadas en caso que fuesen discutidas con la comunidad local, reconociendo la relación entre cliente y proveedor. En este caso, queda claro que la población es proveedora o cliente, alterando una relación ya consagrada, de la población como recibiendo (hasta sin darse cuenta) lo que el sector salud le quiera ofrecer.

Está entonces estableciendo que en la definición de proceso, desde su inicio, es preciso incluir a los clientes y a los provee-

dores, además de percibir que cada cliente es también proveedor.

### **Fragmentación, agentes, gestores, proveedores y clientes**

Todo proceso representa una acción. Hay partes de la organización que dependen de él y solamente podrá ser desarrollado en función de lo que ocurre en otros componentes de la organización y externos a ésta. El trabajo realizado en una organización es entonces, resultante de la interacción de todos los procesos que en ella ocurren. Esta visión tiene carácter determinante, asumiendo que hay una relación intensa de causa-efecto que no puede ser rota, pues todo ocurre porque precisa ocurrir.

La idea de que se pueden gerenciar procesos permite percibir que hay cómo modificar el orden de las cosas, ya que pueden ser, antes que todo, comprendidos y descompuestos. Es posible, también, identificar quiénes son sus agentes y los responsables por ellos, así como cuáles son los insumos necesarios para su realización. Finalmente, es fundamental descubrir a quién se dirigen los procesos y de dónde o de quién vienen sus insumos.

Este tipo de raciocinio permite mirar a la organización paso a paso. Sin embargo, esta misma lógica ayudó a que se llegase a un estado de fragmentación de los procesos organizacionales de tal dimensión, que la alienación del trabajador frente al producto final de la organización parecía deseable.

Todo esto, en términos técnicos, es producto de la utilización de las teorías de administración donde cada una presentaba una manera por la cual el trabajador pasaba a ser visto como un insumo más, como un instrumento o un aparato más. Asimismo, la escuela de relaciones humanas, que apa-

rentemente se preocupaba por el trabajador y sus relaciones de convivencia dentro de la organización, podía ser interpretada como que no se preocupaba más que por aquellos factores que podían estar interfiriendo por el mejor desempeño posible para aquella organización.

La administración de la calidad viene siendo apuntada como un nuevo paradigma en la administración, básicamente por percibir que no hay cómo no mirar a las personas, excepto como ... personas. Esto no es nuevo, mas puede haber tornado aceptable una idea relativamente difícil. No son pocos los que aún tratan la calidad como mecanismo para extraer del trabajador su colaboración volcada para aquellas tareas/aquellos procesos que él sabe realizar recompensándolo con dimensiones simbólicas y genéricas\*

Naturalmente, a cualquier trabajador le gusta sentirse parte de un equipo que se considera vencedor u que es visto como tal. La alternativa es, de hecho, envolver a los trabajadores en el quehacer de la organización, siendo su recompensa real el éxito de la organización, directamente traducido en beneficios y en salarios y condiciones de empleo para los trabajadores, dándoles una sensación de orgullo por ser miembros de la institución.

Por ejemplo, llenar adecuadamente la ficha médica permite saber lo que fue hecho con el paciente, evitando repeticiones innecesarias o nocivas. Al mismo tiempo, por medio

---

\* Sobre el tema de la calidad en servicios de salud y las nuevas herramientas para su evaluación véase el Manual No. 9 de esta misma Serie.



de los registros se puede saber cuánto cobrar y también, se pueden verificar reclamos. O sea, si los procesos de diagnóstico y de terapéutica no estuviesen registrados, así hayan sido excelentemente realizados, no podrán ser cobrados (aquí vale la pena hacer notar que el que hayan sido adecuadamente registrados no garantiza que hayan sido bien hechos). Por otro lado, si el paciente no estuviere presentando las mejoras esperadas, puede ocurrir que los responsables por el tratamiento pidan su modificación. Si los eventos se anotan en la ficha, es posible justificar la modificación. Los nuevos profesionales responsables juzgarán el tratamiento dado por lo que esté registrado. La ficha muestra que diversos tipos de resultados podrán ser influenciados por el proceso, desde aquellos de orden financiero hasta los de carácter puramente orientados a la atención directa al paciente.

Sea como fuere, la administración moderna tiene como mérito innegable la tentativa de hacer que cada elemento de la organización conozca integralmente el proceso de trabajo del cual es responsable y hasta saber cómo este influye en el producto/servicio final.

De esta forma, teóricamente, teniendo en vista solamente la productividad, se vuelve a incentivar la visión global de la organización por parte de sus miembros, buscando la síntesis entre todos los procesos, reconociendo que el todo es mayor que la suma de las partes y de que uno ciertamente influye en los demás\*

La visión de clientes y proveedores con respecto a procesos semejantes será diferente, al menos en un primer momento.

---

\* Sobre el tema véase el Manual No. 9 de esta Serie.

En el caso de la asistencia médica, un resultado brillante según un clínico puede ser considerado no más que satisfactorio por el familiar de un paciente y desastroso para el paciente. La interpretación y valorización de procesos son resultantes de las expectativas de quien los observa, mas también de su conocimiento con respecto a las posibilidades de resultados.

Siempre que sea posible que hayan pares, se puede decir que aumenta la probabilidad de llegarse a una síntesis de entendimientos. De hecho, una serie de las características de los pares, teóricamente, es la existencia de por lo menos un objetivo común entre las partes.

Hay lugares en que solo se realiza la inspección de un establecimiento que vende alimentos después de una denuncia de la población cuando sus condiciones de higiene son precarias. De esta forma, la vigilancia sanitaria es cliente de la población en el sentido de obtener información respecto a dónde dirigirse, por más que el destinatario final de la inspección sea esta misma población.

El establecimiento también es cliente de la vigilancia sanitaria, pues ella le permite funcionar, repasar las normas y los requisitos, pudiendo hasta ofrecer algún entrenamiento a sus trabajadores. Entretanto, toda esta actividad es compuesta de diversos procesos, que van desde la determinación de las normas hasta la entrega de la licencia de funcionamiento. La población sólo participa al comprar los alimentos y consumirlos, o al enterarse de la existencia de las reglas para fiscalizarlas o discutir las. Se podría además reivindicar las inspecciones o participar de ellas durante su realización, quizás hasta discutir algunas de las normas dictadas. O sea, la inspección es un proceso técnico cuya ocurrencia podría

hasta ser desconocida del principal interesado en su realización. En tanto no haya un acuerdo diferente, la población, puede tener

un canal de participación, volviéndose uno de los agentes del proceso.

**La gerencia del proceso se vuelve un factor de cambio en el sentido de llegar a las situaciones, de transformar el proceso en transparente, de ofrecer acceso a la población, de permitir que cada paso del proceso sea visto como parte de algo más amplio. La alternativa es mantenerlo oscuro, restringido y fragmentado en cada uno de sus pasos, con miras a obtener la mayor especialización posible.**

### El trabajador como cliente

En las últimas décadas se consideró la posibilidad de que el trabajador fuese visto como uno de los clientes de la organización, lo que daría un entendimiento diferente de los términos "mano de obra", "recurso humano", "insumo", etc. De hecho, se desarrolló la noción de que la organización necesita ser "vendida" a su cuerpo vivo, por lo menos tanto como a aquellos que, se espera, vengán a consumir sus productos o servicios.

Es necesario recordar que existe una visión en el área de la salud que busca la justificación interna del trabajo en el sector, asumiendo que la motivación/movilización del trabajador es automática debido a la nobleza de la actividad, mientras que para otros sectores todo es más difícil y menos legítimo. También, es fácil percibir que todas las personas que trabajan en salud no son necesariamente movidas por los más nobles ideales y que aquellas integrantes de otros sectores no son, por definición, personas que se aprovechan de la población. (No siempre un trabajador del área de compras de un sistema local de salud se acuerda de que trabaja en el sector, si sus colegas o gerentes no refuerzan este hecho).

Entre las necesidades básicas de los individuos, según Maslow, está la de pertenecer a algún lugar o grupo, la llamada

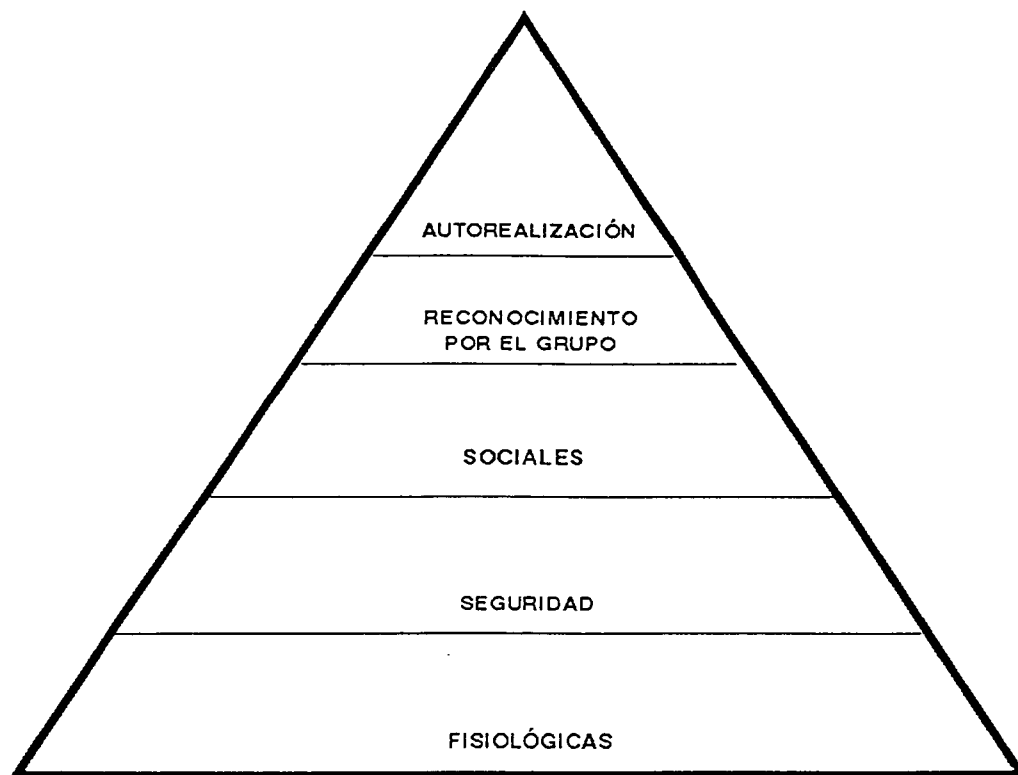
"necesidad social". Esta es una de las funciones de la organización y de sus gerentes en relación a sus proveedores de sus trabajadores; no sólo hacerlos sentir que son parte de algo, sino que este algo es meritorio, valiendo la pena dedicarse, si no a la organización, al menos a su trabajo.

La Figura 11 presenta las necesidades básicas del ser humano, según el tradicional modelo de pirámide, que presupone la satisfacción del nivel inferior para permitir la satisfacción del superior.

Asumiendo esta pirámide como correcta, el trabajador apenas sentirá esta necesidad si se percibe como parte de un grupo o de una organización, después de tener satisfechas las necesidades de carácter fisiológico y aquellas relacionadas a la seguridad.

Entretanto, esto parece menospreciar algunas de las características humanas de los individuos, que no obedecen a modelos geométricos. De hecho, la Figura 12 intenta respetar las mismas necesidades, pero atribuyéndoles un carácter más dinámico. En caso contrario, pocas personas privilegiadas podrían llegar a buscar el reconocimiento de los otros en relación a sí mismas y hasta a su trabajo. Un número menor de personas, aún sería capaz de buscar su propio reconocimiento como valor fundamental.

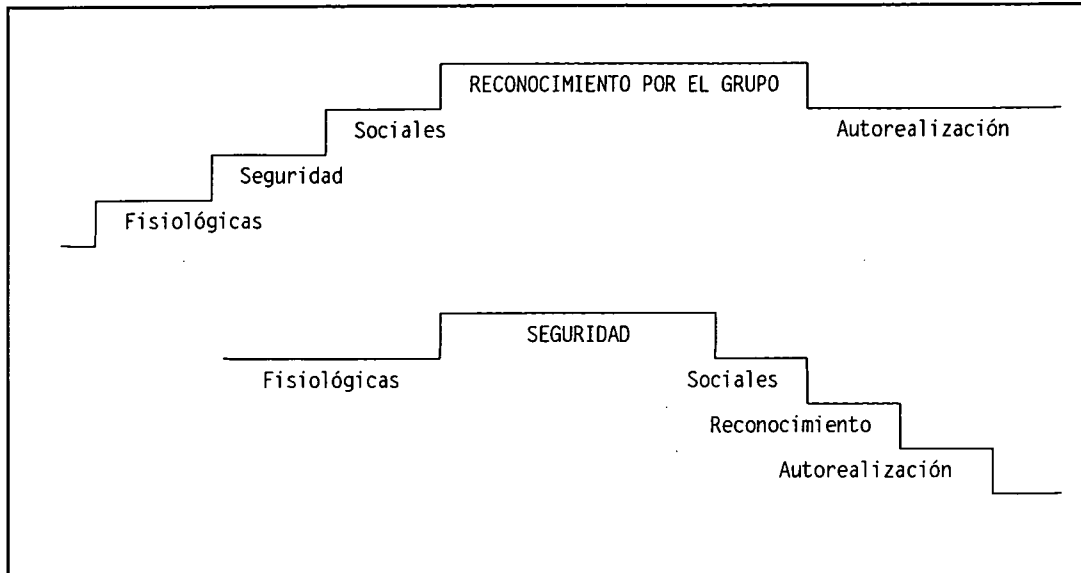
Figura 11. La pirámide de necesidades básicas del ser humano



El salario abajo de la media de mercado puede ser olvidado momentáneamente, cuando el equipo del cual un auxiliar de enfermería participó rescatando una familia atrapada durante un incendio fuere reconocido

por la organización si el visitador domiciliar percibe que fue por causa de su visita y de su empeño que una mujer con gestación de alto riesgo fue descubierta y se animó a buscar la unidad básica.

Figura 12. Modelo dinámico de las necesidades básicas del ser humano



La inserción del trabajador será diferente en relación a los procesos organizacionales bajo su responsabilidad dependiendo de su actitud frente a la organización en la cual trabaja. La creación de un área de actividad llamada de *endo-marketing* se debe básicamente a esto: intentar hacer que el trabajador se sienta integrado y que perciba que la organización hace algo por él, a cambio de su lealtad.

Una de las palabras claves es "lealtad" y entre los entendimientos de posibilidad de ruptura del contrato psicológico está la percepción de quiebra de este atributo. Todo esto puede ser entendido como una relación

mutua cliente-proveedor o entre la organización (gerente) y trabajador. La organización como "cliente", requiere/precisa obtener del "proveedor" su trabajo, su dedicación, su conocimiento, de la misma manera que el trabajador requiere/precisa obtener de la organización su remuneración, información respecto al trabajo a realizar y las condiciones de trabajo.

Aparte de los insumos necesarios, se puede decir que cada una de las partes irá a realizar su tarea de la manera que le parezca más conveniente. La Figura 13 ilustra la relación cliente-proveedor entre organización y trabajador.

**En el fondo, los resultados organizacionales dependerán de cómo esta relación cliente/proveedor, organización/trabajador es establecida, desarrollada y administrada, recordando que ella debe ser prevista como de largo plazo.**

El endo-marketing, es una de las muchas técnicas posibles para mantener informado al trabajador dentro de la organización, utilizando la percepción de la gerencia. Las circulares son el vehículo más común a través del cual, además de información de carácter formal (por ejemplo los salarios) o informal (posibles fiestas,

cumpleaños, etc.), también se puede transmitir otro tipo de mensajes. La introducción de un nuevo procedimiento para recibir reclamos de trabajadores y de clientes externos, puede ser divulgado a través de este instrumento, sea como comunicado oficial, sea en un texto preparado por el responsable de la unidad, explicando el papel que en su opinión, este servicio podría prestar. Sin embargo, las circulares no substituyen la comunicación oficial entre las partes aunque puedan servir como una carta de intenciones.

El adjetivo "total", junto al sustantivo calidad, tiene la pretensión de estar colocando toda la organización bajo la misma óptica. Así, se aprende que no basta que algunos procesos mejoren, pues todos se interrelacionan, siendo necesaria la participación integral. Este es, además, un argumento a favor de la necesidad del compromiso global de la organización desde su dirección superior, pues la mejoría de una parte tiene límites estrechos, dependiendo de otras unidades para ampliar su optimización.

**Figura 13. Organización y trabajador como clientes/proveedores**

Cliente	Proveedor	Expectativa
Organización	Trabajador	Trabajo Lealtad Dedicación Frecuencia Conocimiento Habilidad
Trabajador	Organización	Salario Reconocimiento Lealtad Información Ambiente Jefatura

Al mismo tiempo, otro aspecto relacionado con la gestión de los procesos es la percepción de que una de las maneras de vencer la alienación del trabajador es hacerlo participar de la vida organizacional y no solamente como insumo. En este caso habrá el riesgo de que los trabajadores directamente envueltos pasen a interferir en un proceso (o al menos lo intenten) en otras áreas, con miras, aparentemente, a obtener mejores resultados.

Esta interferencia puede ser nada más de carácter técnico, o se puede revestir de otras motivaciones, pudiendo venir a crear conflictos. Si el responsable por entregar medicinas en la unidad básica de salud no tiene medicinas que entregar, existe la fuerte posibilidad de que él discuta con quien hace el abastecimiento en el área, interfiera en su actividad y hasta se queje a sus superiores. Si se constata que se cancelan muchas cirugías porque los pacientes no son adecuadamente preparados durante la hospitalización, el cuerpo de enfermeros del centro quirúrgico puede resolver interferir

directamente en la unidad de información, desautorizando a sus supervisores.

Entre las necesidades interpretadas como condiciones de trabajo están la reducción de incertidumbre y la gestión de los conflictos claramente introducidas por la interposición de los procesos. Por más que se busque la satisfacción de todas las partes envueltas, es innegable que habrá tensiones constantes, causadas por el objetivo de integrar las partes.

Los extremos son, por un lado, procesos fragmentados, trabajadores alienados, adecuándose a los requisitos mínimos y normas técnicas de funcionamiento, por un lado, y por otro el alto grado de integración: trabajadores comprometidos con los resultados de la organización e interfiriendo en las demás unidades en busca de más éxito, más recompensas y más poder.

Cuando más el trabajador se sienta "cliente", mayor la probabilidad de que se sienta personalmente perjudicado por los fracasos y por las incompetencias de sus colegas. En un caso extremo, el grupo se transforma en unidad básica de competencia (grupo X grupo), uno considerándose limitado por el otro. Una vez más, reconocer los puntos potencialmente negativos de cualquier decisión debe servir para aminorar la posibilidad de que ellos ocurran y, en caso que sucedan, minimizar las consecuencias.

### **Los procesos de la organización y sus usuarios**

Otro tema considerado de actualidad, es el de cuánto conocimiento se espera que el usuario tenga respecto a los procesos que utiliza. Un primer abordaje obliga a reconocer que, muchas veces, aunque el usuario sea aquel a quien se destina la actividad, su persona, sus necesidades y sus

demandas son ignoradas o, por lo menos, relegadas a un segundo plano.

En el área de la salud es común que los técnicos no tomen en consideración a los usuarios "legos". Así, cuando se habla de evaluación por la población, lo más común es oír referencias al hecho de que la población no valora nada sino los aspectos menos sustantivos, como uniforme, gentileza, limpieza, poder de comunicación, etc., una vez que es incompetente para evaluar aspectos técnicos.

Es interesante notar que una de las peculiaridades del área de la salud es que el cliente realmente participa en el proceso, voluntaria y concientemente, con o sin la aprobación de los técnicos. Ningún comportamiento reconocido como poco "saludable" será modificado excepto que la persona que ostenta este comportamiento lo decida.

La disponibilidad de vacunas bien conservadas no tiene efecto si no hay personas a quien aplicarlas y, aunque haya el movimiento del sector de querer hacer el esfuerzo de vacunar a la población, en caso de que ella no lo quiera esto no sucederá. Las madres solamente creerán en las ventajas del amamantamiento si son adecuadamente convencidas y, cuando les ofrecen leche en polvo para la familia, solamente hervirán el agua en la cual irán a diluirla, en caso que crean en la necesidad de hacerlo. Todo esto no está bajo el control de los técnicos, por más que ellos crean lo contrario.

Así mismo, principalmente en el área de la asistencia individual, en la relación médico-paciente, es común que el profesional informe al paciente, independientemente de su grado de conocimiento, solamente el nombre del examen que deberá ser hecho,

sin tener en cuenta que tal vez, el paciente tenga interés en instruirse más y en participar de la decisión. Compartir con el paciente los riesgos implicados en el examen, la probabilidad de que este venga a aclarar el diagnóstico y que de esta conversación se llegue a alguna conducta terapéutica eficaz, son procedimientos poco utilizados. Lo mismo puede ser dicho cuando algún profesional llega a la conclusión de que determinado procedimiento clínico, quirúrgico, invasor o no, es el más indicado.

Con frecuencia, cualquier tentativa por parte del usuario de saber más, es vista como un acto de rebeldía. La "segunda opinión", en la mayoría de los países latinos, aún es vista como desconfianza y no como la expresión de duda. El conocimiento que este consumidor tiene, aunque no "técnico", se adhiere a aquello que él valora y en lo que cree, no pudiendo ser desconsiderado *a priori*.

Ya fueron hechos estudios mostrando que cuando se discute con el paciente los costos de los procedimientos, junto con riesgos y beneficios potenciales, las opciones elegidas no son necesariamente previsibles. (Naturalmente, esto se aplica tanto al usuario directo como a algún familiar o acompañante y hasta a la organización en la cual trabaja).

Saliendo del área de la asistencia individual, también es visto como "ético" estimular a la población para que conozca las condiciones reales de funcionamiento de sus sistema local de salud y los servicios que provee, partiendo de la premisa que la confiabilidad es indispensable en la relación. O sea, no parece adecuado que alguien confíe en el servicio en el cual los materiales desechables sean reutilizados, o en el cual los trabajadores ganen tan poco que precisen tener tres empleos para mantener a su familia, o aún donde se sabe que las fichas

y los archivos son poco valorados, mal anotados y raramente utilizados.

Los problemas estructurales acostumbran a ser escondidos, excepto con objetivos muy precisos. A veces, la prensa es utilizada para hacer denuncias, sea para defender a alguien externo, sea para atacar a alguien interno; en otras ocasiones la intención es justificar alguna decisión tomada respecto al servicio, con miras a despedir o a contratar, o aún para hacer una campaña de recaudación de donaciones.

Una de las maneras de permitir la real participación del usuario en el proceso, como un todo es facilitarle la información de los requisitos estructurales y de proceso, desde su discusión hasta la evaluación de su alcance. Entretanto, esto significa estar dispuesto a ser cuestionado en relación a una serie de factores, desde la limpieza hasta la información colocada a disposición de la población, pasando por la satisfacción de los trabajadores, traducida por su frecuencia y dedicación al trabajo.

La limpieza, por ejemplo, es un ítem citado cuando se quiere descalificar la opinión del usuario. Sin embargo, hay pocas áreas en que la limpieza es tan necesaria como en la salud. Es parte de la categoría de los requisitos implícitos. Tal vez por esto mismo sea tan frecuentemente olvidada por los que trabajan en el área. Una de las causas para esto pueden ser los hábitos: se despierta la atención por primera vez cuando se observa algo errado. A partir de ahí, la repetición hace que la desviación sea vista como normal y se hace necesario un observador externo para decir que la pared no nació con grietas, ni la pintura con manchas.

Estas características no necesariamente interfieren de manera directa sobre los pro-

cesos y los resultados. Pero el hecho de estar bajo los requisitos debe ser reconocido, aunque solo venga a ocurrir algún esfuerzo en el sentido de corregirlos en caso sean considerados problemas por algún responsable de la toma de decisiones. Como posible evaluador, es parte del respeto al usuario, ofrecerle la información que se va a utilizar en el proceso, antes de tomar una decisión.

Aparentemente, una manera de medir el respeto de las organizaciones por sus usuarios es ofrecerles la oportunidad de participar en los procesos. Por ejemplo, en contraste con el área de la salud, en el campo de los equipos electrónicos, los manuales son cada vez más claros disminuyendo la dependencia del usuario en relación al técnico autorizado por el fabricante para montar y verificar el funcionamiento del equipo.

En el área de la informática surgió el criterio de hacer las máquinas "user friendly", o sea, "de uso amigable". Asumiendo que es posible mejorar este aspecto cada vez más, por un lado, debe ser considerada la oportunidad de obtener un cliente cada vez más satisfecho y fiel, que va

a mantener a la organización en el mercado; por otro, surge la noción de que cuanto más le sea permitido al consumidor conocer lo que está consumiendo, mejor información se les podrá ofrecer a los fabricantes de productos y servicios.

Este concepto puede ser utilizado tanto para el consumidor externo como para el interno. Por ejemplo, sabiendo que antes de dirigirse a la sala de exámenes es necesario tomar un determinado medicamento, el paciente o su acompañante puede verificar en la enfermería si esto ocurrió, evitando pérdida de tiempo, etc. De la misma forma, si le interesa a alguien que determinado paciente, por condiciones particulares, sea examinado en determinado momento, se debe informar a aquellos que lo atienden; en caso contrario, probablemente, quedará por mucho rato esperando sin ser atendido.

Ambos ejemplos son marcados por el respeto al interlocutor. En caso contrario, todas estas tentativas se vuelven zonas de conflicto en que, una vez más, todos responden por las culpas de la organización. En general, se tiene respeto en situación e confianza y esta requiere tiempo para ser obtenida.

**La población que es la razón y el objeto del área de la salud, a veces es utilizada como cómplice por los trabajadores y frecuentemente termina por ser víctima de su actuación.**

Al final, no siempre se aceptan las premisas anteriores y habitualmente se olvida que solamente hay un servicio si existe un consumidor para él. Decir que la salud se define por un fuerte componente de certezas científicas no es convincente, aunque es posible reconocer la participación de disciplinas científicas en algunos aspectos del sector.

La fluoración del agua, el consumo de alcohol, el sedentarismo, el consumo de carne roja, la utilización de vitaminas, la cirugía cardiovascular son algunos de los aspectos respecto a los cuales los profesionales de la salud todavía no tienen la misma opinión. ¿comparten sus dudas con la población, o las mantienen en secreto a fin de conservar la confianza del usuario?



El caso de la terapia de rehidratación oral fue ejemplar. Primeramente, fue necesario ganar la confianza de los pediatras y, solamente después se consiguió difundir su utilización. En cuanto a otros tipos de información, hay maneras opuestas para visualizarlas. Por ejemplo, en la presencia de una epidemia hay actitudes opuestas: o se informa a la comunidad al respecto, se disemina el conocimiento con respecto a los síntomas y cuidados a tomar y en dónde buscar atención o se intenta esconder cada caso y todo su conjunto.

En forma general, también hay otros extremos que deben ser reconocidos; ciertamente los profesionales del sector adquirirán conocimientos técnicos que los habilitan a tomar decisiones y es por esto que la población confía en algunas de sus decisiones de ámbito colectivo o los busca cuando se trata de cuestiones individuales.

Dejar esto de lado es ilusorio e irrespetuoso para con la población. Si no hay seguridad profesional, se puede recurrir a innumerables alternativas para suplir las deficiencias detectadas. Tratar a la población como un grupo tutelado, cuando se trata de ciudadanos, también parece exagerado. Nuevamente, es posible decir que se está en un continuo, en el cual transitan y se colocan de manera constantemente diferentes cada uno de los profesionales y cada comunidad/individuo.

Finalmente, se debe asumir que hay momentos de complicidad, aunque involuntaria, entre la población y los trabajadores/servicios de salud. En la disputa por presupuestos, por ejemplo, se evocan frecuentemente las necesidades de la población. Lo mismo ocurre cuando se busca justificar la adquisición de equipos, contratación de profesionales y hasta la opción por una carrera en el sector.

Para la comunidad, la complicidad tal vez se presente cuando se comienzan a aceptar comportamientos diferentes de aquellos establecidos o, principalmente, cuando el miedo de lo desconocido pasa a ser substituido por la confianza, por el reconocimiento de los diversos problemas que pueden ser allí llevados. En el fondo, los procesos del área irán a reflejar hasta qué punto cualquiera de estas relaciones de complicidad fueron reales o útiles.

Bajo el punto de vista de la gestión de la producción, la fragmentación de los procesos puede ser revertida en caso de que haya plena consciencia, respecto de los que es hecho por parte de los trabajadores de cualquier calificación e independientemente del nivel jerárquico, teniendo en cuenta el resultado esperado por la organización.

Bajo el punto de vista social, la integración de los procesos ocurre cuando se tiene la percepción de cuál es el resultado necesario que busca la organización. O sea, tiene que ver con la identificación para quién, y con el reconocimiento de su papel como participante activo del proceso y no solo como su objeto. En el fondo, asumiendo el área de la salud como un palco, se trata de permitir a todos los llamados actores sociales/organizacionales la posibilidad de asumir la posición de "directores" o "autores".

## **Nuevas relaciones de trabajo y la contratación de servicios de terceros**

### **¿Quién trabaja para la organización?**

Actualmente existe ya como consenso el concepto de que funcionarios de la organización son aquellos que trabajan en ella o para ella; pero sí continúa vigente el

concepto de que el vínculo de trabajo (no de empleo) tiene que ver con remuneración.

Actualmente existe ya como consenso el concepto de que funcionarios de la organización son aquellos que trabajan en ella o para ella; pero sí continúa vigente el concepto de que el vínculo de trabajo (no de empleo) tiene que ver con remuneración.

En realidad, un "lobbyist" trabaja para la organización aunque esté fuera de ella; frecuentemente está en su nómina de salarios y defiende sus intereses con el mismo ímpetu que sus dirigentes. El ex-alumno de una facultad, dependiendo de las relaciones que establece con ella, puede continuar por toda la vida apoyando sus puntos de vista, con donativos u obteniendo fondos de diferentes fuentes.

Lo contrario también ocurre, pues hay personas dentro de la organización, regularmente contratadas, que a veces hasta se sometieron a concursos para tener acceso a la condición de trabajadores asalariados, que parece dirigir su actividad a impedir el trabajo organizacional. Además, es posible percibir que el compromiso de un trabajador con la organización de la cual forma parte será variable en función de los diferentes momentos que atraviesa: a veces trabaja para la organización, a veces para si mismo.

Las causas de estos diferentes tipos de comportamiento son variables y tienen que ver más con las personas y sus circunstancias que con los contratos formales de trabajo. Uno de los aspectos a considerar es la dimensión psicológica de las relaciones de trabajo y de los procesos de producción. Hay personas para quienes lo más importante es sentirse sin patrón fijo, y hay otras que aprecian la estabilidad de un empleo. Hay aquellos a quienes les interesa saber que sus vacaciones serán remuneradas

y otros que prefieren salir de vacaciones cuando les parece adecuado.

Otra situación a considerar es el contexto socio-económico. Empleo significa impuestos, para empleado y patrón, lo que a veces no interesa a ninguna de las partes; por otro lado, en situación de recesión, así se quiera no se generan empleos. El Sector de la salud debe ser tomado en este contexto, como uno de los grandes protectores del empleo, del más al menos calificado. Hasta el momento, es el área en la cual todavía las personas se relacionan con personas.

La existencia de un endoscopio no significa que el examen pueda ser realizado; ni la disponibilidad de un profesional competente asegura el suceso del procedimiento. Es necesario transformar al paciente en un cliente colaborador, lo que no es ciertamente una tarea fácil ni de éxito garantizado. Quien puede hacerlo es un técnico que se disponga a utilizar conocimientos técnicos y su habilidad en sus relaciones para llegar al resultado esperado, que puede variar desde un a endoscopia realizada hasta un examen con resultados que fortalezcan la información necesaria para el paciente.

Esta endoscopia tiene diferentes implicaciones conforme la organización en la cual está el paciente. En caso de que se trate de un paciente de consultorio particular y trabaje con una empresa que realiza este tipo de procedimiento, el paciente volverá y recomendará sus servicios, si es que estuviera satisfecho.

En una unidad básica, dentro de un sistema local de salud, la realización del examen de forma satisfactoria y la utilización de los resultados obtenidos aumentan la credibilidad del sistema y su capacidad de resolución. En un hospital, habrá interven-

ción más directa en la eficiencia y en la eficacia globales, pues el examen podrá tener influencia en la media de permanencia y, consecuentemente, en el giro de la ocupación de las camas. De esta forma extrema, hasta la propia demanda reprimida estará afectada.

Conceptualmente, en el caso de buenos resultados, ¿tiene importancia si el técnico en endoscopia es o no empleado de la organización? O se puede considerar, si todo sale bien, que el técnico habrá trabajado para la organización, sea él un prestador de servicios independiente, pertenezca a una clínica de servicios auxiliares o sea funcionario del hospital.

En el caso de trabajadores que lidian con labores menos exigentes en términos de especialización formal, se puede pensar en la limpieza de un servicio. El objetivo de esta actividad es ofrecer un local adecuadamente limpio para trabajar, y ofrecer empleos para la mano de obra con bajo nivel de instrucción, resultando en un punto fuerte o débil de la organización. No es el vínculo laboral que mudará el resultado del proceso de limpieza. Por otro lado, cabe pensar si las personas que realizan el proceso pueden o no ser substituidas por máquinas.

Existe una relación entre limpiador y área física y, más importante, entre limpiador y personas que ocupan el espacio a ser limpiado. En el área de la salud, esto significa al mismo tiempo funcionarios administrativos (como tienen actividades para realizar en determinados plazos) y paciente (cuya contribución para contaminar el ambiente no es despreciable, hasta porque idealmente, serían los menos conscientes respecto a qué procedimientos utilizar y cuáles evitar).

Mantener la unidad limpia, de acuerdo o no, significa trabajar para la organización o

contra ella, sea quien sea el responsable por el resultado. En realidad, una infección hospitalaria es responsabilidad de todo el hospital, aunque esto no sea parte de la percepción más amplia.

### ¿Quién trabaja mejor?

Una gran interrogación para los dirigentes (aquellos que trabajan haciendo a los demás trabajar) es de qué forma mantener a las personas de la organización interesadas en ella. Es frecuente oír que un trabajador empleado por un prestador de servicios externo a la organización tiende a esmerarse más para satisfacer al dirigente de la empresa prestadora externa que a la organización a la cual prestan los servicios.

En términos de constatación inicial y de sentido común, esto es plenamente correcto y comprensible, ya que siempre el vínculo más directo que el trabajador mantiene es aquél que prefiere. De la misma forma, existe el entendimiento de que no necesariamente el trabajador "tercero" (de firma contratada) desempeña siempre sus funciones en la misma organización. ¿Cómo esperar, en estas circunstancias, que él sea leal a la organización del día y esta a su vez, sea leal con él? En el área de la salud, un ejemplo contemporáneo es aquel verificado en el cuerpo de enfermeros, en el caso de profesionales contratados.

Por más calificado que sea un equipo, es diferente la asistencia y el tipo de vínculo que se establece cuando cada día el profesional atiende a pacientes diferentes dependiendo de la programación y de las disponibilidades, o cuando determinada cama es siempre responsabilidad del mismo profesional, excepto en sus días de descanso y vacaciones. En unidades básicas que atienden familias, esto es aún más fácil de comprender. No fijar al profesional con determinados grupos significa que cada vez

que intente iniciar una relación, ésta, con gran probabilidad, se romperá en seguida; fijarlos, al contrario, permite un movimiento en dirección de la tan propalada asistencia integral.

Entrando en la discusión respecto de terceros, también puede ser considerado diferente un individuo que es fumigador de una ciudad en la cual habita, que en otra donde su presencia será apenas cumpliendo aquella tarea específica, por un plazo determinado. Para la vigilancia policial, el raciocinio es igual: cuidar de una organización que se conoce, con cuyos miembros se convive y de la cual se depende, no es lo mismo que cuidar el edificio de enfrente cerca del cual se pasa eventualmente.

Cada una de las situaciones descritas no necesariamente es correcta, mas es fácilmente comprensible. No se puede decir que los "propios y regulares" se dediquen más, ni que los "tercerizados y esporádicos" se dediquen menos.

El ejemplo referente al cuadro de enfermeros, en que se trata de profesionales contratados, pueden haber dejado a algún lector preocupado con la perspectiva de encarar esta área de actuación, tan crítica para la asistencia sanitaria y médico-hospitalaria, bajo la óptica de contratos con terceros ("tercerización"). Sin embargo, aunque relativamente reciente, esta modalidad ya existe en organizaciones consideradas de alto estándar de entendimiento en países del primer mundo, hace algún tiempo.

En la América Latina hay menos ejemplos, mas ya se identifica un cierto número de empresas que prestan este tipo de servicio.

Como siempre, hay aquellas excelentes y otras no tanto. Esto sucede siempre, en cualquier sector de actividad: ni todos son iguales, ni todos tienen el mismo tipo de objetivo con relación a aquello que hacen, la homogeneidad no es posible (y cabe preguntarse si es al menos deseable!)\*.

¿Y los servicios médicos? En diversos países, la figura del médico como un profesional eminentemente liberal, está dejando de existir. Por el contrario, cada vez más, el médico está siendo asalariado en las mismas condiciones de baja remuneración que los demás trabajadores de la salud, aunque busque otras alternativas para esta situación. De esta forma, como los administradores de servicios de salud en la América Latina frecuentemente son médicos, ellos consiguen aceptar esta búsqueda por alternativas y hasta estimulan su implementación. Así, cada vez más estos profesionales se organizan en empresas prestadoras de servicios, a veces bajo la forma de cooperativas, otras bajo el título de empresas confines de lucro.

En fin, diversas modalidades están siendo probadas, en busca de alternativas para viabilizar el trabajo profesional por un lado, y para garantizar el acceso de la población al conocimiento de estos profesionales, por otro. El éxito en alcanzar un mayor grado de equidad puede volverse una de los mecanismos de evaluación de resultados al lado de la viabilidad económica, de la adhe-

---

\* En un análisis de 15,000 hospitales mencionados en el Directorio de Hospitales Latinoamericano y del Caribe, se observa que más del 40% de los hospitales de la Región contratan distintos servicios extrahospitalarios de empresas.

sión de los profesionales y de la eficiencia de los servicios.

Cuando se discute el asunto y se oye hablar de las diferentes modalidades, parece que el concepto de "tercerización" varía en función de la instrucción del funcionario. O sea, no sería igual el fundamento en relación a la prestación de servicios de seguridad y limpieza que aquel que se orienta a las áreas de asistencia médica y de enfermería, o de diagnóstico y terapéutica. En realidad, en todos los casos, está en cuestión el tipo de vínculo, la forma por la cual se puede viabilizar el servicios y hasta los costos de los servicios.

Al consumidor no le interesa cuál es la modalidad de los servicios que recibe. Su preocupación está en la manera de cómo es atendido, cuál será el resultado de esta atención y, cuánto costará. Si hay o no relación entre el tipo de vínculo profesional y el desempeño en el trabajo, esta es una preocupación del gerente, que puede o no ser compartida con el usuario.

Conocer los puntos potencialmente, fuertes y débiles en cada situación debería ser parte de los procesos decisorios organizacionales, mas la decisión de mudanza de la situación presente (sea ella de tercerización o de actuación con servicios propios) acostumbra a ser más difícil, pues no siempre la posibilidad de opción es dada.

### **¿Qué tipo de actividad se contrata?**

Una de las afirmaciones más comunes de oír respecto a la "tercerización" es que ésta le permite a la organización concentrarse en su actividad fin. Parece lógico, pues si una empresa se dedica a hacer zapatos su gerencia no debe darle prioridad a la preocupación de cómo mantener limpias sus instalaciones, imaginando que hayan especia-

listas trabajando en otras organizaciones cuyo objetivo sea, justamente, mantener limpias las organizaciones que fabrican zapatos.

Esto ayuda a esclarecer por qué este aspecto tan fundamental de la vida humana, como es la salud, es tratado con relativamente poca atención por todos aquellos que no son del área. Para buena parte de los patrones de cualquier país, salud y asistencia médica tienen dos puntos fundamentales:

- Son de exigencia legal.
- Sirven para mantener activa la fuerza de trabajo.

Excepto en este aspecto, para ellos su utilidad es pequeña y la opción lógica en este caso lleva a comprar estos servicios de terceros o contratar un cuadro técnico mínimo, sin preocuparse mucho de sus exigencias en términos de salario y condiciones de trabajo o con sus sugerencias respecto a la salud de los trabajadores.

Se trata de organizaciones en las cuales el médico no es el profesional nuclear; el enfermero o auxiliar de enfermería no es reconocido como fundamental; la continuidad e integración de los cuidados no son expresiones conocidas; los aparatos de auxilio diagnóstico no se consideran deseables, en suma, constituyen un universo extraño a los profesionales oriundos de culturas en las cuales sus opiniones y sugerencias son oídas con deferencia.

Se puede imaginar que en las organizaciones de salud el mismo tratamiento sea dado a ingenieros y otros trabajadores del área de mantenimiento. En las empresas de construcción civil, los ingenieros tienen gran prestigio. En las organizaciones de salud hay quien no sabe qué hacer con ellos.

Lo mismo, puede decirse de la administración: de personal, puede ser considerada actividad disponible en el mercado, bajo el prisma de la optimización y de la eficiencia, para cualquier empresa cuyo objetivo no sea la propia administración de personal.

El mismo programa de computadora o sistema manual, una vez desarrollado apropiadamente, puede ser usado para varios países de América Latina.

Se trata de definir claramente lo que significa actividad fin. Hay, por ejemplo, hospitales en los cuales el servicio de urgencia es contratado como terceros a una empresa de médicos, quedando a los contratantes básicamente ofrecer el área física y, a veces, controlar resultados. Esto parece extraño en una situación en que se considera la asistencia médica como una actividad fin de cualquier hospital.

Se puede encontrar hospitales en los cuales el edificio pertenece a alguien que contrata empresas en todas las áreas posibles, excepto el servicio de enfermería (todos los profesionales son contratados individualmente) y el cuerpo médico (quien quiera utilizar el edificio y sus servicios debe matricularse, configurando un cuerpo médico externo, mas el matriculado puede ser el médico individualmente o una empresa, negociándose la forma de remuneración). Este tipo de situación probablemente asume que lo básico de la asistencia hospitalaria es la atención del servicio de enfermería.

Las unidades ambulatorios (a veces llamadas centros médicos) pueden funcionar como organizaciones que se preparan para ofrecer a los profesionales todos los servicios que les permitan atender al paciente. En este caso, el tipo de vínculo profesional/organización pasa a ser apenas el arriendo.

En el momento en que la organización deja de ser satisfactoria para el profesional, este rompe el vínculo con ella y lleva a sus pacientes (y financiadores) a otro lugar.\*

La vigilancia, entre la colecta y el análisis de datos, puede comprar su procesamiento electrónico con miras a optimizarlo, sin preocuparse por el mantenimiento de las computadoras, entrenamiento de analistas, programadores y operadores.

La vigilancia sanitaria puede recoger muestras de agua, alimentos o medicamentos y mandar a analizarlas en un laboratorio contratado.

En cada uno de los ejemplos descritos existe como alternativa la situación de que la organización realiza sola todo lo que es necesario para su funcionamiento. Hay situaciones en que los resultados son mejores cuando se contrata a terceros y otras en que hacer todo se muestra más adecuado. Para definir criterios de evaluación se debe tener en cuenta aquello que más interesa a la administración. O sea, cuando interesa antes que todo el resultado financiero, el tipo de análisis debe tener en consideración aspectos diferentes de cuando el objetivo es aumentar el acceso o aún mostrar estadísticas del cuadro de personal optimizadas.

En otras áreas, la cuestión es comprar o hacer. Ya que se reconoce que los equipos de cocina y lavandería significan una inversión elevada, esto sirve como justificación para contratar a terceros para esas actividades. (Cocina no es sinónimo de nutrición, aunque haya quien las confunda; "tercerizar" una de ellas no garantiza la otra).

---

\* Sobre otras modalidades véase el Manual No. 7 de esta Serie.

Se puede tercerizar cualquier tipo de actividad, siempre que se sepa lo que se quiere hacer. La cuestión es encontrar una entidad adecuada para realizar las tareas de

manera que interese al comprador del servicio, teniendo, en cuenta la calidad, la cantidad y el precio.

**La definición de tarea es tan importante como la identificación del supervisor, sus responsabilidades y contrapartes. Es fundamental recordar, que el hecho de que el servicio sea prestado por otra organización no exonera al contratante de la responsabilidad por lo que ocurra a sus usuarios.**

Para el consumidor de un restaurante, el hecho de que la carne haya sido abastecida por un mal matadero no le interesa, si al comer un pedazo de éste le provoca algún malestar. En este caso quien responde es el restaurante. Echarle la culpa al otro no resuelve la situación de ninguna de las partes.

En las organizaciones de salud ocurre lo mismo. Si el laboratorio contratado entrega un resultado erróneo y todos se guían por él, al paciente se le dará, con suerte, de alta y nadie habrá percibido el error. En el caso de que infelizmente los hechos no tengan este tipo de evolución y haya problemas con el paciente, no es el laboratorio el único culpado.

Esto vale para la empresa que provee la alimentación para funcionarios y pacientes, para el grupo de anesthesiólogos, para quien lava las ropas y en cualquier circunstancia. Si no hay socios de dos partes para colaborar en la realización de un trabajo, hay competencia, y esta es una situación en que una de las partes quiere ganar ventaja sobre la otra, independientemente del resultado deseado.

### **El contratado y el contratante**

El instrumento básico de un contrato con terceros, por definición, extrae los intereses

de dos partes y los aspectos en los cuales están de acuerdo. Burocrático, formal, jurídico, notarial, no importa: se trata de utilizar lo que está disponible para permitir la realización del trabajo necesario. Cabe decir, que se debe sellar un acuerdo entre dos partes, por lo menos, y por esto cualquier comentario debe ser entendido como útil por cualquiera de ellos.

En el caso del área de seguridad, para calcular cuántos vigilantes serán necesarios, es preciso conocer, por ejemplo, cuántas entradas existen en el edificio, si hay o no necesidad de un vigilante más por entrada, si es necesario alguien para hacer rondas, si hay áreas vecinas que hay que proteger y si hay sistemas internos de seguridad. Al mismo tiempo, es importante definir para lo que sirve la vigilancia, de modo de que estos aspectos consten en el contrato o en sus anexos.

Hay organizaciones en que los gerentes disponen de vigilantes contratados, les gusta el servicio prestado y, al mismo tiempo, se quejan de que los hurtos continúan, sin percibir que si los hurtos continúan se demuestra la ineficiencia del servicio. Otra posibilidad es, por ejemplo, que cuando estos vigilantes fueran contratados no conozcan a los trabajadores de la organización en la cual prestan servicios y fueran instruidos en controlar el acceso,

solicitando a todos algún instrumento de identificación. El procedimiento puede hasta ser considerado correcto, aunque provoque cierta irritación en los cuadros regulares. Sin embargo, en cualquiera de estas organizaciones siempre hay relatos de intrusos que circulan, hurtan, venden, reclaman, estorban, sin haber tenido ningún tipo de barrera en la portería.

Además, cabe explicar las responsabilidades sobre el material de consumo y permanente. Por ejemplo, para limpieza: ¿Quién abastece los productos? ¿Quién los equipos? ¿Quién el uniforme de los trabajadores? Las mismas preguntas son pertinentes para actividades más especializadas como laboratorios de análisis clínicos o unidades de radiología, aunque aquí además cabe que sean los equipos de la contratante o de la parte contratada los que definan quién se encarga del mantenimiento, pues de ahí puede depender el éxito o el fracaso de la actividad de diagnóstico.

¿Con quién se discute si los resultados de la actividad de la prestadora de servicios están siendo satisfactorios? ¿Con base a qué tipo de evaluación? Muchos servicios asumen que las empresas de terceros, por ser especialistas, retienen el conocimiento y harán lo que debe ser hecho. Sin embargo, la experiencia demuestra que debe haber siempre intercomunicación constante entre las dos partes y da lo mismo que no haya expertos en la parte contratante: su representante en el contrato debe saber qué tipo de resultado debe buscar antes de aprobar los trabajos ejecutados.

Verificar la frecuencia de los empleados de los terceros es independiente de la evaluación de la ejecución. Por ejemplo, quien verificó si el vigilante estuvo presente posiblemente no supo que un vendedor de

libros subió hasta el piso donde se estaba discutiendo la restricción de circulación como medida para disminuir los índices de infección hospitalar.

Delegar a otro la realización de una actividad y asumir que ella se dará idealmente, es inaceptable. La supervisión es fundamental para garantizar la prestación de servicios. Se define, precisamente conociendo cuál es la tarea que se necesita y cuáles las características del producto que se desea obtener.

Dirigentes de algunos buenos servicios de salud afirman que la tercerización no es viable en el sector, pues el conocimiento necesario no es interesante para terceros, por ser caro y requerir profundidad y, por tanto, acaba llevando a resultados cualitativamente insatisfactorios.

Esto lleva a la discusión de la capacitación. En tesis, los terceros deberían también ser sometidos a programas de educación continuada, de desarrollo, del mismo tipo que se considera que debe recibir cualquier trabajador regular para ejecutar apropiadamente sus tareas. La pregunta es: ¿a quién le compete ofrecer esta capacitación continua para suplir las exigencias constantes de actualización, las fallas de la formación técnica tradicional y las necesidades permanentes de entrenamiento y reentrenamiento ya consideradas como fundamentales?

Los contratantes de terceros frecuentemente alegan que se trata de una responsabilidad del contratado. Entretanto este, por más especializado que sea, difícilmente podrá alcanzar las especificaciones de la organización o localizar las fallas a ser solucionadas. Lo ideal sería que ambos trabajasen juntos, uniendo las observaciones del supervisor con las de los especialistas.



Lo recomendable es hacer aquello que es posible, recordando que el resultado debe ser lo más importante.

Con respecto a las empresas de mantenimiento, éstas usan los equipos, el tiempo y el dinero del contratante para entrenar a sus profesionales. Sin embargo, generalmente, estos mismos profesionales no aceptan empleos en una sola organización. En este caso, la contratación de terceros puede ser una solución para el contratante pues mantiene sus equipos en funcionamiento, y para el contratado garantiza la actualización de sus técnicos y sus ingresos.

La alternativa de que el contratante cambie de estrategia y contrate profesionales sin experiencia y los entrene, conlleva el riesgo de perderlos cuando ellos consideren que tienen experiencia. Una solución intermedia es asegurar la supervisión por parte de un funcionario de la organización, para garantizar los aspectos técnicos y reducir los abusos.

Por más de que se vaya a trabajar en colaboración, no se puede esperar que esto ocurra espontáneamente. Para construirla debe haber interlocutores de ambas partes, que puedan sobreponerse a los supervisores o ser complementarios de ellos. Eventualmente, el conocimiento técnico no suple la habilidad de negociación y de interacción con la otra parte. De hecho, lo deseable sería que en esta relación hubiese ventajas para ambas partes y no solo para una de ellas. En el caso, como acostumbra a ocurrir, de que una de ellas tenga más éxito que la otra, no es motivo para ruptura del contrato. No disponer de técnicos responsables y de interlocutores, en ambas organizaciones, tiene a dificultar las relaciones.

Los prestadores de servicios acostumbran a quejarse de ser identificados como villanos, que abusan de los contratantes; y ganan a sus espaldas (y de sus usuarios) sin prestar los servicios adecuados. Cuando esto ocurre, sin duda debe haber problemas en la elaboración del contrato, en su administración o en la supervisión de los servicios prestados. Objetivamente, si el contratado no cumple con lo establecido, el contratante teóricamente debe tener soluciones para cambiar la situación, pues decidió contratar a terceros por algún motivo y usando algún instrumento.

Decisiones bien informadas tienden a funcionar mejor que aquellas de carácter arbitrario. Novedades, falta temporal de mano de obra, huelga, aunque puedan justificar el desencadenamiento del proceso de análisis, no son suficientes para optar por esta modalidad de trabajo. Como frecuentemente ellos significa exoneraciones, relocalaciones y revisiones en la relación del trabajo (muchas veces traumatizantes), no debería ser considerada como opción de corto plazo. Por esto, debería siempre presentarse con sus posibles consecuencias, recordando que estas son diferentes para cada organización y para cada componente de ella.

### **El trabajador**

Hasta este momento, el análisis ha sido basado desde el punto de vista de las organizaciones. Sin embargo, el trabajador es intensamente afectado por cualquier decisión tomada. En el caso de una organización donde se decide contratar a terceros para alguna de sus unidades, una vez divulgada la decisión todos los trabajadores que en ella desempeñan sus funciones pasan por una situación de estrés

hasta saber si sus actividades serán mantenidas o si estarán entre aquellas que se darán a terceros.

Queriendo evitar el estrés o las presiones, hay organizaciones que optan por mantener secreta la nueva modalidad hasta el día en que se ponen en efecto los cambios. El estrés es inevitable y frecuentemente se comienza a cuestionar la lealtad de la organización para con sus funcionarios, muchos de ellos empleados por varios años.

Hace algunas décadas, una de las razones que se daba para la contratación de terceros era la reducción de costos. Sus detractores discutían la reducción de los costos que se derivaban de los salarios de los trabajadores. De hecho, en aquella época esta alternativa era más frecuente para áreas que requerían bajo grado de instrucción y que acostumbra-

braban a pagar bajos sueldos, que podían ser aún cuando no se trataba de empleados regulares.

En esa época, muchas de las empresas no consideraban necesario pagar beneficios sociales, ni registrar regularmente este tipo de mano de obra. Actualmente, esta situación no es la misma. Para algunas categorías, independientemente de sus instrucciones y especialización, los sueldos y beneficios llegan a ser compatibles con los del mercado de trabajo tradicional. Para el área de diagnóstico por imágenes, por ejemplo, es común funcionar con servicios de terceros, por cuestiones de mercado.

Las empresas de prestaciones de servicios acostumbran a ser lucrativas, aún cuando paguen adecuadamente a sus trabajadores, en función de sus tasas de administración.

**El mercado de trabajo privilegia algunas categorías profesionales, sea en términos de salarios, sea de oferta de empleos. Esta diferenciación no es constante, mas de cualquier manera interfiere en las relaciones directas de trabajo.**

Para profesionales muy solicitados en el mercado, trabajar como terceros es una buena alternativa. En los últimos años, hubo en el sector salud, en diferentes países, momentos en que la manera más adecuada de conseguir profesionales o servicios de informática (analistas, operadores) para cualquier tipo de programa, era por intermedio de la contratación de terceros.

En un segundo momento puede ocurrir una menor necesidad por sus servicios y ellos pasan a buscar empleos directamente como trabajadores regulares de una única organización. Por otro lado, cuando el mercado está en recesión, una alternativa viable para las empresas y trabajadores es el

cambio del tipo de vínculo: el contrato de terceros permite reducir, para la empresa usuaria del trabajo, los beneficios laborales y, así, aumentar el número de personas que pueden estar prestando servicios y recibiendo alguna remuneración.

No es solamente el sueldo, lo que le interesa la trabajador, aunque este tenga una dimensión importante. La cuestión del vínculo también cuenta, en el sentido de que el trabajador se de cuenta de que él pertenece a alguien o a algún lugar, conforme consta en la relación de la necesidades básicas del ser humano, según Maslow definió en la primera mitad del siglo. Es además importante conocer a quie-

nes son sus colegas y sus compañeros de trabajo en el desempeño de las funciones. Estas afirmaciones son válidas para cualquier tipo de actividad y de diferentes categorías de trabajadores.

Las empresas que trabajan con servicios temporales pueden ser consideradas como un tipo de contratos de terceros, aunque de duración definida. Las otras modalidades posibles son por tareas definidas, por tipos de profesionales y por tipos de servicios prestados. Sin embargo, la cuestión de los vínculos no queda resuelta.

Por eso, cabe revisar el rol de cualquier tipo de vínculo laboral, en una sociedad en que los profesionales más calificados pasan a constituir entre ellos, empresas prestadoras de servicios en sus casas, utilizando la tecnología disponible de computadoras, modems, fax, en que todas las comunicaciones son facilitadas y se vuelve posible sin grandes problemas discutir cuestiones con expertos de todo el mundo.

Por ejemplo, a partir del examen de muestras de sangre y de datos epidemiológicos recolectados es posible discutir brotes y epidemias sin precisar traer a los especialistas de otros países. Se puede consultar la bibliografía especializada de muchas áreas sin tener que ir hasta las bibliotecas, entregando los listados de computador a computador.

Además de la contratación de terceros, ya comienza a ser conocida la discusión con respecto a la "cuarterización", que también significa una nueva modalidad de compra,

notoriamente de servicios. Esto obliga a pensar que el mundo de las relaciones de trabajo debe perder la dimensión "administrativa" de que se revestía hasta hace poco, cabiendo como un subítem del área de recursos, asociada a los recursos financieros y materiales.

Uno de sus componentes todavía es la administración tradicional de personal, existiendo la contratación de terceros, la "cuarterización", el trabajo autónomo y otras modalidades. La cantidad de trabajo, su remuneración, y los insumos necesarios deberán continuar recibiendo atención más profesional, como el mantenimiento del trabajo y las personas que ingresan a la organización como trabajadores, ya sea mediante un instrumento formal de identificación de funciones o sin él. Estos ingresos son aún más delicados en el mundo en el cual la informática permite accesibilidad a los conocimientos internos de la organización.

De esta forma, la gestión de las personas y de sus relaciones con la organización asume un carácter cada vez más estratégico, pues presupone relaciones en un contexto de complejidad cada vez más amplia que aquella mediada por el contrato de trabajo. Se trata de reconocer que las personas son de hecho, en las organizaciones de salud, el recurso más crítico para su funcionamiento, en razón de sus conocimientos sean técnicos o no. La gestión de los recursos humanos debe tratar de despertar en esas personas el deseo de compartir la visión de la organización y de aplicar sus conocimientos en beneficio de ella y de aquellos a quienes ésta sirve.

## Comentarios finales

Este manual trató de abordar el tema de los recursos humanos de manera amplia, con miras a ofrecer subsidios mínimos a los gerentes de los sistemas locales de salud. En ningún momento, se pensó en enseñar técnicas de administración. La idea básica fue tocar algunos de los grandes temas en este campo del conocimiento, partiendo de la premisa que cualquier servicios prestado en el área de la salud tiene personas como actores, sujetos y objetos.

Tal vez la expectativa de los lectores sea la de tener un manual práctico, en el cual se enseñe cómo seleccionar trabajadores, evaluarlos o administrar conflictos entre ellos. Entretanto, la experiencia muestra que no hay mucho sentido en hacer este tipo

de manual, principalmente si son extrapolados los límites de una organización específica, pues las respuestas que se podrían ofrecer tendrían corta validez.

En cuanto a enseñar formas de planear los recursos humanos, este ejercicio sería más útil para gerentes de recursos humanos propiamente dichos.

La población objeto de este texto está compuesta por aquellos que no especialistas en el área y cuyo interés sería comprender cómo relacionarse con las personas bajo su responsabilidad, asumiendo que un gerente es un gestor de recursos humanos, aunque ni él ni la organización para la cual trabaja lo perciban así.

## **Bibliografia consultada**

- Bergamini, C.W. **Liderança: administração do sentido.** SP. Atlas, 1994.
- Bolman, L.G. Deal, T.E. **Modern Approaches to Understanding and Managing Organizations.** San Francisco, Jossey Bass, 1989.
- Chanlat, J.F. **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas.** Vols 1 e 2. SP. Atlas, 1991 e 1993.
- Chiavenato, I. **Recursos humanos.** SP. Atlas, 1985.
- Deming, W.E. **Qualidade: a revolução da administração.** Rj, Marques Saraiva, 1990.
- Drucker, P.F. **Managing the Nonprofit Organization.** NY, Harper Collins. 1990.
- Fundação Seade. **São Paulo em perspectiva: Trabalho: globalização e tecnologia.** Vol. 8, N.1, 196p 1994.
- Gonçalves, R.B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** SP. HUCITEC/ABRASCO. 1994.
- Kovner, A. y Neuhauser, D. **Health Services Management: Readings and Commentary.** Michigan, Health Administration Press, several editions.
- Levy-Leboyer, C. **A crise das motivações.** SP, Atlas, 1994.
- Medici, A.C. Machado, M.H. Nogueira, R.P. Girardi, S.N. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1992. 95P.
- Metzger, N. **Handbook of Health Care Human Resources Management.** Rockville, Aspen. 1981.
- Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o sus **Cadernos RH Saúde.** Bsb. MS. Vol 1, N 1, 2 e 3, 1993.
- Mintzberg, H. **Power in and Around Organizations.** Englewood. Prentice Hall. 1983.
- Morgan, G. **Images of Organization.** California, Sage. 1986.
- Motta, P.R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** RJ. Record. 1991.
- Nadler, Hackmann, Lawler III, L. **Comportamento organizacional.** RJ. Campus. 1983.

Nogueira, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde.** SP. Qualitymark. 1994.

OPS/OMS. **Análisis de las organizaciones de salud.** OPS. Washington, D.C. 1987.

PROAHSA. **Manual de organização e procedimentos hospitalares.** Pioneira. SP. 1987.

Purcallas, D. **Transformación estratégica en recursos humanos en salud.** San José, PASCAP/OPS/OMS. 310p. 1992.

Rodrigues, R.J. Malik, A.M. **Preparing Health Care Managers for a Changing World.** Santiago, INSORA. 1994.

Senge, P.M. **A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem.** SP. Best Seller. 1990.

Shortell, S. Kaluzny, A. **Health Care Management: A Text in Organization, Theory and Behavior.** NY. Delmar. 1988.

Taylor, R.J. Taylor, S.B. **The AUPHA Manual of Health Services Management.** Gaithersburg. Aspen. 1994.

#### **Revistas**

Revista de Administração. FEA/USP

Revista de Administração de Empresas. EAESP/FGV.

Revista de Administração Pública. EBAP/FGV.

Saúde em Debate. CEBES.

Hospital and Health Services Administration.

Health Care Management Review.

Medical Care

Cadernos FUNDAP

Physis

Saúde e Sociedade

Revista de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública

Salud Pública (México)

Harvard Business Review

**MANUAL DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS  
MATERIALES EN SALUD**

*Gonzalo Vecina Neto  
Walter Cintra Ferreira Jr.*

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud**

**FUNDACIÓN W. K. KELLOGG**

**1996**

Vecina Neto, Gonzalo  
Administración de Recursos Materiales en Salud / Gonzalo Vecina Neto,  
Walter Cintra Ferreira Jr., Humberto Novaes, ed. Washington, D.C. : OPS, c1996  
x, 58 p. -- (HSP/UNI/Manuales operativos PALTEX Volumen I / no. 4)

ISBN 92 75 32180 9

I. Título II. Novaes, Humberto III. Cintra Ferreira Jr., Walter IV. (Serie)  
1. SISTEMAS LOCALES DE SALUD -- organización 3. ADMINISTRACIÓN DE MATERIALES  
DE HOSPITAL -- organización  
NLM WA546.1

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

ISBN 92 75 32180 9

© Organización Panamericana de la Salud, 1996

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo, o en parte alguna la publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, o instituciones, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.



## Acerca de los autores

**Gonzalo Vecina Neto.** Médico, Maestría en Administración de Empresas, Escuela de Administración de Empresas, Fundación Getulio Vargas, São Paulo. Asesor del Hospital Universitario, Universidad de São Paulo y Secretaría de Estado de São Paulo. Profesor asistente, Escuela de Salud Pública, Universidad de São Paulo. Consultor de la OPS en Administración de Hospitales y Servicios de Salud en países latinoamericanos.

**Walter Cintra Ferreira Jr.** Médico. Especialización en Administración Hospitalaria, Escuela de Administración de Empresas de la Fundación Getulio Vargas, São Paulo. Ex-director de la División de Materiales de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, Brasil. "Hubert Humphrey Fellowship Program" en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Emory, Georgia, E.U.A.

# Contenido

Presentación . . . . .	vii
Introducción . . . . .	1
Perspectivas y comprensión del tema . . . . .	2
¿Por qué falta material? . . . . .	3
Funciones de la administración de materiales . . . . .	5
El subsistema de normalización . . . . .	8
Selección/normalización . . . . .	8
Especificación . . . . .	10
Clasificación . . . . .	10
Codificación . . . . .	11
Apéndice . . . . .	14
El subsistema de control . . . . .	15
La función de valorización de existencias . . . . .	15
La función de gestión de existencias . . . . .	17
Las salidas del subsistema de control . . . . .	26
Apéndice . . . . .	26
El subsistema de compras . . . . .	28
Principios de la licitación . . . . .	28
El trámite de las compras . . . . .	29
Corrupción versus negociación . . . . .	34
Apéndice . . . . .	35
El subsistema de almacenamiento . . . . .	37
Función de control de calidad y recepción . . . . .	37
Función de almacenamiento y movimiento interno . . . . .	37
Función de distribución . . . . .	40
Apéndice . . . . .	41
Estructura organizacional para la administración de materiales . . . . .	43
"Justo a tiempo" . . . . .	44
Apéndice . . . . .	46
Propuestas de acciones de rutina para el sistema de administración de materiales . . . . .	48
Rutina operacional de renovación de existencias . . . . .	48

Normas anexas a la rutina operacional de renovación de existencias . . . . .	48
Rutina operacional de compras sin licitación . . . . .	49
Rutina operacional de compras con licitación . . . . .	49
Rutina operacional de distribución . . . . .	51
Rutina operacional de devolución de materiales . . . . .	52
Normas para el funcionamiento del sistema de administración de materiales . . . . .	52
Obligaciones de las unidades . . . . .	55
Conclusión . . . . .	57
Bibliografía consultada . . . . .	58

# Presentación

## ¿Por qué esta iniciativa OPS/Kellogg?

Durante años muchas de las iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han recibido apoyo de la Fundación W.K. Kellogg. Cuando los ministros de salud de los países de América Latina y el Caribe se reunieron en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana y aprobaron una resolución para transformar los sistemas nacionales de salud con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), también recomendaron realizar una evaluación de las experiencias de la puesta en práctica. Para ello se emplearía una metodología innovadora, orientada hacia el apoyo de otras actividades concretas llevadas a cabo en los países, con el objeto de brindar mejores condiciones de vida a las comunidades.

De 1990 a 1993 la OPS y la Fundación W.K. Kellogg elaboraron un proyecto conjunto para evaluar los sistemas locales de salud (SILOS) denominado "**Evaluación para el cambio**". Esto llevó a un análisis a fondo del contexto y de las instituciones de diversas comunidades y de la actuación de los líderes de SILOS en Bolivia, Brasil, Colombia, Dominica, Haití, México, la República Dominicana y San Vicente y las Granadinas, con una serie subsiguiente de publicaciones conjuntas.\*

La serie de publicaciones mencionadas anteriormente estaban de acuerdo con el mandato del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud de reforzar los sistemas locales de salud, promover estudios para crear nuevos modelos operacionales o sus componentes críticos, evaluar la equidad, eficiencia y calidad, así como la cobertura obtenida, la utilización eficiente de recursos y el grado de participación comunitaria.

También de acuerdo con este mandato, la investigación para estas publicaciones se realizó básicamente con proveedores de servicios y la comunidad, facilitándose la aplicación de los resultados en las medidas correctivas para una mejor salud de la población.

---

\* *Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina*. Cuaderno Técnico No. 31, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1990. También publicado en portugués por la Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios-PROAHSA, São Paulo, 1990.

*Strengthening the Implementation of Local Health Systems--The English Speaking Caribbean Countries--Assessment for Change*. Serie SILOS No. 16, Pan American Health Organization/World Health Organization, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1992. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

*Evaluación para el cambio: Bolivia, Haití y República Dominicana*, Serie SILOS No. 25, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1993. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

## **¿Cuál fue el resultado de las investigaciones?**

Se encontró que en el pasado la evaluación de los programas de salud solía estar dirigida a actividades aisladas, fuera del ámbito del proceso administrativo. Por otro lado, en los actuales estudios realizados por el proyecto OPS/W.K. Kellogg lo que interesaba constantemente era identificar posibles soluciones administrativas para los cambios inmediatos o de mitad del período de implementación de las transformaciones.

La evaluación se llevó a cabo mediante la recopilación y el análisis de datos, usando diferentes metodologías, para determinar la pertinencia de la planificación de los servicios de salud en los sistemas locales, el progreso alcanzado durante la ejecución y los mecanismos de control de la eficiencia para vencer las dificultades.

En todos los casos se pretendía establecer una estrecha relación entre el administrador local y el investigador. Se encontró que el papel del administrador local era más evidente en las fases iniciales del proceso de evaluación, en la observación de la pertinencia del programa, mientras que el papel del investigador se destacaba más en el análisis del impacto.

## **¿Cuáles deficiencias fueron encontradas?**

Prescindiendo de la región analizada, los SILOS evaluados presentaban deficiencias comúnmente encontradas también en otros servicios de salud de América Latina. Los indicadores principales mostraban la necesidad de capacitar a los líderes del sector salud en ADMINISTRACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y METODOLOGÍA OPERACIONAL, así como la necesidad de interesarse más por la CALIDAD de los servicios prestados, sea de atención ambulatoria u hospitalaria.

### **Principales problemas identificados:**

- Deficiencias en la coordinación intra y extrasectorial.
- Sistemas administrativos, clínicos y epidemiológicos ineficientes.
- Escaso aprovechamiento de la información existente para la adopción de decisiones.
- Necesidad de capacitación permanente de recursos humanos en determinadas áreas.
- Deficiencias en el mantenimiento de instalaciones y equipo.
- Resistencia a la descentralización de la autoridad para tomar decisiones en el nivel local.
- Conocimientos técnicos limitados para la programación y la gestión estratégica locales.
- Administración inadecuada de material, medicamentos, vacunas y otros suministros.
- Falta de motivación y de preparación para actuar en equipo.
- Conocimiento limitado de la administración financiera en el nivel local.
- Falta de normas para la referencia y contra-referencia de pacientes.
- Desconocimiento de las técnicas de evaluación de la calidad.
- Ninguna tendencia a utilizar indicadores epidemiológicos para tomar decisiones.
- Descuido en las técnicas básicas de saneamiento y desconocimiento de los procedimientos de protección ambiental.

## ¿Por qué publicamos esta serie de Manuales?

En vista de las cuestiones identificadas en las observaciones de estudios de casos, la OPS, de acuerdo con la Fundación W.K. Kellogg, decidió publicar una serie de manuales con objetivos generales orientados a incrementar el desarrollo económico y social en los SILOS mediante una mejor administración del sector salud; mejorar la productividad de los servicios públicos y mejorar las condiciones de saneamiento en el nivel urbano (protección ambiental) y en la lucha contra las condiciones de vida insalubres.

## ¿Cuáles temas son tratados en los Manuales?

Los temas tratados en esta serie HSS/UNI de Manuales son:

1. Tendencias contemporáneas en la gestión de la salud.
2. Conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud.
3. Recursos humanos en salud.
4. **Administración de recursos materiales en salud.**
5. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas.
6. Mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo
7. Administración financiera para gerentes de salud.
8. Pautas para el establecimiento de sistemas locales de información.
9. Gerencia de la calidad.
10. Vigilancia epidemiológica.
11. Vigilancia sanitaria.
12. Vigilancia ambiental.\*

## ¿A quién sirven estos Manuales?

Los Manuales fueron preparados para auxiliar las actividades de gerencia diaria de los responsables superiores por la administración de sistemas locales de salud y sus componentes. Las cuestiones son tratadas de manera amplia para el no especialista en los temas, y no tiene el objetivo de enseñar técnicas básicas de procedimientos. Su formato fue hecho con el propósito de recibir revisiones periódicas y eventuales actualizaciones de sus capítulos. Esperamos así haber contribuido, por lo menos en parte, para la solución de problemas identificados en las evaluaciones realizadas.

Humberto de Moraes Novaes  
Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud  
Editor General de la Serie

---

\* La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS sigue preparando otros Manuales para esta Serie PALTEX de documentos operativos: No. 13, Prevención y control de infecciones hospitalarias (incorporado en el Volumen IV de esta serie); y No. 14, Prototipo de educación en administración hospitalaria.

# Introducción\*

El objetivo de este texto es resaltar algunos puntos básicos sobre la administración de materiales en servicios de salud, relacionados con el ambiente en donde actúa un director de dicho servicio y, al mismo tiempo, para el usuario de este sistema. Se pretende ofrecer al director información útil para la operacionalización del mismo, y al usuario se le ofrece información que le permita comprender este sistema de tal forma que le sirva de apoyo y ayuda.

Dentro de ese contexto, una limitación importante es que los servicios y/o sistemas de salud tienen diferentes niveles de complejidad. Así, hablar de las funciones administrativas de un hospital comunitario de referencia o de la gerencia de un ambulatorio, a pesar de tener bases conceptuales comunes, no es lo mismo que hablar de un centro médico o de un hospital universitario.

Bajo este punto de vista, la profundidad de este trabajo fue concebido de manera simple. Esta simplicidad, sin embargo, es deliberada en la medida que se propone ofrecer un texto claro y práctico dirigido a resolver las necesidades diarias de este sistema.

En resumen, la intención es destacar que:

- Un sistema de materiales solo existe dentro de un proceso productivo donde aquel es un medio para un fin.
- Un sistema de materiales solo existe para satisfacer a sus usuarios o clientes (no puede haber rupturas o faltas en el proceso).
- Si el sistema productivo (el modelo asistencial, los objetivos organizacionales, etc), está claramente definido, solo se puede aceptar falta de materiales en situaciones excepcionales.
- La utilización de recursos públicos con transparencia o visibilidad es una necesidad en América Latina y el Caribe.
- Un sistema de materiales también se preocupa del uso futuro de los materiales que compra, almacena y distribuye. Es decir, tiene que ser sustentado a través de una visión comprensiva o integral del proceso productivo.

---

\* El contenido de este trabajo en gran parte fue inspirado en los seminarios y publicaciones del profesor Claude Machline, de la Escuela de Administración de Empresas de la Fundación Getulio Vargas de São Paulo y del trabajo "Administración de material para empresas prestatarias de servicios públicos" del profesor Gilson Luiz Leal de Medeiros, São Paulo, Brasil.

## Perspectivas y comprensión del tema

El objetivo de la administración de materiales es abastecer, en cantidad y en calidad, los recursos que el sistema productivo requiere lo más pronto posible y con el menor costo.

Dentro de esta definición y de los conceptos propuestos en la introducción, se entiende por "materiales" básicamente los productos que pueden almacenarse y los que deben consumirse inmediatamente.

Esto no incluye a los materiales permanentes, como equipos, muebles, vehículos, etc.

Sin embargo, dentro de una concepción más amplia de la administración de materiales en el sector salud se incluyen todos los demás productos, por ejemplo: medicamentos, productos alimenticios, accesorios de oficina, limpieza, conservación y reparación, materiales quirúrgicos, radiológicos, reactivos químicos, vidriería, etc.\*

Esta explicación es fundamental, porque dada la importancia estratégica de los medicamentos para las acciones de salud, estos terminan teniendo un tratamiento diferente y su administración no ha sido mejor resuelta que la de los demás recursos.

Desde el punto de vista financiero, el rubro de materiales, significa un gasto en los sistemas hospitalarios de alrededor del 15 al 25% de los gastos corrientes (gasas, medicamentos, artículos de enfermería y oficina, etc.).

---

\* Sobre gerencia de medicamentos véase el Manual No. 5 y sobre gerencia de mantenimiento de los servicios véase el Manual No. 6 de esta misma Serie.

En lo que respecta a sistemas de atención en la consulta externa, es más difícil realizar una estimación adecuada, debido a las diferentes formas de atención en los SILOS (por ejemplo, con o sin entrega de medicamentos según el tipo de medicamentos existentes, etc.). Sin embargo, se puede decir que este número se sitúa alrededor del 2 al 5% de los gastos corrientes en el nivel ambulatorio.

Desde el punto de vista del porte de los sistemas de materiales, como parte de la gerencia hospitalaria rotan de 3.000 a 6.000 rubros o artículos con cierta frecuencia de consumo, en cambio los sistemas dedicados a consulta externa rotan cerca de 200 a 500 rubros o artículos. Estos números no indican la complejidad de un sistema pues, a manera de ejemplo, un camión de capacidad media tiene diez mil piezas en su fabricación.

Así la complejidad del sistema no se limita solamente a la cantidad de variables o al costo; está determinada también por la complejidad del proceso de producción.

El proceso de producción del sector salud es muy complejo. Casi todos los estudiosos de la administración se refieren al hospital como una de las más complejas unidades de trabajo que el hombre ha creado. Por lo tanto, la acción en grandes hospitales, así como en redes ambulatorias satélites, es el fruto de la interacción y combinación de múltiples disciplinas, profesiones y tecnologías que producen un modelo asistencial que genera una variedad muy grande de rubros de distintos grados de diversidad.

Además, buena parte de la complejidad y dificultad en la gerencia de materiales,



proviene de la distancia que existe entre el proceso productivo y los sistemas de apoyo. (Dificultad que se repite en la administración de recursos humanos, mantenimiento, finanzas, etc., como se puede observar en los demás Manuales de esta Serie, que tratan específicamente de estos temas).

### ¿Por qué falta material?

Una manera interesante de formular la pregunta arriba señalada es: ¿En qué medida falta material debido a la mala administración de materiales? o ¿Por qué los sistemas medio y fin dentro del sector funcionan disociados?

La respuesta a la pregunta realizada es fundamental, pues ella identifica las causas y orienta las acciones. Si el diagnóstico es inadecuado la acción será frustrante. Por ejemplo, si se supone que la falta de material no es porque este no haya sido priorizado económicamente, sino porque los directivos fallan en su administración.

El cambiar de director sería inútil porque terminaría creando nuevos conflictos, y además de la persistencia del problema, tendría la presencia de un nuevo director en proceso de transformarse en un mal director.

Es preciso destacar, a pesar de ser obvio, que la identificación de las causas no puede y no debe conducir a un proceso de acción carte-siano (primero aumentar los salarios y después mejorar el trabajo) y sí a un proceso de acción estratégica donde las limitaciones estructurales disminuyen la capacidad de paralización y conducen a una acción posible para alcanzar un resultado factible.

En el ejemplo citado anteriormente, si realmente el gerente no es bueno, limitarse a cambiarlo no resolverá el problema. En el

futuro podrán intentarse algunas acciones racionalizadoras con mayor probabilidad de éxito, o bien preparar un escenario más favorable para la lucha por los recursos en un momento más oportuno.

Rápidamente, y sin la pretensión de agotar el tema, pueden identificarse tres grupos de causas para la falta de materiales:

#### Causas estructurales

□ *Falta de prioridad política para el sector.* Bajos niveles de inversión, bajos salarios, corrupción, servicios de mala calidad, etc.

□ *Cientelismo político.* Malos directores, prioridades fijadas sin participación de la sociedad, favoritismo, etc.

□ *Controles burocráticos.* Como el control no se da por el impacto de la acción, y sí sobre los instrumentos, en particular los de orden económico, las acciones no son valoradas, lo que invierte el sistema de referencia de las organizaciones. (Recordar que no interesa hacer solamente las cosas bien, sino que hay que hacerlas de la mejor manera o a través del mejor proceso).

□ *Centralización excesiva.* Razón principal de la burocracia patológica que produce daños inmensos en el área de materiales. El ejemplo más evidente es el de las compras centralizadas, buscando precios más bajos en mercados fuertemente monopolizados, etc.

#### Causas organizacionales (en gran medida estas son consecuencias de las anteriores)

□ *Falta de formulación de objetivos.* Esto genera la necesidad de crear un sistema de referencia propio en cada unidad. Así la función de distribución en la consulta externa muchas veces deja de servir los ambula-

torios y sus consultas y pasa a llenar fichas de control de existencias. En esta situación los almacenes pasan a tener por función el mantener estantes llenos, perdiendo la perspectiva de su responsabilidad y en gran medida creando una ruptura entre el área fin y las áreas medio.

### Otras causas

- falta de dirección profesionalizada;
- falta de capacitación continuada y desarrollo permanente de su personal;
- falta de recursos financieros;
- falta de controles;
- corrupción;
- falta de planificación;
- falta de establecimiento de normas y rutinas, etc.

### Causas individuales (también en gran parte efecto de las anteriores)

□ *Directores improvisados.* Directores inseguros e incapaces de emprender o innovar, sin condiciones para mantener un buen diálogo con el área fin o el área donde se finalizan las acciones.

□ *Funcionarios desmotivados.* Personal sin compromiso con la institución, donde sobrevivir en el cargo pasa a ser su objetivo, etc.

Frente a este rápido esbozo la pregunta es: ¿Cuenta la administración de materiales con la tecnología adecuada para evitar la falta de estos?

La respuesta no es simple; si se dispone de una tecnología adecuada se podrá evitar, en parte, la falta de materiales, como se verá más adelante. Sin embargo, esta acción aislada no será suficiente si no se modifican las causas.

La administración de materiales debe ser tratada de la misma forma que la acción organizacional, es decir, de manera integral.

Debe quedar entendido que el área de materiales por sí sola, es incapaz de evitar la falta de los mismos. Es decir, el sistema de materiales tiene que ser visto como un subsistema del sistema de producción donde el es el medio para alcanzar los fines. Por consiguiente, este es totalmente dependiente del proceso de formulación de objetivos y de las metas de la organización. En cuanto a la acción organizacional, (que es la que va a dar las directrices administrativas del área en cuestión), dependerá fundamentalmente de su relación con la comunidad (y los proveedores), debido a que una refleja y sustenta a la otra.

# Funciones de la administración de materiales

Enunciadas las directrices de acción del área de administración de materiales, se verifica que este sistema es responsable de la coordinación y concertación de los intereses de los usuarios, del área económico-financiera y de los proveedores. La Figura 1 ilustra este hecho. Se trata de un frágil barco navegando en aguas turbulentas.

- Los usuarios quieren sus artículos de consumo en la cantidad, en la calidad y en el momento oportuno.
- El área económico-financiera quiere pagar el menor precio al más largo plazo, con cantidades mínimas de existencias.
- Los proveedores quieren vender el máximo al mejor precio posible, con una mínima responsabilidad futura con respecto a las condiciones de utilización de los artículos.

En la conciliación de estos intereses, el área de materiales usa algunas técnicas que, didácticamente, están agrupadas en las funciones presentadas en la Figura 2 y que den-

tro de una visión sistemática se agrupan en cuatro grandes subsistemas:

**GRUPO 1. *Subsistemas de normalización.*** Responsable por contestar a la pregunta: ¿Qué? (comprar, almacenar y distribuir). Está compuesto por las funciones de selección, estandarización, especificación y clasificación/codificación de materiales.

**GRUPO 2. *Subsistema de control.*** Responsable por contestar a las preguntas: ¿Cuándo y cuánto? Está constituido por las funciones gestión y valorización de existencias.

**GRUPO 3. *Subsistema de adquisición.*** Responsable por la compra de productos y la venta de materiales no utilizados y/o inservibles. Está formado por las funciones de compra y de venta.

**GRUPO 4. *Subsistema de almacenamiento.*** Responsable por la recepción, almacenamiento y distribución de materiales. Dentro de él se encuentran las funciones de control de calidad, movilización, transporte, distribución y almacenamiento de materiales.

Figura 1. El Barco

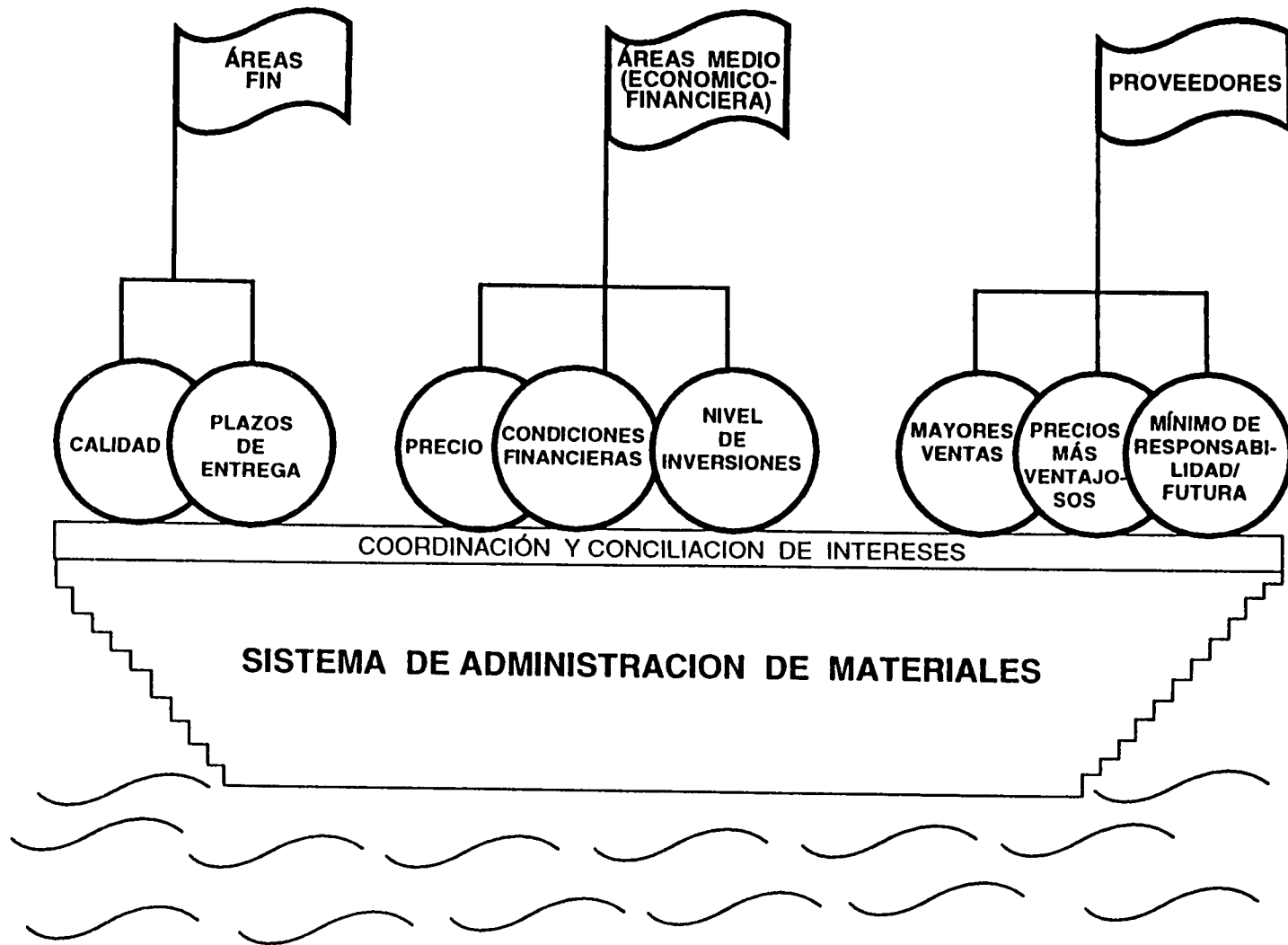
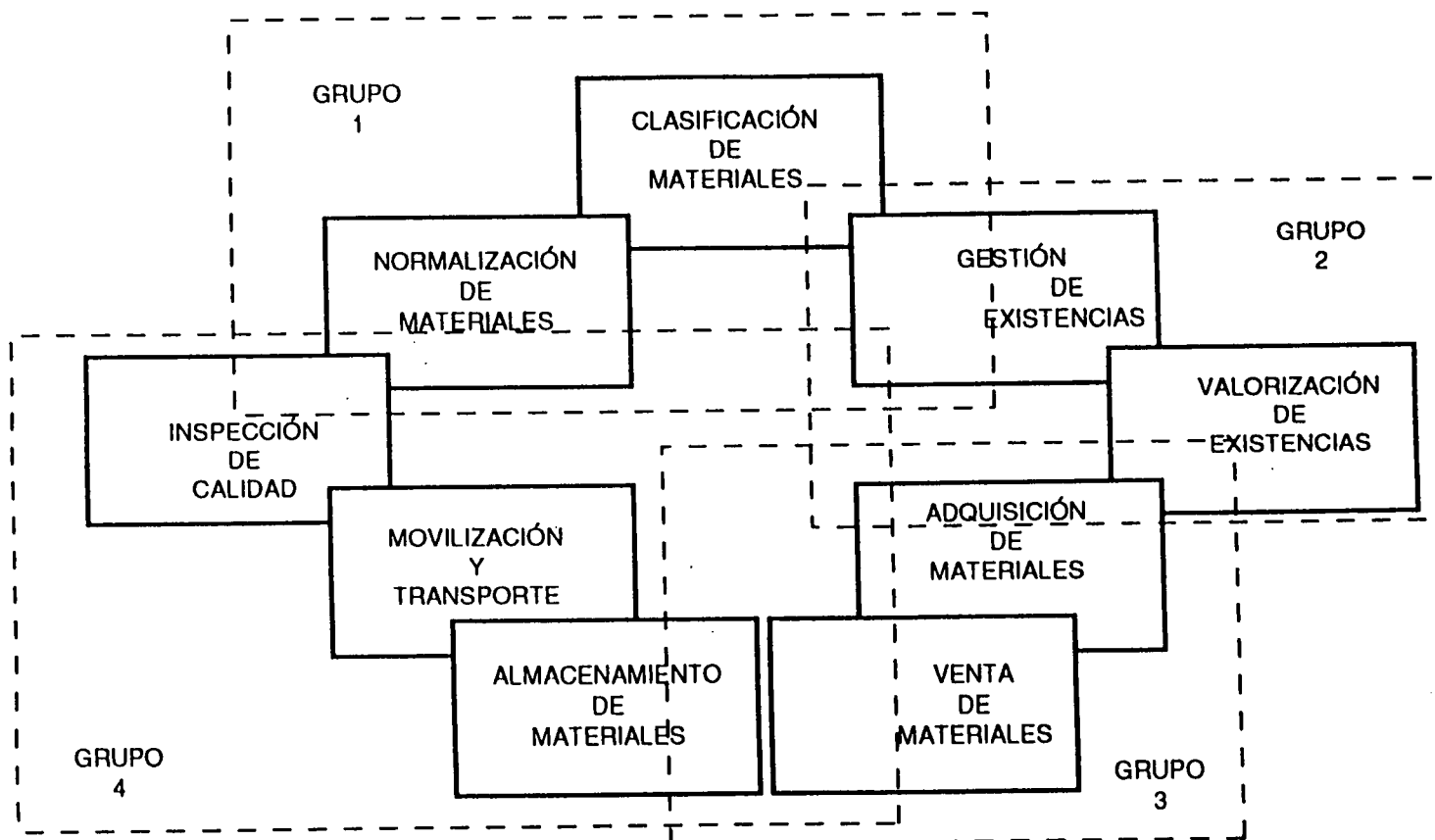


Figura 2. Funciones de la administración de materiales



# El subsistema de normalización

Si los subsistemas fueran jerarquizados, ciertamente sería posible decir que para el sector salud el de normalización es el más importante, en la medida que es el que indica lo que el sistema de producción va a necesitar. Es por lo tanto, el lazo de unión entre la propuesta asistencial y el sistema de apoyo. Aquí se da el diálogo técnico entre las áreas fin y medio. También, enfatizando este punto, es donde la administración de materiales del sector salud tiene más fallas. Raras son las organizaciones que disponen de un catálogo de materiales, y más raras aún, las que teniéndolo lo respetan y lo actualizan. (Se entiende por catálogo la relación de artículos consumidos por la organización, adecuadamente clasificados y codificados).

En la figura 3 se presenta el procesamiento de las funciones de este sub-sistema:

□ *Normas técnicas, políticas, recursos tecnológicos y de producción del ambiente.* Identifican el modelo asistencial, el grado de gravedad del paciente a tratar, y la capacidad del mercado de suministrar los artículos necesarios. Está estrechamente relacionado, por lo tanto, con la definición de los objetivos de la empresa.

□ *Clasificación ABC, de popularidad, o de X, Y, Z, de importancia.* Se refiere al nivel de búsqueda de los artículos por los usuarios.

□ *Clasificación ABC de valor.* Esta clasificación está basada en el volumen monetario comprendido en el consumo de cada artículo.

Estas dos clasificaciones son importantes insumos para la búsqueda de una selección,

clasificación y especificación más detallada y para la fijación de una política diferenciada para las existencias.

- relación de materiales en existencia no normalizados, que avalúa la necesidad de incluir o excluir los artículos;
- relación de materiales sin movimiento, que analiza las causas y propuestas de exclusión.

Del procesamiento de los datos (electrónico o manual) salen los catálogos en orden de código, orden alfabético y de especificaciones.

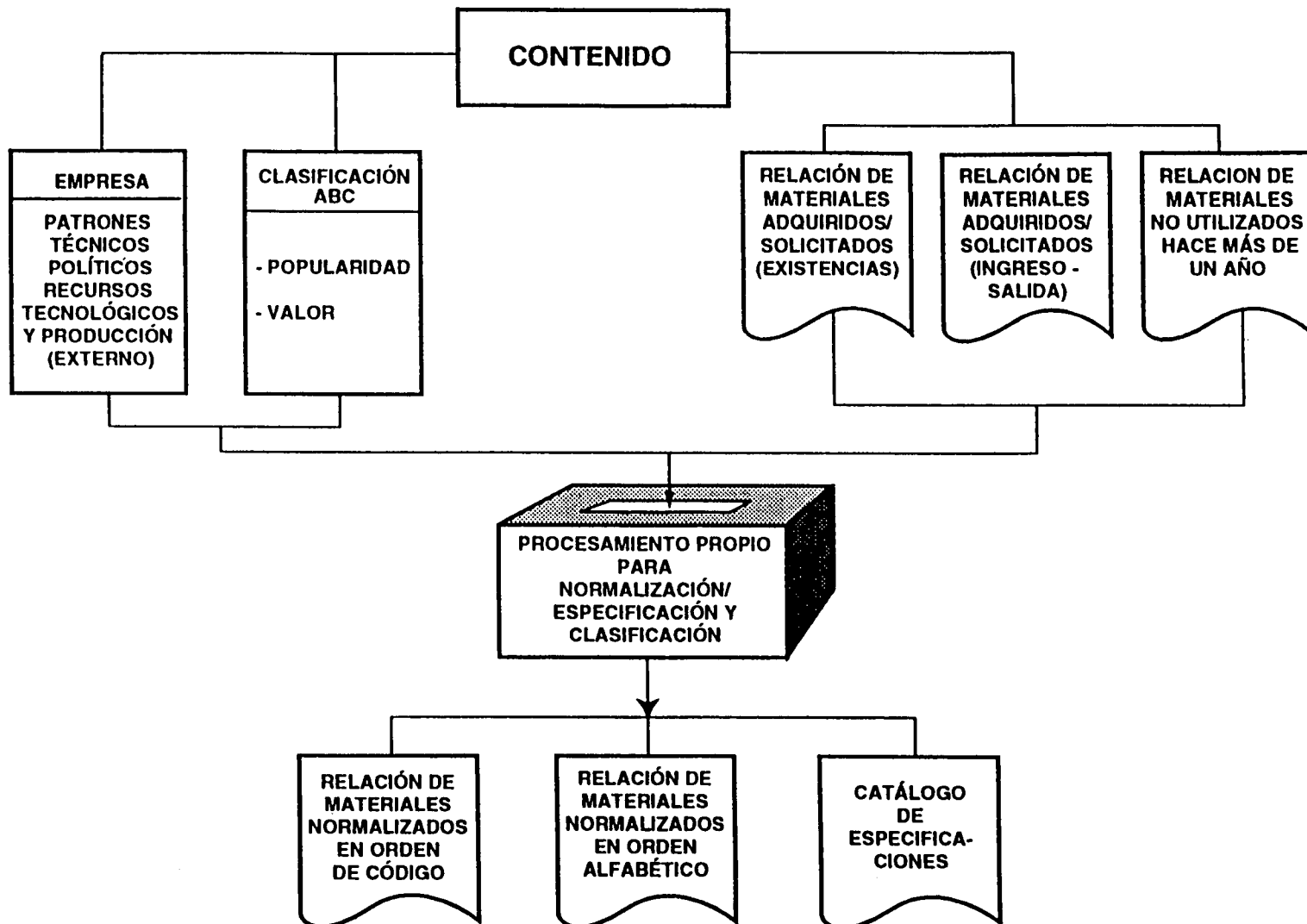
Dentro del procesamiento, el área desarrolla las siguientes funciones:

## Selección/normalización

Los responsables seleccionan los artículos, los incluyen y los excluyen del catálogo de materiales normalizados. Esta función es primordial dentro del sector salud y solo puede ser realizada a través de grupos multidisciplinarios, compuestos por representantes de las diferentes tecnologías relacionadas con el proceso de producción. No puede ser una tarea aislada o del propio sistema de administración de materiales. Es deber de sus directores y de toda la organización.

El grupo debe ser técnicamente representativo y respetado científicamente. Además, debe ofrecer un diálogo continuo entre el usuario o cliente interno y el grupo. Sin este diálogo, el catálogo producido no representará las necesidades del sistema fin.

Figura 3 - Subsistema de normalización de materiales



Otra cuestión es que tal grupo no es temporal, sino permanente. Las tecnologías cambian y, principalmente, existen modas en el consumo. La variación en la ocurrencia de las enfermedades es tal, que la inclusión o exclusión de artículos es constante. Un ejemplo del trabajo de estos grupos son las comisiones permanentes o ad hoc de farmacia en los hospitales.

## **Especificación**

Una vez seleccionado un artículo, hay que identificarlo correctamente. Una buena especificación es la descripción precisa del artículo, utilizando criterios objetivos, aceptables y comprensibles.

Esto puede ser hecho, usando la "marca registrada" o a través del registro de similitud de un determinado producto, o bien utilizando normas técnicas preestablecidas por las autoridades.

Es importante destacar que, con frecuencia, el sector público se resiste a realizar especificaciones por marca registrada, pues esto afecta el principio de igualdad entre los licitantes. Sin embargo, en muchas circunstancias, solo puede ser utilizado un determinado producto (y la especificación es hecha por la norma técnica de la empresa, por ejemplo). En ese caso, lo correcto es realizar una justificación técnica minuciosa de la decisión y, si fuera necesario, enfrentar hasta la discusión jurídica de la misma.

Algunas empresas utilizan dos especificaciones:

- una rápida y simple para las transacciones internas;
- otra más completa para las transacciones externas.

Usualmente, la especificación y las otras funciones de este subsistema son desarrolladas por el área de compras (Figura 4).

## **Clasificación**

Se trata de elegir criterios para el agrupamiento y la posterior codificación de los materiales. Todos los ítems deben ser clasificados de forma simple, con criterios básicos y consistentes, promoviendo y facilitando la estandarización, ayudando al almacenamiento y preparando el sistema para la utilización del procesamiento electrónico de datos. (Hoy no se puede hablar de administración de materiales sin pensar en computadoras y particularmente en microcomputadoras).\*

El área de materiales, con sus múltiples transacciones, es el área de elección para utilizar el procesamiento electrónico de datos. Con la caída de los precios de las máquinas ("hardware") y de los programas ("software"), el uso de esta tecnología es obligatorio para administrar materiales.

Con relación a la clasificación, es importante destacar que esta crea un lenguaje específico para el área de materiales con los objetivos citados anteriormente. Es frecuente al clasificar, incluir otros objetivos, como el de auxiliar al subsistema de costos. Así, es común encontrar en una clasificación un grupo de materiales llamado "banco de sangre", pese a que el mismo tiene pocos materiales exclusivos. Con la utilización de este criterio solo se provoca confusión entre los usuarios y los operadores del sistema. Por lo tanto, al elegir los grupos se debe tener cuidado con este tipo de engaños.

---

\* Sobre el tema de sistemas de información, véase el Manual No. 8 de esta Serie.



Figura 4.

**Drenaje Petzer Reciclable CAL-34.** Drenaje Petzer (reciclable), confeccionado en goma de calidad apropiada, en el color usual flexible, pudiendo ser radio opaco o no, de acuerdo con la norma convencional, extremidades debidamente formadas conteniendo cuatro orificios circulares presentados en lugar de fácil visualización, el número de calibre y la marca comercial: calibre No. 34 empaquetado en la envoltura adecuada constando exteriormente los datos de identificación y de origen.

**Drenaje Petzer Reciclable CAL-36.** Drenaje Petzer (reciclable), confeccionado en goma de calidad apropiada, en el color usual flexible, pudiendo ser radio opaco o no, de acuerdo con la norma convencional, extremidades debidamente formadas conteniendo cuatro orificios circulares presentados en lugar de fácil visualización, el número de calibre y la marca comercial: calibre No. 36 empaquetado en la envoltura adecuada constando exteriormente los datos de identificación y de origen.

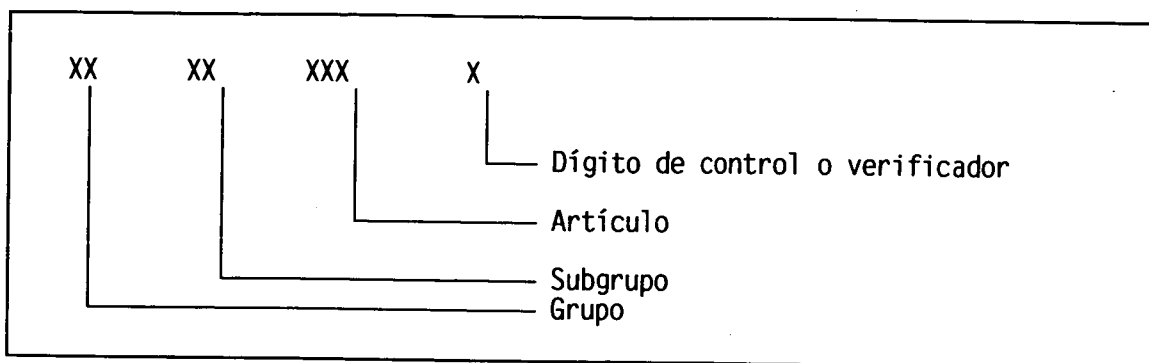
**Drenaje Petzer Reciclable CAL-38.** Drenaje Petzer (reciclable), confeccionado en goma de calidad apropiada, en el color usual flexible, pudiendo ser radio opaco o no, de acuerdo con la norma convencional, extremidades debidamente formadas conteniendo cuatro orificios circulares presentados en lugar de fácil visualización, el número de calibre y la marca comercial: calibre No. 38 empaquetado en la envoltura adecuada constando exteriormente los datos de identificación y de origen.

## Codificación

Tiene como objetivo la creación de un lenguaje específico del área de materiales, que redunde en un aumento de la seguridad y consistencia de todas las transacciones del sistema. Los códigos numéricos o alfanuméricos deben identificar todos los artículos en uso, ser expandibles, consistentes en sus criterios, breves e impersonales y mantener una relación donde un código no tenga más que un artículo y que un artículo no tenga más que un código. Los códigos son normalmente contruidos como numéricos no secuenciales y estructurados (como los del método Dewey usado en las bibliotecas).

El número de dígitos, grupos y subgrupos varía de acuerdo con los objetivos y el tamaño de los sistemas a los que están destinados. Así, por ejemplo, se puede fijar un conjunto de dígitos para definir el grupo de materiales, luego un segundo conjunto de dígitos para definir el subgrupo de materiales y un tercero para identificar el artículo en particular.

En el caso del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, el código tiene la siguiente estructura:



Los grupos de material de ese hospital son:

01. Enfermería
02. Hilos quirúrgicos
03. Fotográficos, radiológicos, gráficos.
04. Inclusión (prótesis, ortesis, etc.)
05. Instrumental quirúrgico
07. Odontología
10. Químicos
11. Especialidades farmacéuticas (medicamentos comprados)
12. Productos HC (productos industrializados en el propio Hospital)
20. Perfil: piezas metálicas y diferentes materiales como acrílico o plástico utilizados en producción industrial de ortesis y prótesis
21. Material eléctrico
22. Conexiones (usadas básicamente en mantenimiento)
23. Conjunto de herramientas
24. Piezas y accesorios
25. Varios (incluye materiales que no fueron clasificados en otros grupos por ejemplo cementos, disolventes, gases, correas, soldas, tintas, barnices, etc.)
30. Géneros alimenticios
31. Utensilios de cocina
40. Limpieza y seguridad
41. Ropería, taller y tapicería
42. Material de oficina
43. Impresos
44. Vidriería

(Observación: en este caso no se ha seguido el orden numérico, así hoy no hay el grupo 08, 09, etc. El hecho es que se tiene la posibilidad de tener 100 grupos, del 00 al 99. Solamente se agrupó algunas especialidades: así del 01 al 07, del 07 al 12, del 20 al 25, etc.)

Solamente como ejemplo uno de los grupos, el de material de inclusión (04) tiene los siguientes subgrupos:

- 01. Acrílicos
- 05. Clips
- 08. Grapas
- 09. Broches
- 10. Implantes
- 11. Rodilleras/juntas
- 13. Marcapaso
- 15. Tornillos
- 17. Placas
- 19. Tachuelas/clavos
- 21. Prótesis
- 23. Tejidos de inclusión
- 25. Válvulas
- 26. Pieles para injerto

A continuación se detallan algunos materiales con sus respectivos códigos:

25	30	560	18	Oxígeno líquido
_____				Subgrupo gases
_____				Grupo varios
03	10	630	15	Placas para Rayos X 24 cm x 30 cm
_____				Subgrupo placas
_____				Grupo material fotográfico, Radiológico, gráfico
11	51	467		XI- Metronidazol inyectable 500 mg/100ml
_____				Subgrupo Med. antiparasitarios
_____				Grupo especialidad farmacéutica

El dígito verificador es un número que, de acuerdo con una cuenta realizada por el sistema operacional del programa del computador, ayuda en el alcance de mayor consistencia cuando se digita el código para realizar las diversas operaciones del sistema.

## Apéndice

### Diez pasos para la elaboración de la rutina operacional para un catálogo de materiales:\*

- Obtener apoyo técnico y político para el uso del catálogo.
- Crear un comité de estandarización de materiales y medicamentos. Este debe estar ligado al nivel político de la organización y sus miembros deben tener las siguientes cualidades:
  - respeto técnico de sus pares;
  - capacidad de diálogo con los mismos.
- Obtener información con respecto a:
  - morbilidad prevalente;
  - materiales en uso;
  - características demográficas de la demanda;
  - capacitación y tipo de personal del área de salud en actividad, características del modelo asistencial;
- características del mercado proveedor;
- catálogos de organizaciones semejantes;
- problemas de logística.
- Tomar decisiones referentes a:
  - estructura del catálogo;
  - criterios de selección;
  - estructura de clasificación/codificación
- Seleccionar los materiales.
- Incluir información sobre niveles de uso, particularmente sobre los medicamentos (anexar apéndice de similares).
- Revisar el catálogo.
- Difundirlo por medio de una campaña.
- Divulgar las normas de uso y actualización.
- Actualizarlo constantemente.

---

\* Sobre medicamentos, véase el Manual No. 5 de esta Serie.

# El subsistema de control

El subsistema de control es responsable de las funciones de valorización y gestión de existencias: cuándo y en qué cantidad reponerlas.

Tiene como entradas (Figura 5) las normas contables que definirán el sistema de valorización y los objetivos de la organización con relación a niveles de existencias, así como los catálogos y las relaciones de entradas y salidas de material. (Las salidas de este subsistema serán comentadas al final de este tema).

Usualmente, en las organizaciones pequeñas la función administrativa es realizada por la misma bodega, lo que no es aconsejable ya que se pierde la posibilidad de tener un doble control de las existencias. Cuando esa función es realizada por el sector de compras, existe un doble control de disponibilidad, pero en este caso el comprador es el que define la cantidad a ser comprada, lo que tampoco es aconsejable. Lo correcto es tener un área independiente de compras y almacenamiento para realizar el control físico-financiero y la programación física de las existencias. (Ver capítulo sobre estructura organizacional para la administración de materiales).

## La función de valorización de existencias

La valorización de existencias puede ser vista a la entrada y a la salida de los materiales. En la entrada se tienen en cuenta aspectos vinculados con descuentos, seguros, gastos, impuestos, etc., además del costo de adquisición propiamente dicho. Estas variables, de acuerdo con la política de la organización, afectarán el valor de entrada

del material en existencia, el que se constituye en el principal subsidio para la valorización a la salida, porque el valor de adquisición cambia a lo largo del tiempo, particularmente por causa de la inflación monetaria.

La valorización de la salida puede ser realizada por tres métodos:

- PEPS. El primero en entrar es el primero en salir.
- UEPS. El último en entrar es el primero en salir.
- CMP. Costo Medio Ponderado.

Teniendo presente los objetivos de la valorización de existencias, cada uno de los métodos tiene ventajas y desventajas, es decir evaluar las existencias residuales, analizar los costos de producción, verificar las cuentas de resultado del balance (que miden, por ejemplo, el lucro de la empresa), etc.

Aparte de eso hay imposiciones legales. En algunos países, la legislación obliga, en el caso de la administración pública, al uso del método del costo medio ponderado.

La Figura 6 muestra una ficha del movimiento físico financiero de existencias donde se utiliza el método del CMP. Hay una serie de implicaciones con el uso de cada método, sin embargo, este análisis está fuera del contexto de este trabajo.

Por esta razón, si el lector deseara profundizar sus conocimientos en este tema, deberá revisar la bibliografía consultada al final de este documento.

Figura 5. Subsistema de Control

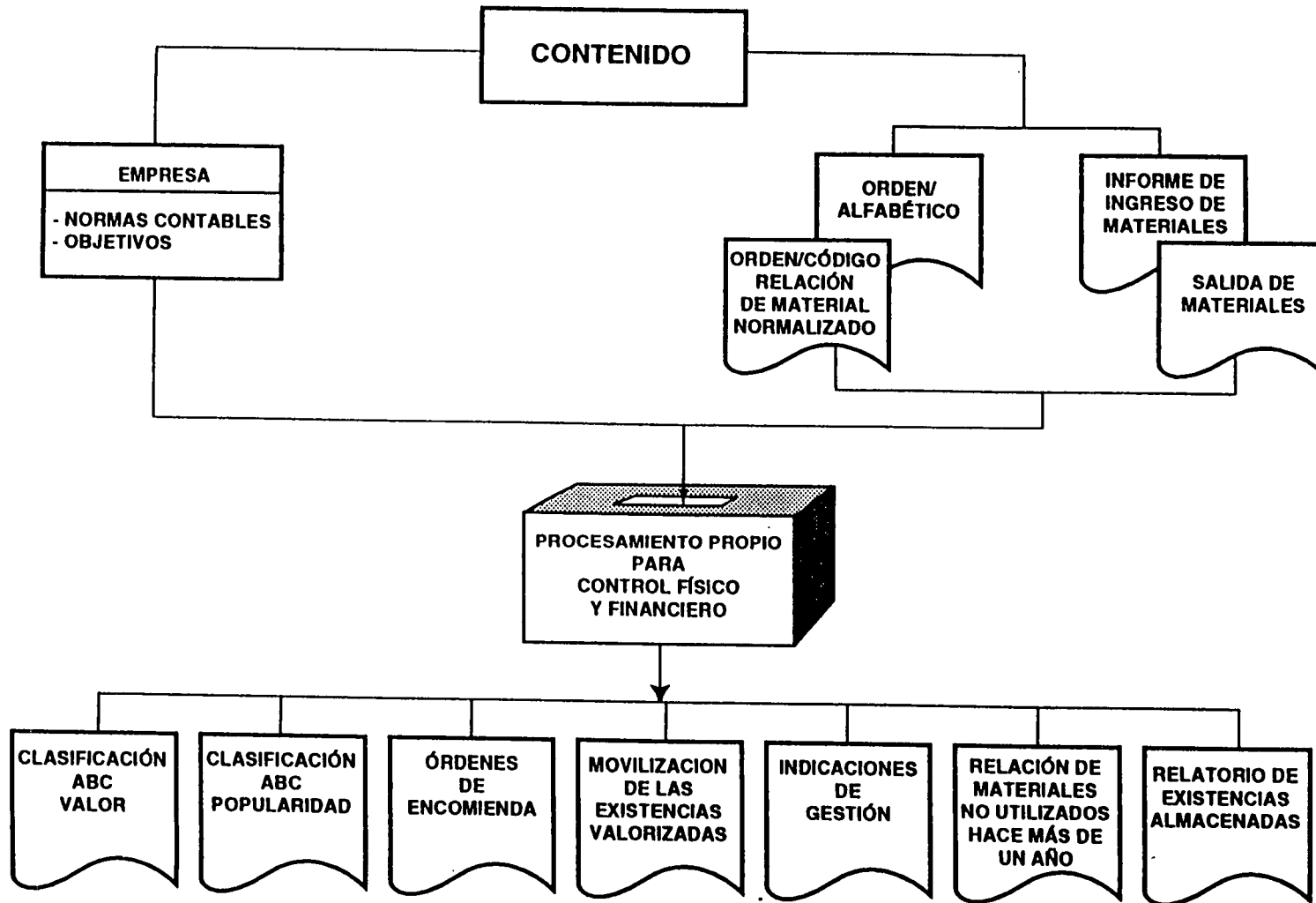


Figura 6. Control físico-financiero

MATERIAL		LECHE EN POLVO MODIFICADO NESTÓGENO (LATA 454g)		LOCALIZACIÓN	CLASIFICACIÓN
DESCRIPCIÓN		PRECIO MEDIO UNITARIO			
		1. 30.00	4. —	7. —	
		2. 33.01	5. —	8. —	
		3. —	6. —	9. —	

FECHA	NÚMERO DOCUMENTO	PROCEDENCIA O DESTINO	CANTIDAD			VALOR		
			ENTRADA	SALIDA	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
5/6	N/F No.4	PAP. X	600	-	600	18.000.00	-	18.000.00
6/6	RQ 5	GAB. SEC.	-	18	582	-	540.00	17.460.00
7/6	RQ 8	D.A	-	24	558	-	720.00	16.740.00
8/6	NF No. 5	PAP Y	240	-	798	9.600.00	-	26.340.00
9/6	R-10	GAB SEC	-	48	750	-	1.584.48	24.755.52

Observación: en la segunda entrada el costo unitario de la adquisición fue de 40,00.

## La función de gestión de existencias

### ¿Cuánto comprar?

La Figura 7 ilustra por lo menos tres grandes métodos para prever la necesidad de materiales. La mayoría de estos se pueden encaminar también hacia la posibilidad de preguntar a los especialistas (usuarios) cuál es la previsión de consumo que ellos estiman necesaria (particularmente para los servicios que van a comenzar su funcionamiento).

□ El primer método propuesto parte de las necesidades de atención a la población y tiene como limitación importante, comprometerse en estudios epidemiológicos y propuestas de consenso sobre el tratamiento a ser realizado. La combinación de estas dos dificultades torna difícil la aplicación de este método a pesar de sus cualidades evidentes.

□ El segundo método no trabaja con las necesidades, pero sí con la población asistida por los servicios de salud. Presenta también los inconvenientes del método anterior.

□ El tercer método se basa en los consumos anteriores, que es sin duda el más barato y simple de utilizar. Exige solamente un sistema de inventario adecuado (registro de disponibilidades y movimientos de existencias, como lo propuesto en la Figura 6). Se inicia a partir del registro de los movimientos ocurridos en los meses anteriores para estimar las futuras necesidades. Es importante anotar que los meses que tuvieron cero o insuficientes existencias, deberán ser sustituidos en las diferentes metodologías propuestas para no alterar el pronóstico.

Los compendios de administración de materiales proponen varias fórmulas matemáticas para calcular la cantidad necesaria, pero en este trabajo se propone un método que es

bastante sensible y adecuado para las necesidades del sector salud (que esté asociado a las otras técnicas propuestas más adelante, como por ejemplo "las existencias de reserva" y el "análisis ABC de valor").

El método en cuestión es el de la "media aritmética móvil, comúnmente usado a partir de períodos de seis meses. Así, para el consumo del séptimo mes, se saca el promedio de los consumos del primero al sexto mes; para el consumo del octavo mes se saca el promedio del consumo del segundo al séptimo mes y así sucesivamente, moviéndose la media a medida que transcurre el tiempo.

El valor de la media, como pronóstico del futuro, en el caso del sector salud, se desprende del patrón de consumo del sector. Una unidad de salud, cuando no hay epidemias, tiene un patrón de consumo constante puesto que su demanda (número de consul-

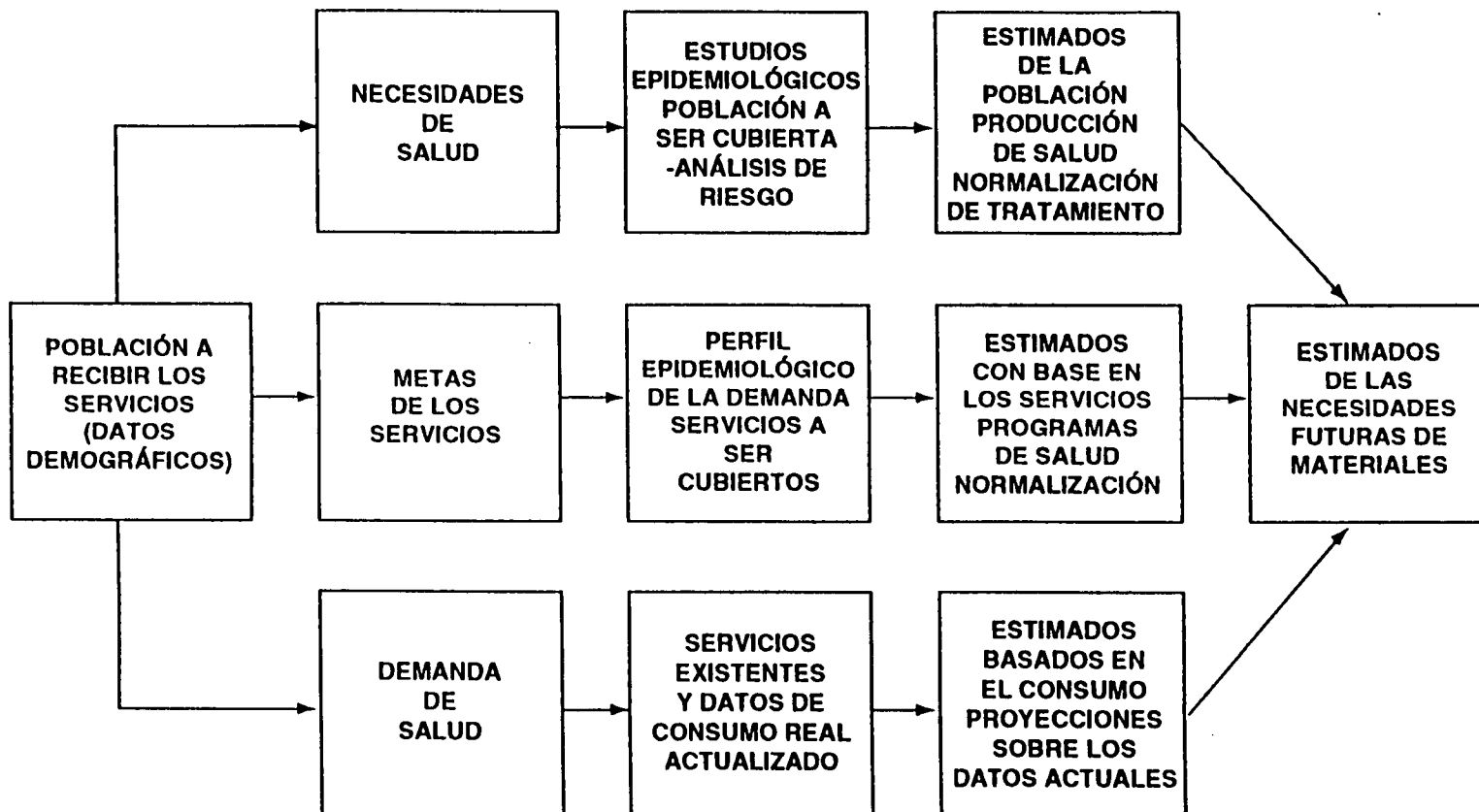
tas, de vacunaciones, de hospitalizaciones, etc.) está físicamente determinada.

Por supuesto, existen variaciones en el tiempo de consumo de determinados artículos que se originan por la variedad de ocurrencia de las enfermedades estacionales (por ejemplo: enfermedades diarreicas en el verano y respiratorias en el invierno). Sin embargo, como se trata de trabajar con períodos de seis meses, esta variación no llega a disminuir el valor del uso de la media aritmética móvil.

En la práctica, las grandes variaciones de consumo de un determinado artículo son regularmente causadas por su falta, lo que provoca el aumento de otros artículos similares. Es el caso del consumo de jeringuillas de 20 ml cuando faltan jeringuillas de 10 ml., etc.



Figura 7. Métodos para estimar las necesidades de materiales



Así, como propuesta básica, en el momento de decidir cuánto comprar se debería utilizar como estimativa de las futuras necesidades, la media aritmética móvil del consumo verificado en los últimos seis meses. (Ver apéndice al final de este capítulo).

### ¿Cuándo comprar?

Existen por lo menos dos técnicas para promover la renovación de existencias, pero la idea básica es que la compra debe ser solicitada cuando se alcanza un nivel de existencias donde la cantidad residual es suficiente para que resista el período que va de la solicitud hasta la llegada del material. Este período es llamado "plazo de abastecimiento" (PA) y el momento de pedir es llamado "nivel de reemplazo" (NR). La cantidad a ser pedida es la mínima requerida para que dure hasta un nuevo plazo de abastecimiento y es calculada a partir de las medias ya mencionadas.

Como las condiciones de operacionalización de los sistemas son variables, en el período de renovación pueden ocurrir algunas fallas, como por ejemplo aumento del consumo y/o atraso en el plazo de entrega. Para que no haya interrupción del abastecimiento y evitar pequeñas compras, se agrega el concepto de "existencias de reserva" (ER), que es una cantidad de material que el sistema tiene para enfrentar esos casos inesperados.

El cálculo de ER puede ser realizado también de muchas formas, pero aquí solo se trabajará con dos posibilidades bastante simples.

□ Las ER serán igual a la cantidad que se espera tener como resultado del aumento de la demanda (D) durante el plazo de abastecimiento ( $\beta D \times PA$ ) sumada a la cantidad a

ser consumida durante la expectativa de atraso del proveedor ( $D \times \beta ERP$ ). Así:

$$ER = (\beta D \times PA) + (D \times \beta ERP)$$

$\beta D$  = Variación de la demanda (por ejemplo, calculada a partir del punto máximo de consumo observado en el período que se utiliza para realizar la media de consumo).

PA = Plazo de abastecimiento

D = Demanda media esperada (calculada a partir de la media aritmética móvil).

$\beta ERP$  = Variación en la expectativa de atraso del proveedor (para un plazo de entrega comercial alrededor de cuatro semanas, se puede por ejemplo calcular un atraso de dos semanas). Aun con relación a esta variación es importante no olvidar que en las organizaciones públicas, este plazo puede ser mayormente prolongado debido a los trámites burocráticos internos, muchas veces exigidos por ley. Así, además del plazo de entrega del proveedor, dentro del plazo de abastecimiento debe ser considerado también el plazo para el trámite interno del pedido.

□ Otro método más empírico, pero no menos utilizado es el que proponen las siguientes existencias de reserva para los siguientes plazos de abastecimiento:

<u>PA de</u>	<u>ER de</u>
1 mes	2 semanas
2 meses	4 semanas
3 meses	5 semanas
4 meses	6 semanas
5 meses	8 semanas
8 meses	9 semanas
12 meses	12 semanas

Anotadas estas nociones iniciales se puede pasar a la presentación de los dos métodos más simples de renovación de existencias:

□ Modelo de existencias mínimas (o del inventario perpetuo). Este modelo establece como nivel de reposición, las cantidades del plazo de abastecimiento más las de las existencias de reserva. Es decir, estas dos cantidades son el nivel mínimo y siempre que las existencias lleguen a ese nivel debe desencadenarse una compra. Este sistema se llama también "de inventario continuo".

La Figura 8 ilustra ese modelo, donde la cantidad a ser comprada es:

$$C = ER + (PA \times D)$$

C = Cantidad a ser comprada

PA = Plazo de abastecimiento

D = Demanda media

ER = Existencias de reserva

Dependiendo de la política de la empresa, a la cantidad (C) se le incrementa un monto para que dure un determinado período de trabajo.

Otra metodología que es la del "lote económico de compra" (se compra al alcanzar el NR, una cantidad estimada en

base a una serie de variables, como por ejemplo: costo de pedido, costo de la posesión, costo financiero de mantenimiento de existencias, etc. (Ver apéndice al final de este capítulo).

□ Modelo de aprovisionamiento máximo (o de renovación periódica). Este modelo establece como punto de reemplazo, no la cantidad, pero sí la fecha de revisión (por ejemplo dos meses). Así, dentro de cada período se analiza la situación de las existencias y se realiza una compra (Figura 9).

La cantidad a ser comprada es:

$$C = E \text{ max} - ED, \text{ donde:}$$

C = cantidad a ser comprada

E max = existencias máximas

ED = existencias disponibles (en este caso deben ser considerados también los pedidos realizados y pendientes de entrega).

$$E \text{ max} = ER + (D \times PR) + (D \times PA), \text{ donde:}$$

E max = existencias máximas

ER = existencias de reserva (calculadas de la forma propuesta)

D = Demanda media (media aritmética móvil)

PR = Plazo de renovación (período arbitrariamente estimado para revisar la existencia de un artículo).

PA = Plazo de abastecimiento (tiempo de demora entre el pedido y la entrega del artículo).

### Comparación de los dos métodos

Para consumos frecuentes, cualquiera de los dos métodos tiene un comportamiento idéntico; pero en la práctica las situaciones son muy diferentes. Así, el modelo de existencias mínimas (EMi) ofrece niveles medios más bajos con un flujo de compras desorde-

Figura 8. Modelo de existencias mínimas

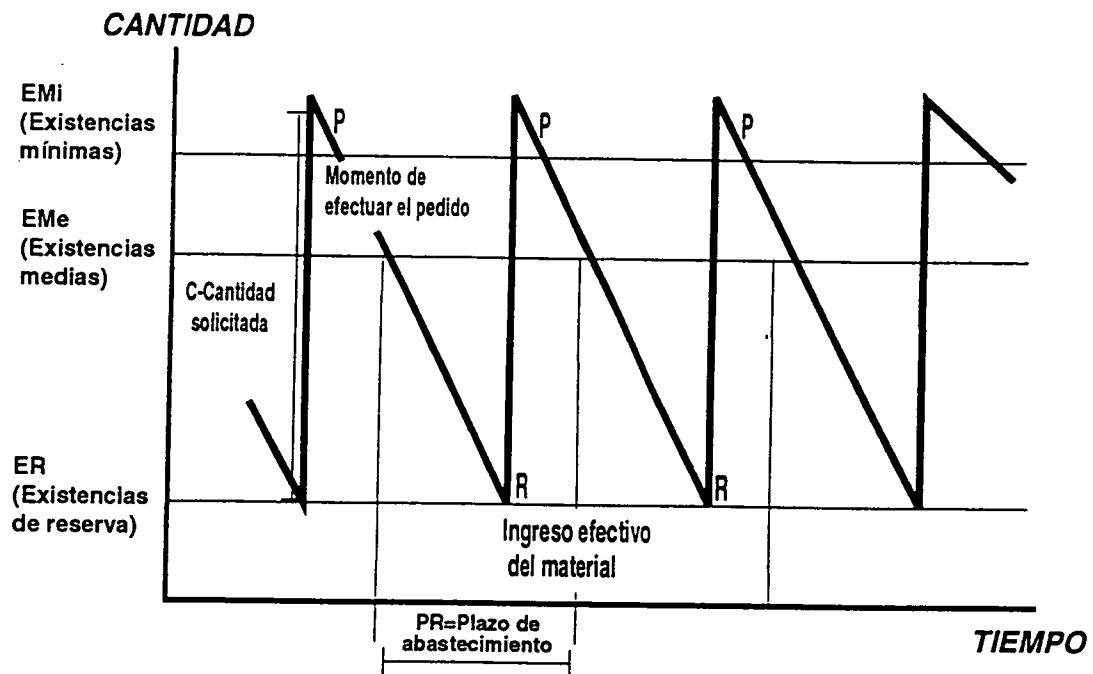
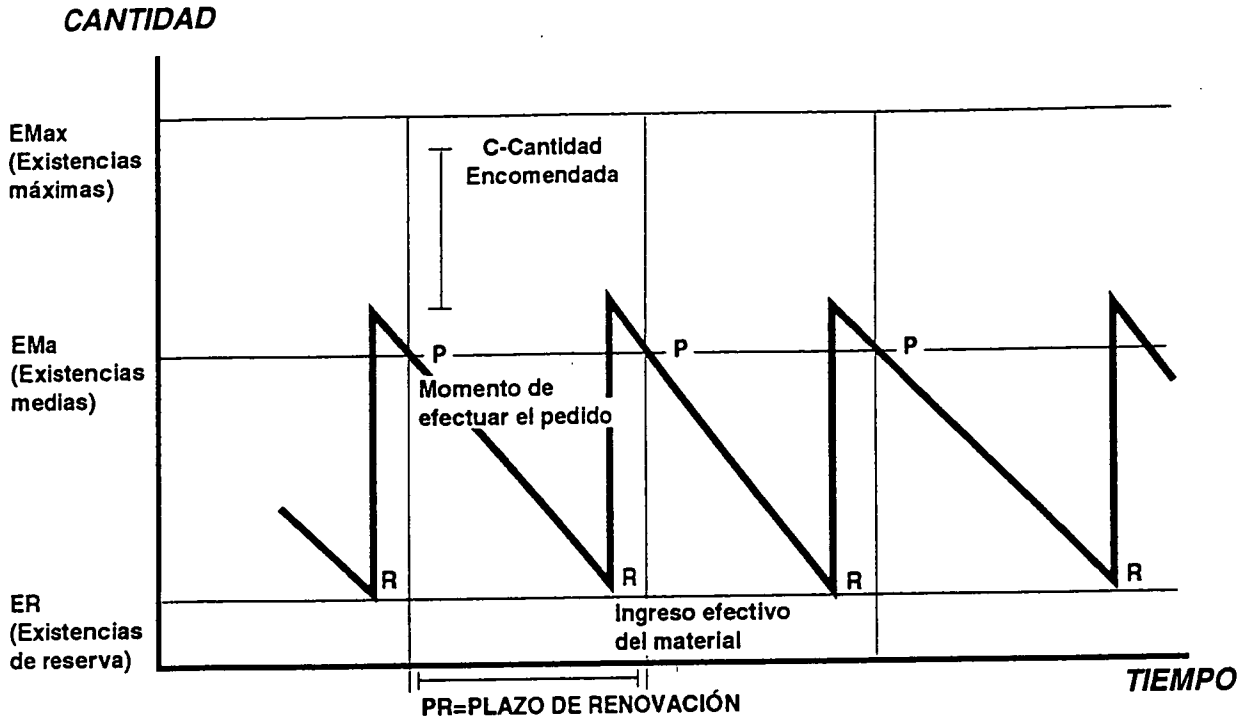


Figura 9. Modelo de renovación periódica



nado. En cambio el modelo de existencias máximas (EMax) favorece una mejor distribución de las compras a lo largo del tiempo, permitiendo además agrupar artículos semejantes dentro de un mismo trámite de compra, a pesar de ostentar un nivel medio de existencias más elevado.

Como se verá más adelante, uno y otro sistemas pueden ser utilizados simultáneamente, dependiendo de la política que se adopte para el almacenamiento.

Finalmente, es importante observar que además del punto de reposición del EMax y del nivel de reposición del EMi, los sistemas de control de almacenamiento deben estar preparados para emitir informes de emergencia cuando se alcanza el nivel de las existencias de reserva a fin de generar un análisis específico en ese momento y desencadenar la acción más adecuada, para evitar la eminente ruptura de existencias (presión sobre el proveedor atrasado, compras en forma urgente, o en el límite, suspensión y/o limitación de las actividades dependientes del rubro en cuestión).

Por lo tanto, es posible saber de manera muy simple, además de "cuánto", "cuándo" comprar. Así se sabrá como comprar mejor.

### **Indicadores de gestión**

- Porcentaje de funcionarios de compras y suministros: a lo máximo 2% del número total del hospital.
- Número de compras/comprador: alrededor de 200 compras/comprador/mes.
- Costo para efectuar un pedido de compra: el costo del sector de compras dividido entre el número de adquisiciones realizadas en el período, que no debe ser mayor de US\$10,00.

- Nivel de servicio: relación entre el total de artículos atendidos divididos entre el total de artículos solicitados multiplicados por 100. Esta relación tiene que situarse lo más cerca posible de 100.

- Tiempo medio de abastecimiento: es el tiempo transcurrido entre la solicitud y la entrega del material. Es muy importante monitorear este tiempo a través de muestras.

- Giro de existencias (o rotatividad): indica cuántas veces las existencias rotan en un período. Su fórmula es:

$$\text{Giro} = \frac{\text{Consumo en el período (en unidades)}}{\text{Existencias medias en el período (en unidades)}}$$

(Las existencias medias deben ser la media de las existencias diarias del período, pero en la práctica se utiliza el último día del período).

El giro también puede ser calculado en términos monetarios (para artículos agrupados). Como ejemplo se puede anotar:

Si las existencias medias de un hospital que consume 20 cajas de ampicilina en un mes es de 40 cajas, el giro será de 0,5, es decir, las existencias girarán media vez. Asimismo, el giro también puede ser utilizado como antigiro, el cual indicará el número de meses que se mantienen las existencias (en este caso dos meses).

Por lo tanto, giros elevados llevan a muchas compras, las rotaciones bajas traen como consecuencia niveles de existencias elevados y mucho dinero inmovilizado.

### **Análisis ABC de valor**

Se puede partir de la premisa que todos los artículos en existencia son importantes para

los servicios de salud; pero es innegable que los artículos, desde el punto de vista de los costos, son diferentes. Así, se observa que, una pequeña cantidad de artículos representa una gran cantidad del total de los recursos económicos utilizados en el área de administración de materiales. En términos porcentuales, en el volumen ya citado:

- el 5% de los artículos en existencia representan el 80% del valor total;
- el 15% de los artículos en existencia representan el 15% del valor total;
- el 80% de los artículos en existencia representan el 5% del valor total.

Así, los artículos que representan una cantidad mayor de valor (no necesariamente los de mayor costo unitario) son los artículos A y los siguientes B y C respectivamente. Los diferentes tipos de servicios de salud sin duda presentarán diferentes tipos de relaciones porcentuales. De esa forma no se puede esperar que un determinado análisis ABC de valor represente los porcentajes anteriormente expuestos, pero sí valores próximos (que por lo menos reflejen el tipo de concentración propuesta). La construcción del análisis

es relativamente simple, como se puede observar en la Figura 10.

La idea general sobre el uso del análisis ABC de valor es encontrar un criterio (valor) para administrar de manera diferente artículos diferentes. Así la propuesta general para su uso puede ser definida de la siguiente forma:

Con relación a los productos A:

- reducir el plazo de abastecimiento (existencias menores);
- reducir las existencias en reserva;
- utilizar la revisión continua para reponer existencias;
- controlar estrictamente su uso;
- seleccionar los mejores proveedores;
- negociar precios de forma más enérgica.

En resumen, se trata de disminuir el nivel de inversión en estos artículos, lo que trae como consecuencias una caída de la reserva y un mayor número de compras (pero debe ser aplicado un mayor esfuerzo administrativo y un control continuo en estos artículos para evitar desequilibrio de existencias).

**Figura 10.** El flujo de los pasos a ser seguidos para la realización del análisis ABC de valor.

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>I.</b></p> <p><b>II.</b></p> <p><b>III.</b></p> <p><b>IV.</b></p> <p><b>V.</b></p> <p><b>VI.</b></p> <p><b>VII.</b></p> | <p>Calcular el valor global de consumo para cada artículo en el período de análisis (resultado de la multiplicación del valor unitario por el valor total de unidades consumidas en el período).</p> <p>Ordenar el valor total de consumo para cada artículo de manera decreciente.</p> <p>Realizar la sumatoria de los valores totales de consumo para cada artículo acumulativamente hasta llegar al valor total consumido (<math>1+2</math> , <math>1+2+3</math> , <math>\dots 1+2+3+\dots+n</math>).</p> <p>Calcular el valor porcentual para cada artículo en relación al total consumido.</p> <p>Acumular los valores porcentuales de cada artículo .</p> <p>Definir las clases ABC .</p> <p>Definir la política de existencias.</p> |
|---|--|

Con relación a los productos C:

- dejar plazos de abastecimiento mayores;
- aumentar existencias de reserva;
- utilizar sistemas de revisión periódica para reponer existencias;
- adoptar controles más flexibles (con poca exigencia de participación de recursos calificados);
- adoptar compras más simples.

En resumen, se trata de aumentar la seguridad de existencias C. La inversión es realizada a partir de la reubicación de los recursos utilizados por los productos A.

Lo que se deberá obtener es, sin perjudicar el nivel de servicio de los productos A, un mejor nivel de servicio de los productos C. Así, con una pequeña inversión administrativa se obtiene un gran retorno en términos de eficacia y eficiencia del sistema.

Con relación a los productos B, el tratamiento dado es intermediario a aquel propuesto entre los productos A y C.

Aunque se encuentra en muchos manuales, es importante anotar una propuesta para caracterizar los productos también con relación a su importancia en el proceso productivo. Por ejemplo, este tipo de análisis es el llamado de X, Y, Z o VEN (Vital, Esencial, No esencial).

Sin embargo, de forma diferente al análisis del valor monetario, el análisis X,Y,Z, necesita de la fijación de un conjunto de criterios, por ejemplo: ¿Qué es más importante, papel higiénico o ampicilina? ¿Por qué? ¿Con qué criterios? Sin duda este tipo de análisis puede ser utilizado simultáneamente al uso del análisis ABC; pero es de difícil operacionalización.

## Las salidas del subsistema de control

- Clasificación ABC de valor.
- Clasificación X,Y,Z, de importancia (utilizado particularmente por el subsistema de almacenamiento y especificación de materiales).
- Las órdenes de pedido.
- Movimiento de existencias valoradas.
- Indicadores de gestión.
- Relación de los materiales no utilizados en un determinado período.
- Informe de existencias.

## Apéndice

La decisión de *cuándo comprar*, como ya fue visto, depende del modelo de renovación de existencias adoptado, así en resumen:

- Se compra al alcanzar las existencias mínimas.
- Se compra al llegar al período predeterminado para revisar las existencias.
- En un sistema mixto, se compra al alcanzar el período predeterminado para revisar las existencias, asociado al concepto de existencias mínimas. Así, se comprará cuando se llega a este nivel, o al período de renovación normal.

Aún en relación a cuándo comprar, es importante realzar, que estas compras son las que se pueden llamar compras de procedimiento normal. Además, este sistema debe ser dotado de alarmas para revisión de



la situación de un ítem cuando este entra a las existencias de reserva. En ese momento se debe analizar la situación de los pedidos en curso y si fuere necesario, iniciar una compra con carácter de urgencia.

Con relación a *cuánto comprar*:

□ En el modelo de existencias mínimas, la recomendación es que se compre por lo menos la cantidad mínima (o sea, existencias del plazo de abastecimiento sumadas a las de reserva). Esta recomendación tiene la función de simplificar el proceso de decisión sobre la cantidad a ser comprada, en particular para instituciones públicas, que debido a los trámites de licitación tienen plazos de abastecimiento bastante dilatados (entre 30 y 45 días).

### Lote económico de compra

La mejor manera de determinar cuánto comprar es utilizando la fórmula del "lote económico de compra" (LEC), que busca minimizar los costos de obtener y mantener las existencias.

Así, cuando se alcanza el nivel mínimo de existencias se compra el LEC, que puede ser obtenido por medio de la siguiente ecuación (para mayores detalles sobre el LEC, consulte la bibliografía consultada y siempre recuerde que los registros de las existencias en almacén y la aritmética móvil, continúan siendo información básica):

$$\text{LEC} = \frac{2 \cdot C_1 \cdot \beta}{C_2 \cdot I}$$

LEC	= Lote económico de compra
$C_1$	= Costo de obtener las existencias, costo de efectuar una compra, o sea, el costo del personal que participa del proceso de compras, costo de publicidad, etc.
$\beta$	= Demanda media anual prevista en unidades
$C_2$	= Costo unitario final del ítem
$I$	= Tasa que representa el costo de mantener las existencias, que incluye seguros, tasa de intereses sobre el material inmovilizado, etc.

Por ejemplo, si el costo de obtener de un ítem ( $C_1$ ) es de US\$6,00, la demanda media anual prevista ( $\beta$ ) es de 800 unidades, el costo unitario final del ítem ( $C_2$ ) es US\$10,00 y el costo de mantenimiento es de 30%, el LEC será:

$$\sqrt{\frac{2 \times 6 \times 800}{10 \times 0.30}}$$

= 57 unidades por compra

En el modelo de renovación periódica también se pueden calcular intervalos económicos de pedido, pero lo más simple es adoptar los criterios propuestos en torno del concepto de existencias máximas.

# El subsistema de compras

Como se mencionó antes, este subsistema abarca las funciones de adquisición y venta. Por los motivos ya expuestos en la introducción este texto no tratará de la función de venta. Así, la función de adquisición trata de las compras. Comprar es procurar atender las necesidades de materiales dentro de las calificaciones y plazos exigidos por el proceso productivo, seleccionando proveedores capaces y que ofrezcan a la organización los mejores precios y condiciones de pago posibles dentro de los plazos y especificaciones exigidas.

Sin embargo, todas estas condiciones deben ser contempladas y comparadas dentro del procedimiento de compra, que al mismo tiempo, por comprometer el uso de recursos financieros de la organización deben ser también adecuadamente controlados por la administración superior de la institución. Este control debe, sin embargo, ser realizado sin aumentar el plazo de abastecimiento, es decir sin mucha burocracia.

En el sector privado son variadas las formas utilizadas para alcanzar los objetivos arriba señalados, mientras que en la administración pública estas formas, debido a la necesidad de ser publicadas, son estandarizadas a través de un concepto y principios que en conjunto se llaman "de licitación". Muchos países poseen leyes específicas sobre el asunto.

La licitación ya era practicada en el Renacimiento Italiano, donde los proveedores previamente constituidos a partir de la divulgación de los edictos se reunían con el representante de la administración pública y alrededor de una vela encendida hacían sus propuestas. Al apagarse la vela (que no podía ser soplada) recibía el derecho de

proveer para el Estado, aquel que hiciera la mejor oferta. A este procedimiento se le llamó de "pregón y vela".

El concepto de licitación es entonces un procedimiento formal que la administración pública utiliza para escoger la mejor propuesta según su conveniencia. Al mismo tiempo relaciona esta selección con lo que fue previamente publicado como de interés de la administración, garantizando aún más a los interesados la participación en igualdad de condiciones y limitando la capacidad de arbitrio del procurador o agente de la administración en la realización de la selección.

## Principios de la licitación

□ *Procedimiento formal.* Se refiere a las fases y pasos (acciones), con que la administración direcciona una licitación. Aquí se debe tener mucho cuidado debido a que se puede provocar actos burocráticos innecesarios. Por ejemplo, dentro de la administración pública, un mismo trámite de compras puede pasar hasta cinco veces por manos de la máxima autoridad de la organización (autorizar apertura de la licitación, reservar recursos, confirmar la decisión de compras, autorizar el endeudamiento y autorizar el pago).

Cada vez, que el trámite es sometido a la decisión superior se demora tres días (uno para ir, otro para firmar, y otro para volver). Mucha burocracia solo da la impresión de control y lo que se tiene en realidad es mucho dinero en juego. Por lo

tanto, lo fundamental es desburocratizar estos trámites y delegar muchas de estas

firmas, que de esa forma tal vez pasen a transformarse en decisiones.

- *Publicidad de los actos.* Las licitaciones deben ser publicadas de tal forma, que permitan a los proveedores conocerlas.
- *Igualdad entre los licitantes.* Ni el estado puede ofrecer condiciones especiales a un proveedor, ni el proveedor se puede colocar en una situación de privilegio para evitar prácticas tipo "dumping".
- *Reserva en la presentación de las propuestas.* Los proveedores no pueden (y la administración tampoco) conocer previamente el contenido de las otras propuestas, puesto que provocaría una condición de desigualdad.
- *Vinculación al edicto.* No se puede en el momento de la decisión optar por lo que no fue solicitado, aunque eso pueda representar una ventaja, puesto que provoca una situación preferencial para un proveedor en relación a los demás. En el momento de la publicación, la propuesta deberá ser muy cuidadosa en sus especificaciones, en particular aquellas que se direccionan hacia el objetivo de la licitación. (En el caso de materiales, esto es lo que fue referido como "especificación" en el capítulo sobre normatización. Así, una especificación mal hecha provocará una confusión al momento de la compra).
- *Juicio objetivo.* Decidir, dentro de lo posible, en base a criterios verificables, tomando en cuenta siempre la calidad, el precio, el rendimiento, los plazos de entrega, forma de pago, etc. En esta etapa hay mucha confusión: se habla de comprar al menor precio. En realidad el concepto es comprar a menor precio, el producto que

reúna las condiciones estipuladas. Otro punto importante es que, dada la gama de productos que son utilizados en el sector salud, la decisión no puede ser tomada solo por los compradores. Así, se impone la participación del usuario en la decisión final. (Opinión técnica).

- *Adjudicación compulsiva al ganador.* Es obvio que para que todo lo dicho hasta aquí tenga sentido, al ganador le será ofrecida la provisión, o en otras palabras, no se puede comprar de quien no ganó, aunque aquel procedimiento licitatorio sea eficaz (tenga validez).

## El trámite de las compras

La Figura 11 presenta las principales entradas de este subsistema.

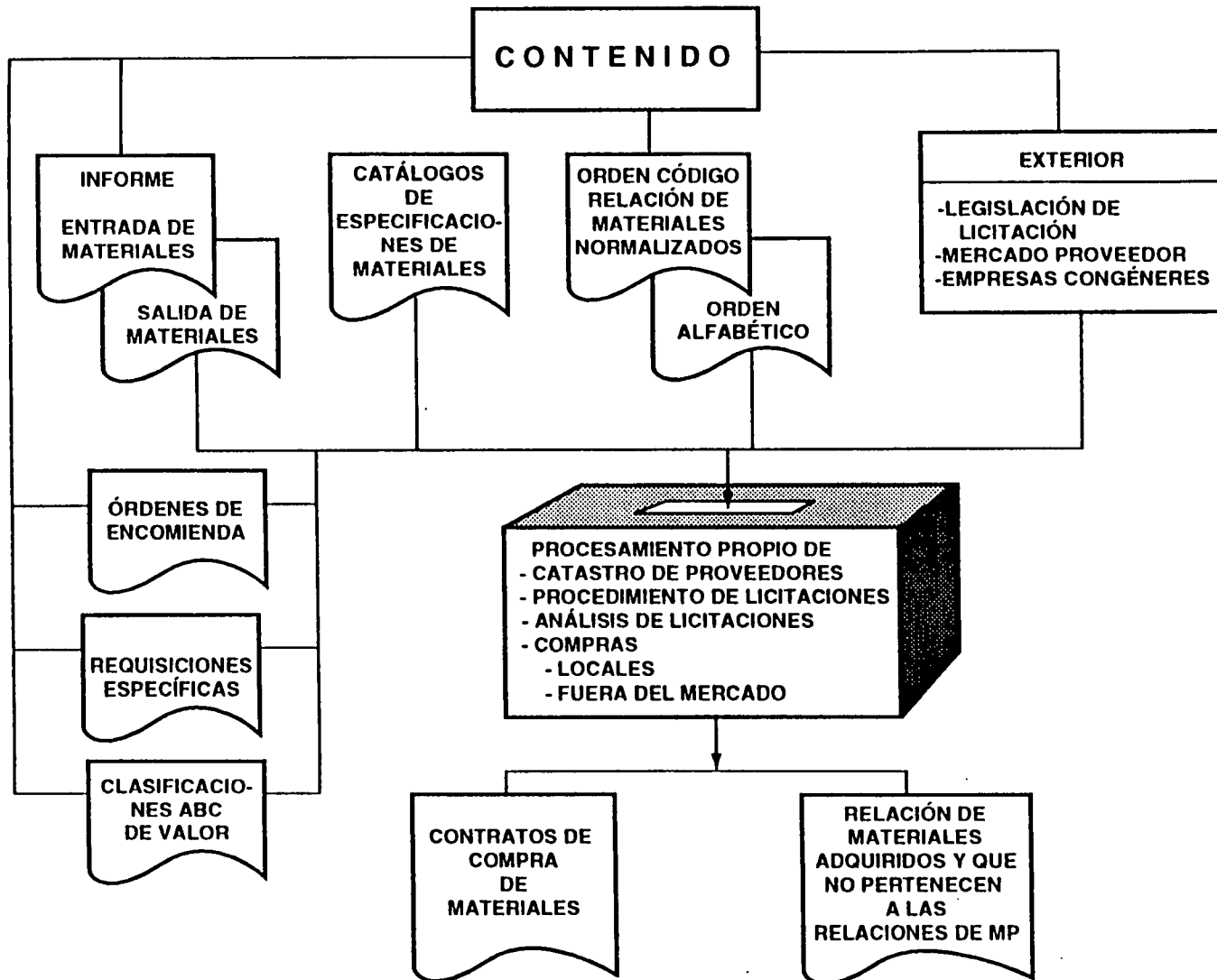
- *Legislación.* Como ya fue dicho, muchos países tienen leyes específicas para este asunto, normalmente a nivel nacional, pero también pueden tener una ley propia de los estados, así como de los municipios, que sin embargo generalmente son complementares a las leyes nacionales. Asimismo, las organizaciones pueden publicar reglas internas simples que no vayan en contra de las disposiciones legales.
- *Mercado proveedor.* Más adelante se dedicará un artículo específico con relación a este tema.
- *Empresas semejantes.* Esta es una salida frecuentemente olvidada en el sector salud. ¿Cómo están comprando los otros sistemas de salud o los otros hospitales? ¿De quién? ¿Por cuánto? y ¿En qué condiciones? Es importante que los compradores intercambien sus experiencias y aprendan de ellas, particularmente en la administración pública, donde la regla es el aislamiento con terribles consecuencias para la eficiencia del proceso.

- Clasificación alsc de valor - para una mejor búsqueda del proveedor.
- Ordenes de encomienda y requisición específicas.
- Informe de entrada y salida de materiales: insumo de control para verificar la eficacia del sector.

- Catálogos de especificaciones.

Del trámite de las compras, el cual es realizado por la propia unidad (aún en las pequeñas organizaciones existe un sector de compras) se tienen las salidas del subsistema que son los contratos de aprovisionamiento y las relaciones de materiales no estandarizados que serán las entradas del subsistema de normalización.

Figura 11. Subsistema de Adquisición



## Métodos para realizar las compras

Para que el sector de compras realice sus funciones de forma efectiva, es necesario que se escoja el método más apropiado para la adquisición de cada artículo.

Cuando se trata de un organismo público, los criterios de selección del método estarán previamente establecidos por ley, pudiendo estos variar de un país a otro. De modo general, pueden ser utilizados los siguientes métodos:

- *Licitación abierta.* Son aceptadas las ofertas de todos los proveedores interesados que reúnan los requisitos establecidos en la convocatoria. Esta es la forma más compleja de licitación y que exige un mayor plazo de divulgación, un análisis cuidadoso de los proveedores y de las propuestas presentadas, por lo tanto más trabajo para la unidad de compras. Generalmente es utilizada para adquisiciones importantes y de gran valor.
- *Licitación cerrada.* En este caso se aceptan propuestas de los proveedores invitados, quienes son registrados en el catastro de proveedores de la organización. El tiempo de divulgación es menor, tanto como la fase de adquisición, que es más simple porque los proveedores son conocidos.
- *Adquisición sin licitación.* Puede ocurrir que no exista la posibilidad de realizar la licitación, por ejemplo cuando se trata de un proveedor único y de un artículo determinado, o por tratarse de una condición de emergencia y la compra no puede esperar a que se desarrolle el trámite de licitación. En estos casos, el procedimiento es rápido, más simple, pero en la mayoría de los casos implica compras con precios menos ventajosos. Otras condiciones previstas para la

adquisición sin licitación son generalmente las compras de pequeño valor.

La compra de materiales importados puede ser realizada directamente por la unidad (con precios muy ventajosos), pero como el procedimiento de importación generalmente es muy complejo, se puede contratar los servicios de una oficina de importaciones o comprar a importadores existentes en el mismo lugar aunque los precios sean sustancialmente más altos.

Finalmente, es importante recordar que el comprador, que normalmente está presionado por una serie de controles, muchas veces se ve delante de normas inapropiadas. En estos casos es necesario buscar el diálogo con el organismo normatizador. Cuando se trata de leyes esto es más difícil. Con certeza otras organizaciones estarán sintiendo las mismas limitaciones, y entonces sería bueno intentar acciones conjuntas. Si ninguna acción fuera efectiva, el comprador es obligado a buscar formas adecuadas para cumplir mejor sus objetivos con espíritu innovador. Por lo tanto, no se tratará de desobediencia sino de crear prácticas administrativas nuevas y más adecuadas.

## El edicto

Es uno de los instrumentos más importantes de la licitación, pues es aquel que sirve para que la administración divulgue la existencia y las condiciones para licitar. El edicto está estructurado por una parte introductoria que identifica el órgano, un texto, que explica fundamentalmente el objeto, la especificación, como se ha descrito y otros parámetros como: estipulaciones para participar en la licitación; plazos y condiciones de recibimiento del objeto, el pago, puntos referentes a garantías, criterios de selección, recursos admisibles y otras indicaciones que fuesen

necesarias y un final donde aparece la fecha y la firma de la autoridad responsable.

Al edicto comúnmente se le llama "Ley interna de licitación", de allí su importancia. Cuando el edicto es publicado, podrán existir recursos en contra de sus estipulaciones, los cuales serán juzgados por la autoridad responsable, pudiendo ser rechazado total o parcialmente y hasta ser anulado el edicto (la nulidad de una acción administrativa es siempre fruto de situaciones viciadas).

### El proveedor

Como ya se presentó al inicio de este trabajo, el proveedor tiene sus intereses. Es de suponer que la administración y sus representantes también los tengan. El proveedor no es solamente el poseedor de un bien que se desea, es el dueño de un bien que él quiere vender y con este enfoque se buscará al proveedor.

El proveedor es una organización estructurada para vender. Tiene funcionarios entrenados, regularmente bien pagados, frecuentemente remunerados de acuerdo a la cantidad de ventas. Como se ve, ellos están muy bien preparados.

#### ¿Y la administración?

En este lado encontramos a un funcionario que casi nunca sabe por qué está comprando o qué está comprando. Usa recursos que no son suyos sobre los cuales existe un control meramente formal. Su vida no mejora ni empeora cuando compra, no tiene entrenamiento y puede estar hasta desmotivado. Del conocimiento de estos dos hechos surgen algunas indicaciones de acciones:

□ *Conocer al proveedor.* Se tienen que estructurar sistemas de registro de los pro-

veedores, donde se haya evidenciado que estos:

- tienen capacidad jurídica para responder a sus actos legalmente;
- son idóneos financieramente y tienen la capacidad financiera para hacer frente al servicio que pretenden prestar;
- están capacitados técnicamente, con maquinaria, instalaciones y conocimientos adecuados;
- en el caso del abastecimiento para la administración pública, que no deban impuestos.

Sin embargo, es importante anotar que estos registros no valdrían de nada si no fueran utilizados. A estos registros se debe, siempre que sea necesario, adicionar elementos originales de la observación del comportamiento del proveedor en el mercado, visitar sus instalaciones y su disponibilidad en relación a la organización:

- precios practicados;
- cumplimiento de plazos;
- disposición para atender situaciones de emergencia;
- calidad de los productos, etc.

Estas consideraciones deben constituir registros sistemáticos que inclusive propicien un sistema de evaluación por puntos.

□ *Considerar al proveedor.* Si el proveedor es bien seleccionado, debe ser bien tratado. Si la organización no cumple con sus obligaciones no puede esperar tener un buen proveedor. Estar al día en los pagos es importante.

□ *Sanciones.* ¿Cómo se sanciona a un mal proveedor? Primero, es importante destacar que las multas son instrumentos punitivos

para utilizar en procedimientos previamente aceptados. Así, frente a un retraso del abastecimiento, hay una multa, pero esto no libera a la administración de un mal proveedor y no es el objetivo de la multa. A un mal proveedor solo se le puede tratar de la siguiente manera: impedirle vender o no comprarle más. No hay otra alternativa y esto es siempre posible tanto en la administración pública como en la privada.

□ *Considerar al comprador.* A partir de la constatación de que el comprador fue seleccionado adecuadamente, el paso siguiente es crear un sistema de relaciones donde el comprador sienta que tiene la confianza de su supervisor dentro de límites y controles determinados. Esto es lo que más valoriza el individuo en la organización, saberse responsable por algo.

• *Controles.* Los controles nunca son suficientes para impedir la corrupción, solamente delimitan espacios. No hay muchas alternativas: el comprador es el representante de la organización y tiene que tener su confianza para poder ser leal. (Más adelante se dice algo más sobre los controles).

Es importante destacar, que el comprador no siempre es una sola persona, primero porque es deseable que el usuario participe decisivamente del trámite, y segundo porque los trámites de pago no siempre son accesibles al comprador. Por lo tanto, se trata de un proceso detallado y complejo dentro de cualquier organización.

## **Corrupción versus negociación**

Negociar significa establecer una relación entre dos partes con intereses convergentes: uno quiere comprar y otro quiere vender, ambas partes buscando ventajas. No se

trata, por lo tanto, de perjudicar a nadie; cuando mucho se negocia para establecer una pérdida común, pero lo mejor es buscar una relación ganar-ganar.

El propio trámite de compra debe tomar en cuenta que vender a precios exagerados daña al cliente, de la misma manera que comprar por precios irrisorios dentro de una situación de mercado competitivo daña al proveedor. Así, se puede decir que negociar es algo inherente al proceso de compra.

La cuestión es saber con quién queda el producto de la negociación. Una parte queda con el vendedor, es obvio, y ¿la otra?. Si el beneficiado es el comprador, a esto se llama corrupción. Si el beneficio redundante en favor de la organización, a esto se llama negociación propiamente dicha.

Es fundamental recordar que el proveedor quiere vender y hará todo lo posible para hacerlo. De este conocimiento viene la fuerza del comprador en el trámite de negociación. Sin embargo, para que no haya corrupción es importante conocer las fases en que la negociación puede ser realizada, cuáles son sus consecuencias y cómo controlarlas:

*Fase I.* En el momento en que alguien decide la cantidad a ser comprada. Los criterios del cuándo y el cuánto deben ser observados y registrados; si no lo son, se estará frente a la negociación o la corrupción. Aquí es importante anotar que el buen proveedor sabe cuándo y cuánto se va a comprar. El tiene un registro de la organización. Como existen los cupos de venta, en determinado momento el proveedor puede tener buenos negocios a proponer. ¡Aún dentro de una licitación! Lo importante como control es recordar que siempre que los criterios para determinar el cuánto y el cuándo no sean cumplidos se estará frente a una negociación.



*Fase II.* Es el momento en que alguien decide de quién comprar o, a veces, qué comprar, cuando se trata de distintos productos pero que producen una acción similar. (Por ejemplo, en el caso de los medicamentos antiasmáticos de última generación). La decisión aquí tiene que tener exclusivamente bases técnicas fuertes, ya que la determinación a menudo no se hace por el precio menor.

*Fase III.* Decidir de quién comprar no es suficiente para comprar. Debido a la realidad económica de las empresas, no siempre hay recursos para comprar lo que se decidió. Así existe la fase del contrato. Siempre que un producto, cuya compra fue decidida posteriormente a otras tuviera contrato autorizado previamente, hubo corrupción o negociación. Aquí, la técnica del primero en entrar es el primero en salir controla de forma adecuada el proceso de negociación. Este también es un hecho común en la administración. Frente al supuesto que no siempre es posible contratar todas las compras, es entonces que se establecen los criterios para alterar el orden del compromiso, y uno de estos criterios es la negociación.

*Fase IV.* Pago. Nuevamente, siempre que hubiera cambios en el orden, "el primer producto recibido es el primero a ser pagado"; se tiene un espacio de negociación. Este hecho es bastante frecuente, como mencionamos anteriormente.

*Fase V.* Recepción. Aquí existen dos posibilidades: se recibe un producto de calidad inferior y/o en cantidades menores (los registros son hechos siempre en la calidad/cantidad que dicen en los documentos). Verdaderamente, en esta fase solo existe espacio para la corrupción: configurándose siempre en un caso policial, que es relativamente común.

El control de la calidad se efectúa, garantizando la participación de los usuarios en el proceso de recepción que solo es posible en algunos casos (debido a la cantidad de participación necesaria), o en el proceso de reclamos de los usuarios que deben tener acceso a la administración superior. Con relación a las alteraciones de la cantidad, se debe realizar auditorías de las existencias, con frecuencia no conocidas y de artículos seleccionados aleatoriamente.

Finalmente, es importante recordar que de la misma forma que ningún comprador es *a priori* corrupto, ningún proveedor tampoco lo es. Así, el mejor remedio para disminuir la corrupción y aumentar la negociación es practicar una administración abierta y democrática donde los dos participantes del proceso tengan garantizado el acceso no solo a las fases del trámite sino también a las instancias de poder de la organización, y a un proceso eficaz de control. Se vuelve a destacar que el procedimiento licitatorio apenas es el rito que motiva y permite el control. No es el control.

## Apéndice

### Opciones alternativas de la compra

Actualmente, sea por la rápida obsolescencia de la tecnología, sea por el uso abajo de la capacidad de los equipos, etc., no siempre la mejor opción es la compra.

Así, el alquiler, la cesión en comodato, el "leasing", la contratación de terceros, etc., pueden ser alternativas ventajosas para la empresa. La decisión no siempre es fácil y necesariamente debe abarcar aspectos técnicos, económicos, financieros y de seguridad.

Seguidamente, se definen los términos citados anteriormente:

□ *Alquiler*. Después de una selección de opciones en el mercado, se elige un equipo que por medio de un contrato será colocado a disposición de la empresa, que pagará por él una cantidad previamente estipulada mensualmente. En esta modalidad, el valor podrá ser fijo o sufrir un cambio después de un determinado tiempo de uso. Dentro del alquiler puede incluirse el mantenimiento. Es común utilizar esta modalidad para obtener máquinas de fotocopias.

□ *Cesión en comodato*. En este caso no se paga alquiler. Una vez escogido el equipo, la empresa pasa a comprar los insumos y el vendedor coloca a disposición el equipo que los consume. Esta modalidad es común en la utilización de equipos de automatización en el área de análisis clínicos. Existen otras modalidades de cesión en comodato que no caben ser analizadas aquí.

□ *"Leasing"*. Es una modalidad de alquiler, en la cual, al final del contrato, se ofrece a la empresa la opción de compra por un valor residual. Es muy utilizada para vehículos y diversos equipos. Normalmente no incluye otros costos de insumos y mantenimiento. Existen muchas modalidades.

□ *Contratación de terceros*. En esta modalidad lo que ocurre es que la empresa elige un tercero para prestar un determinado tipo de servicio a través de un contrato. En el servicio pueden o no estar incluidos: equipos, insumos, mantenimiento o solamente la gerencia. En realidad, lo que es usualmente contratado son servicios intermediarios que no corresponden a la actividad fin de la empresa. Por ejemplo, es común contratar servicios de lavandería.\*

---

\* En el Directorio de hospitales latinoamericano y del Caribe (15,000 instituciones) se observa que la práctica de contratación de servicios de terceros alcanza por el momento

□ Existe otra modalidad de contrato cuya denominación sería "*cuarterización*" y que tiene el siguiente significado: la contratación de una empresa especializada en gerenciar servicios prestados por terceros. Por ejemplo, en un hospital con lavandería, limpieza, cocina y mantenimiento contratados a terceros, se contrata una empresa para controlar a los prestadores de estos servicios.

La gran ventaja en cualquiera de las formas expuestas, está en que la empresa contratante libera recursos (financieros y/o gerenciales) para actividades más nobles o sea, ligadas al área fin y también tiene condiciones de gerenciar mejor la actualización de la tecnología.

La desventaja es la pérdida del control sobre algunas actividades, de ahí la necesidad de cuidadosos análisis juntando los cuatro factores ya mencionados: técnico, económico, financiero y de seguridad.

Aún es necesario hacer una última mención, en particular para las organizaciones públicas o sea, aquellas que para comprar deben licitar. En la mayoría de los países la legislación de compras no contempla ninguna de las modalidades aquí citadas. Esto no debe ser entendido como prohibición.

Es frecuente que legislación sea constituida sobre la práctica, por tanto en ese caso es fundamental que el espíritu emprendedor del gerente prevalezca dentro de los preceptos generales de la ley y procure innovar en la búsqueda de una gestión más eficiente y eficaz.

---

(1995) más de 30% de estos hospitales, con las más variadas formas: contratación de servicios externos de enfermería, especialidades médicas, distintos tipos de servicios de apoyo, diagnósticos, administrativos o terapéuticos.

## El subsistema de almacenamiento

La Figura 12 presenta las entradas y salidas del subsistema de almacenamiento. Básicamente son datos que permiten la identificación adecuada del artículo con vistas a su recepción y almacenamiento. Las salidas son "input" de los subsistemas de control y de normalización.

### Función de control de calidad y recepción

El control de calidad es bastante complejo en lo que se refiere a los artículos consumidos por el sector salud. Dada su variedad, es prácticamente imposible estructurar un sistema de control de calidad. Así, se queda en la dependencia del adecuado funcionamiento de los sistemas de vigilancia sanitaria vigentes en el país.\*

La recepción involucra solo procedimientos de control físico donde los elementos constantes en la boleta de entrega del material por el proveedor son comprobados con aquellos registrados en el compromiso. Eventualmente, aún se puede utilizar para estas comparaciones las muestras previamente recibidas o se puede tener una recepción técnica posterior a la física (en el caso particular de equipamientos). En este último caso se tendrá una recepción provisoria y otra definitiva.

Es importante que en la bodega se disponga de instalaciones adecuadas para realizar la recepción, tales como: plataformas de des-

cargas cubiertas, área para la recepción y control, espacio para el material ya almacenado, balanza, área para el material rechazado, etc.

### Función de almacenamiento y movimiento interno

Hablar de almacenamiento y movimiento interno de materiales es hablar de atributos de los artículos que se mantienen constantemente en existencia. Un buen almacenamiento debe garantizar:

- ausencia de humedad, de calor o frío excesivo;
- protección contra roedores, pájaros, y otros parásitos;
- luz solar directa;
- protección contra incendios;
- buena circulación de aire;
- buena área de recepción;
- buena circulación entre los instrumentos de almacenamiento y ambiente de oficinas de trabajo.

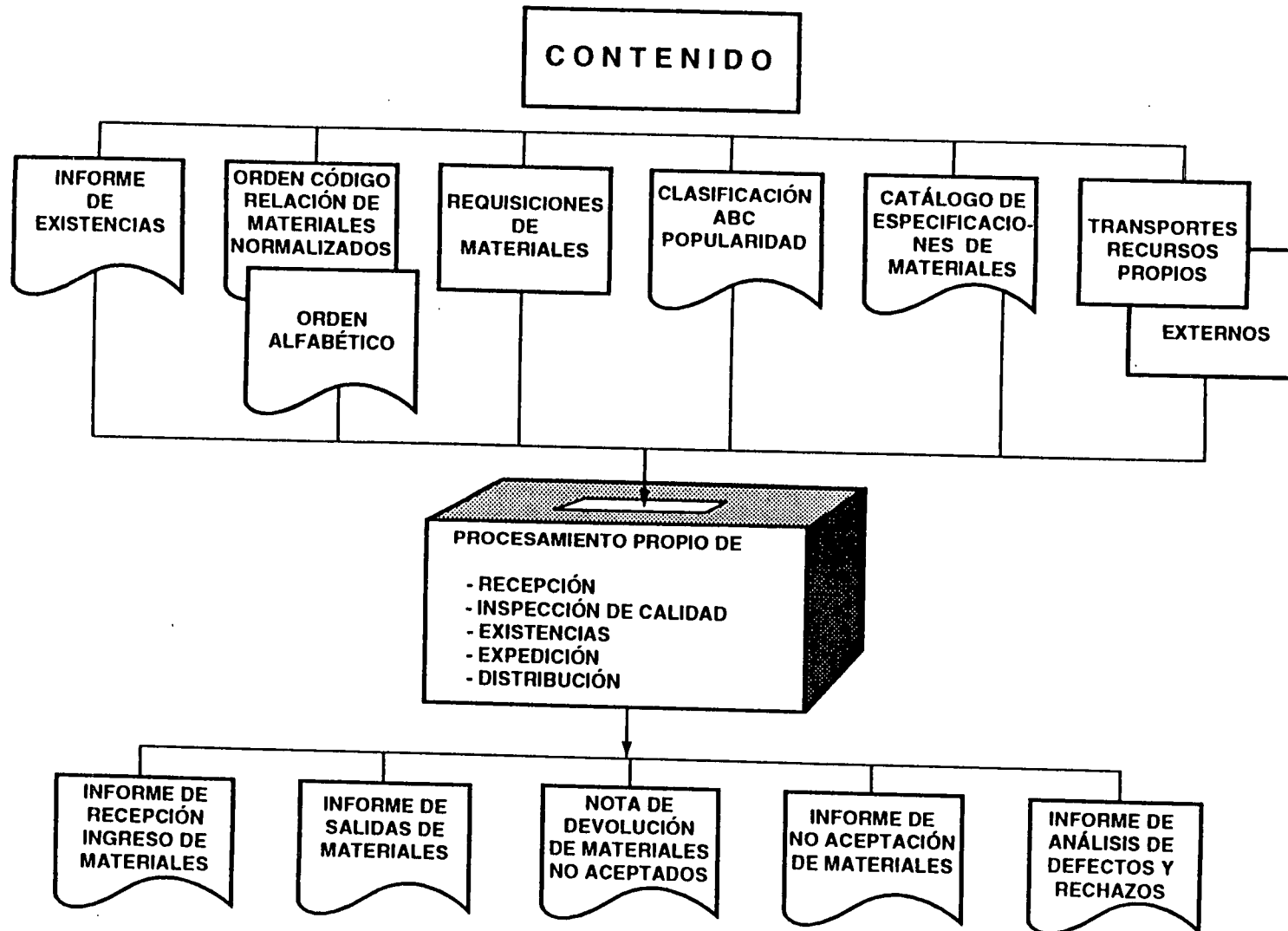
Para planificar una bodega se debe tomar en cuenta:

- Su función en la red de distribución (bodega central, regional o local).
- La cantidad de artículos que se va a almacenar y por qué períodos. Aquí se procurará tener idea de la capacidad física necesaria para organizar el almacenamiento. Esta tarea puede ser realizada identificando los artículos de mayor volumen y estimando las necesidades de los demás o midiendo la cantidad cúbica que una unidad receptora

---

\* Sobre el tema de vigilancia sanitaria véanse los Manuales Nos. 11 y 12 de esta Serie.

Figura 12. Subsistema de almacenamiento



recibe y de ahí pasar a las demás unidades, donde se deduce la necesidad del ambiente físico para la bodega. De cualquier forma, no existe ningún método mágico o muy simple para estimar la necesidad del área física de una bodega.

- Las características de los artículos: ¿A qué temperatura necesitan ser almacenados? ¿Deberá ser el ambiente refrigerado? ¿Deberá el equipo de la bodega tener refrigeradores, neveras, tarimas, estanterías, vitrinas? Productos de combustión necesitan de áreas separadas con ventilación artificial. Por especificación del productor otros productos tienen fecha de expiración. En fin, se tiene que conocer las exigencias de almacenaje de todos los artículos.

Esta información permitirá estructurar la bodega del sector salud que generalmente no es muy compleja. Regularmente utiliza apenas tarimas y estanterías y la movilización se hace manualmente o con equipo simple. Además del congelador, refrigeradores y cajas los elementos de almacenamiento son siempre sencillos.

En general, del total del área de la bodega, se utiliza 40% para almacenamiento, 40% para circulación (calles con un metro de ancho y avenidas de dos metros de ancho) y el 20% restante para recepción y anotación. Las calles son espacios entre un mismo conjunto de estanterías y las avenidas son espacios entre dos conjuntos de estanterías u otros elementos de almacenamiento.

Los criterios de almacenamiento tomarán en cuenta, además de las necesidades específicas para cada artículo, las siguientes características:

- Rotación de artículos de alta demanda. Deberán quedar almacenados, próximos al despacho los materiales de mayor rotación, que ingresan en grandes volúmenes y son

distribuidos en múltiples y pequeñas cantidades.

- Volumen y peso del artículo. Idem al anterior.
- Orden de ingreso/egreso. Es fundamental para almacenar medicamentos que tienen plazo de expiración (el primero en entrar es el primero en salir).\*
- Similitud. Punto ya anotado en la clasificación, que viene a auxiliar al almacenamiento.
- Valor del material. Artículos muy caros (prótesis-ortesis, contrastes radiológicos, etc.) deberán ser guardados con las mejores condiciones de seguridad.

- Carga unitaria. Es un concepto que implica guardar el producto de acuerdo con el volumen de distribución y en sus múltiples racionalizando su movilización interna.

El control de las existencias en la bodega se hace a través del registro en fichas que quedan junto al producto (ficha de estante) y de fichas que quedan fuera de la bodega (ficha de control físico/financiero, para liberación o reposición). De esta forma se establecen controles dobles. Periódicamente se deben contar los artículos (inventario) para comparar sus saldos con los saldos de las fichas de control.

El inventario podrá realizarse una vez por año para todas las fichas, o ser realizado en partes (por ejemplo duodécimos), para distribuir la tarea a lo largo del tiempo. También, siempre que sea necesario, se deben realizar inventarios aleatorios. Con la venida de los computadores las fichas fueron sustituidas por listados que son emitidos con

---

\* Véase el Manual No. 5 de esta Serie.

cierta periodicidad (por ejemplo semanal o mensual).

Teniendo en cuenta estas definiciones se podrá planificar un depósito adecuado. Pero se debe aún verificar las necesidades del área de distribución como se detalla a continuación.

## **Función de distribución**

Tal vez este sea uno de los puntos más críticos del proceso de administración de materiales. En esta área, la mayoría de las veces generada por la insuficiencia de existencias, se instaura un proceso circular acumulativo, como muestra la Figura 13 (pg. 41).

El análisis de este proceso lleva a considerar que la única hipótesis para romper con este ciclo es a nivel del sistema. Es decir, tener existencias y garantizar su distribución al usuario. Sin esta precaución previa no hay como equilibrar el sistema.

Sin embargo, cuando no hay confianza entre el usuario y la administración de materiales se establece un proceso de sabotaje mutuo donde la organización sufre como un todo, ya que se pide cada vez más en menor tiempo. (Las subunidades o servicios pasan a tener "escondidos" sus propios materiales).

Roto el ciclo de la desconfianza se puede pensar en sistemas de distribución cuya estructura debe ser precedida por la siguiente regla de oro:

"El sistema deberá distribuir la menor cantidad que su logística pueda soportar."

Esta regla se justifica por el hecho de que el usuario no dispone de condiciones óptimas de aprovisionamiento (no tiene como objeti-

vo mantener existencias) además del hecho que las existencias descentralizadas tienden a aumentar desmesuradamente lo inmovilizado, desviando recursos de la producción y produciendo, además, desperdicios, mal uso y desvíos.\*

Entre otras condiciones adicionales están:

□ *Tener un registro de usuarios.* Quién está autorizado a firmar las requisiciones, cómo comunicarse con el, tiempo de demora para encontrarlo, medios de transporte, etc.

□ *Tener un registro de lo que cada usuario puede consumir.* Este registro debe ser factible de actualización continua, de tal forma que no se transforme en un elemento inútil y sin punto de contacto entre el sistema y el usuario. Eventualmente la misma comisión de normalización puede participar de este proceso. Su periodicidad, sin embargo, no debe permitir alteraciones menores de tres meses. Se debe tomar en cuenta que al final el proceso productivo no sufre tantas alteraciones.

□ *Estructurar un sistema para verificar qué cantidad de cada artículo autorizado se distribuirá dentro del período estimado.* Una primera posibilidad es utilizar las previsiones de consumo del usuario, que serán corregidas cada vez que sea necesario partiendo de sus pedidos, o bien utilizar los medios históricos de consumo.

□ *Estructurar un sistema de auditoría sistematizada de existencias de los usuarios.* El área de distribución deberá analizar en el

---

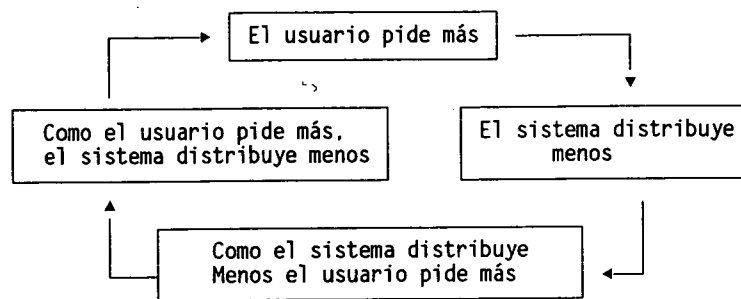
\* Esta regla general, en instituciones extremadamente bien administradas, puede ser modificada, ya que a través de un sofisticado sistema de información computarizado se puede localizar las subáreas de depósito, controlar estas existencias y acortar los tiempos de distribución.

lugar, las condiciones de almacenamiento del usuario y ayudarlo a mejorar su control.

▫ *Crear un sistema de atención a los usuarios.* Cuando hubiese falta de materiales el sistema deberá ser capaz de atender esa necesidad urgente, sino el usuario comenzará a ponerse en contra del sistema.

Basándose en esas condiciones y considerando que el usuario debe participar del empleo de los materiales y no de su almacenamiento y/o distribución (por ejemplo, cuando el usuario va a buscar el material a la bodega, se está desviando las horas de trabajo de la actividad fin para la actividad medio), se puede usar los modelos de distribución indicados enseguida:

**Figura 13**



▫ *Sistema de complementación de la previsión.* Frente a una previsión de consumo y dentro de un tiempo predeterminado, el usuario informa al sistema su cantidad de existencias y el sistema las repone a los niveles de la previsión.

▫ *Sistema de las unidades móviles.* Frecuentemente utilizado inclusive con algunas improvisaciones. El usuario recibe una unidad móvil que contiene sus artículos de consumo, y que dentro de un tiempo es cambiado por otra unidad móvil: se lleva la unidad que ya fue consumida y se entrega una unidad llena (este sistema es utilizado inclusive para reponer material esterilizado al centro quirúrgico, o para reposición de ropas de las estaciones de enfermería, etc.). Se le llama también de doble cajón.

▫ *Sistema de orden de producción.* En este sistema se involucran los productos distri-

buidos actualmente con el sistema de farmacia clínica (dosis unitaria o dosis individual). Aquí la atención es hecha contra la prescripción médica. Este sistema es relativamente complejo, exige la participación de farmacéuticos y sistemas operacionales detallados, pero trae grandes economías. Algunas publicaciones refieren una reducción de gastos con esta forma de distribución de medicamentos alrededor del 20% al 30% después de su implantación. (Véase el Manual No. 5).

## Apéndice

### Algunas preguntas sobre los registros de existencias

▫ ¿Qué tipo de ficha existe en cada nivel del sistema de salud?

- ¿Quién es el responsable de llenarla?
- ¿Son utilizadas las fichas para decidir sobre compras y distribución?
- ¿Es realizado periódicamente un inventario de las existencias en los diferentes niveles del sistema?
- ¿Es la información contenida en las fichas utilizada para decidir sobre las compras, frente a restricciones de orden financiero?
- ¿Es posible en algún momento saber las existencias del nivel central, regional y de las unidades abastecidas?
- ¿Es posible saber el costo de mantener las existencias?
- ¿Es posible saber el costo de la pérdida de materiales por vencimiento, deterioro y hurto?
- ¿Cómo fueron determinados los actuales niveles de existencias? ¿Al azar, por tentativa y error? ¿Sistemáticamente?
- ¿Se cuenta con existencias de reserva? ¿En qué cantidad? ¿Cuánto tiempo duran? ¿Cómo fueron determinadas?
- ¿Existe una política de existencias? ¿Es utilizado el análisis ABC de valor y el XYZ? ¿Cómo?
- ¿Qué período de tiempo utilizan los registros, fichas y formularios de mantenimiento de existencias, utilizados a nivel de unidades periféricas (puestos de salud, hospitales, etc.) para su actualización?
- ¿Hay un calendario para la distribución? ¿Cómo fue montado?



# Estructura organizacional para la administración de materiales

Habiendo pasado por todas las funciones de la administración de materiales, se puede hacer una rápida apreciación sobre la relación de estas con la estructura organizacional.

Las funciones identificadas con relación al registro de materiales se encuentran esencialmente organizadas en Comisiones de Planificación de Materiales, como son por ejemplo las Comisiones de Farmacología. Como ya fue expuesto en el capítulo de subsistemas de normalización estas funciones son multiprofesionales.

Las funciones identificadas con especificación, clasificación y codificación son internas al área de materiales y usualmente son efectuadas por el área de compras, con la ayuda del área de almacenamiento.

Las funciones identificadas con control de existencias generalmente están erróneamente incluidas en el área de la bodega. Particularmente en sistemas menores no se trata de crear un cargo sino de tener un lugar, por ejemplo, ligado a la oficina del director, quien será responsable por la programación y el control de existencias, es decir, por la definición de cuánto y cuándo se comprará y emitir los documentos para los inventarios.

Lo que se está buscando es desvincular del área de compras la definición de estos pasos y retirar del área de la administración la decisión de movilización de existencias, estableciendo así controles dobles para esta función de movilizar existencias.

Las funciones identificadas con compras son realizadas por el área de compras (siempre presente) y por las comisiones de registro catastral y de juzgamiento de licitaciones.

Finalmente, las funciones relativas a la recepción, almacenamiento y distribución se localizan en la bodega.

El área de materiales, frecuentemente está subordinada a la dirección administrativa del hospital y tiene la estructura organizacional que muestra la Figura 14.

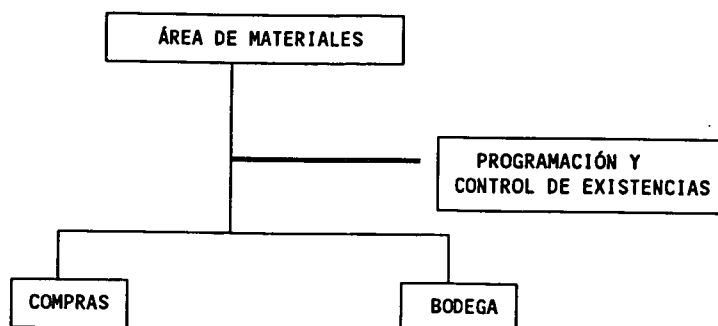
Las comisiones están ligadas a la administración superior.

Este trabajo en diversos momentos propone una mayor interrelación entre medicamentos y materiales. Si esta estrategia fuese adoptada, la farmacia incluiría el área de materiales, siendo entonces el área de materiales y medicamentos controlada y dirigida por un farmacéutico.

Además, deberán ser incluidas las áreas específicas, como por ejemplo el área de manipulación, de farmacia, de dosis única como subárea de la bodega, etc.

Aún dentro de este tópico de estructura organizacional, es importante entrar en el tema de la calidad. En el capítulo sobre el subsistema de almacenaje, se discutió la calidad de los ítems recibidos y se remitió este aspecto para la vigilancia sanitaria y para la adecuada selección de proveedores.

Figura 14



Aquí, lo que se desea es hacer mención de la adecuada calidad de la gestión de materiales, o sea, comprar con eficiencia el producto más adecuado en la menor cantidad posible y distribuirlo en el momento adecuado, momento del consumo, sin permitir fallas.

Hoy en día, todos hablan de calidad y esto no es una moda. Es una exigencia contemporánea, pero es importante resaltar que no existe calidad del sistema de materiales aislada y sí calidad del proceso de producción.\*

Buscando este enfoque se propone una reflexión sobre algunos de los 14 puntos, para alcanzar la calidad, propuestos por Deming, los cuales no serán enumerados aquí. Sin embargo, se destacan dos puntos que en la opinión de este autor son estratégicos en este momento para alcanzar la calidad:

- Punto 6 - Instituir entrenamiento.
- Punto 13 - Instituir un programa sólido de educación y reciclaje.

No es por casualidad que Deming refuerza justamente el problema del conocimiento de

la tarea. Así, se propone que una tarea fundamental en la búsqueda de la calidad es la capacitación de los recursos humanos involucrados en la gestión de los sistemas de materiales.

### "Justo a tiempo"

La filosofía del método "Justo a tiempo" (JAT) ("Just in Time") se concibió en el Japón a principios de los años cincuenta y se aplicó primero en la fábrica de automóviles Toyota.

Schonberger, estadounidense especialista en la gerencia al estilo japonés, describió el sistema manufacturero JAT de la siguiente forma:

- Producir y entregar productos acabados en el momento de venderse, las partes en el momento de ensamblarse en productos acabados, las piezas en el momento de ensamblarse en las partes y los materiales en el momento de transformarse en piezas.
- El objetivo primordial es mejorar la calidad y la productividad. Esta última se

\* Sobre el tema de gerencia de la calidad, véase el Manual No. 9 de esta Serie.

busca mediante la eliminación del desperdicio, que se define como toda cantidad que difiera de la cantidad mínima necesaria de

equipo, materiales y trabajadores que sean absolutamente esenciales.

El método JAT incorpora el concepto de mejora continua. A medida que se busca mediante la reducción de los lotes de materiales, una reducción de espacio sin utilizar y de las existencias, surgen nuevos problemas. Cuando se resuelven esos problemas, otros aparecen. Cada vez que se resuelve un problema, mejora el sistema.

El método JAT no es solo un sistema de inventario de materiales, ni tampoco se limita a las modificaciones fomentadas en los sistemas de producción en el seno de la organización, sino que, por el contrario, va a promover la integración del sistema en un todo, desde el proveedor en un extremo hasta el producto final en el otro. Las características de calidad y versatilidad de dicho producto final siempre tendrán como meta obtener la satisfacción del consumidor o el cliente.

El empleo del método JAT implica la sincronización de las actividades de producción y de compra.

Las prácticas tradicionales de compra se caracterizan por una adquisición de grandes cantidades de insumos "en caso" de que ocurran graves interrupciones en el suministro del material. Muchas empresas realizan compras en grandes cantidades porque los costos de transporte y de entrega se consideran constantes y no dependen del volumen de la carga. La justificación de dicho proceder es el precio de flete más barato y la obtención de descuentos cuando se adquieren grandes cantidades.

Conforme al método JAT las compras se hacen en lotes pequeños, de preferencia

pieza por pieza. Las entregas se hacen justo en el momento de uso. Esto permite un mejor control del inventario y la eliminación de existencias y subexistencias entre las etapas del proceso de producción.

Un ejemplo de la aplicación de la filosofía JAT en el sector de la salud es el suministro de medicamentos por dosis unitaria, dosis individual y el suministro de material de enfermería en cantidades individualizadas para cada paciente.

Además del tamaño del lote y del número de entregas, otras características diferencian el método JAT de las prácticas tradicionales.

### **Selección de los proveedores**

En el sistema JAT se procura establecer un número reducido y selecto de proveedores, tratando de establecer una relación a largo plazo. El proveedor pasa a ser encargado, como un socio que debe integrarse en el sistema de producción del comprador. El proveedor pasa a desempeñar un papel activo y se hace responsable del control de la calidad del producto final, así como del proceso de mejoramiento continuo de la calidad, conforme a las normas establecidas por el comprador. El proveedor y la organización compradora pasan a actuar como miembros de un mismo equipo.

En la práctica tradicional se trata de tener un gran número de proveedores para poder recurrir a otras fuentes de suministro en caso que éste se interrumpa. Los contratos se establecen a corto plazo.

### **Evaluación de los proveedores**

El método JAT hace énfasis en la calidad del material, en el cumplimiento de la entrega y finalmente en el precio. No se considera aceptable ningún porcentaje de rechazo del

material una vez que el propio proveedor haya evaluado y garantizado la calidad del material. En la práctica tradicional existe un porcentaje de material rechazado que se considera aceptable en relación con el total del material.

### **Negociación**

Aunque en la práctica tradicional el objetivo de la negociación es obtener el precio más bajo, según el método JAT el objetivo es obtener un material de calidad a precio justo y establecer un contrato a largo plazo.

### **Recibo de materiales**

El método JAT reduce o elimina por completo la inspección del material en el momento de recibo ya que esas funciones corresponden al proveedor. En la práctica tradicional es el comprador quien inspecciona y controla el material recibido.

### **Entregas**

Las entregas en el método JAT ocurren con más frecuencia que en la práctica tradicional y son las necesidades del comprador las que determinan su cronograma.

### **Trabajo burocrático**

El método JAT reduce la cantidad y el tiempo que se dedica a formalidades burocráticas; por ejemplo, la cantidad comprada y la fecha de entrega de un material determinado se pueden cambiar con solo llamar por teléfono al proveedor, sin necesidad de una nueva orden de compra.

En resumen, se puede decir que el método "Justo a Tiempo" es un sistema de gerencia en el que el proveedor y el comprador forman una asociación que tiene objetivos comunes y que trata de: hacer lo mejor la primera vez, eliminar las existencias, evitar la duplicación de tareas, eliminar el desperdicio y la falta de uso ya sea de equipos, materiales o recursos humanos, reducir los plazos y buscar el mejoramiento continuo de la calidad del producto o del servicio final. El parámetro y el objetivo final serán siempre la satisfacción del consumidor o del cliente.

*Nota final:* Es importante añadir que a pesar de las ventajas enumeradas, no siempre el JAT es indicado en relación a las metodologías tradicionales. El método de planificación de requerimiento de materiales (MRP - Materials Requirement Planning) aún es muy utilizado en varias ramas industriales, incluso en Japón. También hay una variable que busca reunir lo bueno de los dos métodos y es llamada Optimización de la Tecnología de Producción (OPT - Optimized Production Technology) que además reúne elementos que estudian la solución de los cuellos de botella en la producción.

## **Apéndice**

### **Propuesta de curso para gestión de materiales**

*Propósito:* Transmitir técnicas de gerencia y permitir la actualización del conocimiento de administración de materiales en todas sus áreas. Posibilitar el debate, a partir del conocimiento práctico del sistema y de los procesos existentes en la administración de materiales.

*Clientela:* Profesionales que trabajen en las áreas de administración general, de compras, de existencias, de almacenaje y distribución, y técnicos que ejecuten actividades correlacionadas.

*Régimen y duración:* El curso tiene duración de cinco días, totalizando cuarenta horas en régimen de jornada continua.

*Metodología:* Los contenidos del programa serán desarrollados en aulas expositivas, trabajos de grupo, aulas prácticas con ejercicios de demostración y estudios de caso, posibilitando una permanente interacción entre la teoría y la actividad práctica.

*Estructura del curso:* En el curso serán abordados los siguientes aspectos:

- El SILOS como un sistema de producción.
- Introducción a la administración de materiales.
- Organización general del sistema de administración de materiales.
- La administración de materiales y sus funciones:
  - clasificación de materiales;
  - estandarización de materiales;
  - gestión de existencias;
  - valorización de existencias;
  - adquisición de materiales;

- alienación de materiales;
- inspección de calidad;
- movilización y transporte;
- almacenaje de materiales.

Estos aspectos serán abordados introduciendo conocimientos que permitan:

□ Identificar el sistema de administración de materiales en el proceso de administración sanitaria, su integración con los demás sistemas e importancia para el adecuado desempeño de las diversas actividades del SILOS.

□ Identificar los componentes del sistema y sus usuarios al nivel de la estructura organizacional.

□ Identificar ventajas de la centralización y de la descentralización de las actividades relativas a la administración de materiales.

□ Conocer y discutir las diversas funciones de la administración de materiales: actividades, flujo de informaciones e interacción entre ellas.

□ Identificar los principales problemas en el área de administración de materiales a partir del conocimiento práctico y de la discusión de experiencias locales.

□ Capacitar la utilización de técnicas y procedimientos que permitan perfeccionar las actividades desarrolladas en el ámbito del sistema de administración de materiales.

# Propuestas de acciones de rutina para el sistema de administración de materiales

A continuación se presentará un conjunto de rutinas y normas que, con las adaptaciones adecuadas pueden ser utilizadas para poner en marcha cualquier sistema de administración de materiales.

## Rutina operacional de renovación de existencias

El auxiliar administrativo de la unidad de programación y control de existencias (UPCE):

- Recibe la nota fiscal (NF) de la bodega y la hoja de pedido de reposición de materiales (PRM) de las respectivas unidades.
- Efectúa las entradas y salidas a través de la nota fiscal (NF-entradas) y la hoja de pedido de reposición de materiales (PRM-salidas), y de acuerdo con las rutinas propias, se da el destino adecuado a esos documentos.
- Cuando el material llega al punto de reposición (PR), se emiten dos copias del pedido de compra de material (PCM) con la cantidad de material a reponer (el lote económico de compra, por ejemplo) y se destaca en la ficha con un clip amarillo;
- Cuando el material llega al nivel de las existencias de reserva, se emite el pedido de compra de Material (PCM) en emergencia, con la cantidad no determinada (esto corres-

ponderá a la comisión de planificación) y se destaca en la ficha con un clip rojo.

- La primera copia del PCM se envía a la comisión de planificación y normatización de materiales y medicamentos (CPNMM) y la segunda se archiva en la respectiva unidad
- La segunda copia del PCM deberá ser eliminada cuando llegue la respectiva NF, y se retirarán los clips de destaque.

## Normas anexas a la rutina operacional de renovación de existencias

- Un auxiliar administrativo, a través del sistema Kardex, maneja de 300 a 500 fichas de control físico-financiero.
- El punto de reposición (PR): media mensual del consumo de material en los últimos seis meses (D) multiplicada por dos (plazo de procesamiento mas plazo de entrega) mas una vez D (existencia de reserva). Por lo tanto: **PR o existencias mínimas = D.3.**
- El lote de reposición o de compras es igual a las existencias mínimas.
- En la ficha de control físico debe constar el consumo medio de los últimos seis meses con actualización trimestral y la cantidad de existencias mínimas. Las existencias en re-

serva son iguales al consumo medio mensual (se puede tener valores diferentes para Artículos A y C).

### **Rutina operacional de compras sin licitación**

En caso de compras sin licitación (urgencias, por ejemplo):

□ El auxiliar administrativo de la UPCE emite en dos copias el pedido de compras de material, con la información "producto dentro de las existencias de reserva" y envía la primera copia a la jefatura de la unidad y la segunda se archiva en la misma unidad.

□ La jefatura de la UPCE describe en el PCM la condición específica que sigue a la solicitud de exención de licitar y la encamina a la CNPMM.

□ O, el usuario del sistema envía un oficio con dos copias a la CPNMM, describiendo la función, la compra, la obra o reforma necesarias y las condiciones específicas que acompañan a la solicitud de exención y encamina la primera copia, archivando la segunda.

□ El CNPMM analiza las solicitudes en lo que se refiere a la capacidad técnica y legal y el presupuesto real, y envía al director general del órgano sus conclusiones y recomendaciones.

□ El director general acepta las recomendaciones de la CNPMM y autoriza la exención, así como la apertura del proceso, la reserva de recursos, y envía el expediente al departamento de comunicación y archivo. (Si no es autorizado, se devuelve el proceso al órgano emisor para que sea archivado).

□ La unidad de comunicación y archivo abre el proceso y envía la documentación al departamento de finanzas.

□ El departamento de finanzas clasifica el otorgamiento, reserva los fondos y registra la documentación, enviándola al departamento de compras.

□ El departamento de compras procede a la compra y encamina el proceso para el departamento financiero.

□ El departamento financiero emite la autorización y el contrato y los remite al director general.

□ El director general firma el compromiso y/o el contrato y envía el proceso al organismo receptor (bodega o usuarios del sistema).

□ La bodega convoca al proveedor para realizar la entrega-recepción, a través de la entrega protocolar de la segunda copia del compromiso.

□ El usuario del sistema recibe el trabajo y/o el material, revisa la NF, y siguiendo la misma rutina se regresa a la NF para su cancelamiento.

### **Rutina operacional de compras con licitación**

#### **Pasos (o acciones) iniciales para la compra de materiales que se mantienen en existencia-compra normal**

□ El auxiliar administrativo de la UPCE emite el PCM en dos copias, remite la primera a la CPNMM y la segunda es archivada en la unidad.

□ La CPNMM analiza el PCM en cuanto a la validez y realidad presupuestaria. Aprueba el pedido, con o sin alteraciones, autorizando concomitantemente la apertura del expediente y la respectiva reserva de recursos.

□ En el caso de rechazo o alteración del PC, la UPCE será comunicada a través de la devolución del pedido o sobre las alteraciones. Se envía el PCM al área de comunicación y archivo.

#### **Pasos o acciones iniciales para comprar materiales que no son mantenidos en existencia**

□ El usuario del sistema emite dos copias, la primera a la PCNMM y la segunda se archiva en la organización.

#### **Pasos iniciales para la compra de equipos, servicios y reformas**

□ El usuario del sistema realiza el pedido con una solicitud específica de material permanente, con dos copias, incluyendo la justificativa, detallando las funciones y/o reformas a ser realizadas. Se envía la primera copia al departamento de planificación y la segunda se archiva.

□ El departamento de planificación recibe los documentos, los compara con los planes y programas, los analiza y emite conclusiones, teniendo presente la realidad presupuestaria. Si es negado, se remite al solicitante para su conocimiento y se archiva el expediente; si es aceptado se autoriza la apertura del expediente y la reserva del presupuesto, y se envía al área de comunicación y archivo.

#### **Pasos siguientes de la rutina de compras**

□ El área de comunicación y archivo abre el proceso con un expediente y lo envía al área de finanzas.

□ El área de finanzas clasifica el gasto y reserva el recurso y lo envía al departamento de compras.

□ El departamento de compras determina la modalidad, realiza, distribuye y da publicidad al aviso, fija la fecha de apertura y entrega de las propuestas; encamina el expediente, con una copia del aviso y los respectivos comprobantes de entrega y publicidad a la comisión de juzgamiento de licitaciones (CJL). Se debe mantener archivada una copia del aviso en orden numérico para su uso en futuras licitaciones y registrar el trámite del proceso desde su inicio hasta su autorización.

□ La comisión de juzgamiento de licitaciones recibe las propuestas marcadas y selladas; procede a la apertura en la fecha y hora señaladas; redacta un acta resumida; mantiene el sistema interno de control de procesos; efectúa un estudio comparativo de precios; juzga las solicitudes eventuales realizadas en la apertura calificando y descalificando proveedores; convoca a la persona indicada por la CNPMM para que emita el juicio técnico de la licitación; juzga, clasifica y adjudica la licitación; da la publicidad de acuerdo con la ley y espera el plazo para las apelaciones; encamina el expediente para su confirmación.

□ El director general confirma la adjudicación, analiza y decide sobre la autorización para que se haga efectiva la licitación. Si la respuesta es negativa, revoca la licitación de acuerdo con el interés de la administración y devuelve el expediente a través de la CJL al solicitante. Si la respuesta es favorable, la envía con su autorización al departamento de finanzas.

□ El departamento de finanzas emite el contrato con tres copias y lo remite al director general.

□ El director general firma las tres copias del contrato; anexa las dos primeras copias



al proceso, y remite la tercera al departamento financiero. Luego el proceso completo se envía al área de materiales (compras).

□ El área de finanzas procesa internamente la copia del contrato.

□ El departamento de compras recibe el expediente; registra en el libro de control la fecha y el número del contrato y el detalle de compra. Convoca al proveedor y entrega la primera copia del expediente; envía el proceso a la bodega.

□ La bodega recibe el proceso; lo archiva por día de recepción y controla el plazo de entrega del proveedor. En caso de que ocurriese algún retraso, convoca al proveedor. Informa a la comisión de catastro sobre las irregularidades; recibe el material. Cuando es necesario convoca al usuario para efectuar la recepción, o la recibe provisionalmente (el proceso se detiene hasta la recepción definitiva); revisa la nota fiscal y le coloca un sello; encamina la NF y el expediente a la UPCE. Si fuera material permanente, facilita el recorrido del expediente al departamento de control patrimonial para su registro.

□ La UCPE registra el ingreso de material en fichas, cancela la información de compras en trámite y remite el proceso al departamento financiero.

□ El departamento financiero emite la orden de pago siguiendo rutina normal; solicita el archivamiento del proceso.

## **Rutina operacional de distribución**

### **Subrutina de establecimiento del nivel de consumo**

□ El usuario del sistema envía anualmente (o cuando es necesario) a la comisión de pla-

nificación y normalización de materiales y medicamentos (CPNMM), su listado de artículos y sus respectivas previsiones mensuales de consumo (en tres copias); archiva la tercera copia.

□ La CPNMM evalúa el listado y establece el grado de consumo para cada artículo; envía esos datos junto con la primera copia del listado recibido, a la UPCE; remite la segunda copia al solicitante para que este actualice las autorizaciones.

□ La UPCE recibe los datos relativos al consumo y la primera copia del listado y los archiva por orden de usuario.

### **Subrutina del establecimiento del calendario de distribución**

□ La bodega establece el calendario considerando los recursos de transporte disponibles, la periodicidad de la distribución de materiales, la fecha de información de existencias para el usuario y la fecha de distribución del material otorgado.

### **Subrutina del envío de la situación de existencias para requisición de material**

□ El usuario realiza el pedido de reposición de material (PRM) en cuatro copias y lo remite a la UPCE en la fecha señalada por la bodega; se archiva la cuarta copia.

□ La UPCE establece la cantidad a ser distribuida, de acuerdo con la disponibilidad de las existencias y actualiza sus fichas de control; llena en el PRM los espacios relacionados con la cantidad a ser abastecida y sus alteraciones; envía dos copias del PRM a la bodega y archiva la segunda copia.

□ La bodega actualiza las fichas del kardex y archiva la tercera copia del PRM; envía el material, junto con la primera copia del PRM al usuario solicitante.

**Subrutina para atender emergencias**

- El usuario, cuando hay necesidad urgente de un artículo, llena el PRM en cuatro copias y lo lleva a la UPCE; la cuarta copia se archiva en la unidad.
- La UPCE, caso apruebe la solicitud, actualiza las fichas de control y llena en el PRM los espacios relacionados con cantidad abastecida y las alteraciones; se archiva la segunda copia del PRM; devuelve dos copias del PRM al usuario y lo encamina a la bodega.
- La bodega actualiza sus fichas del Kardex y archiva la tercera copia del PRM; entrega el material al usuario, junto con la primera copia del PRM.

**Rutina operacional de devolución de materiales**

- El usuario del sistema identifica materiales que no serán utilizados o que están próximos a su fecha de vencimiento y en dos copias se hace la nota de devolución de materiales; se envía a la bodega.
- La bodega recibe el material, revisa la primera copia, que queda retenida, y la segunda es devuelta al usuario; cuando se trata de material inservible se encamina la segunda copia, para la enajenación y la destrucción (si es posible se intentará la sustitución junto a los proveedores, en casos de vencimiento). Cuando el material es adecuado para el consumo, se le da ingreso y se remite la segunda copia a la unidad de programación y control de existencias.
- La unidad de programación y control de existencias registra el ingreso en la ficha, a través de la segunda copia, y la contabiliza como una donación de material; se archiva la segunda copia en la unidad. (Esto se hace

cuando hay problemas contables para aceptar la devolución).

**OBSERVACIÓN:** En la medida de lo posible esta rutina debe ser usada de forma excepcional. Una reubicación es la forma más adecuada de tratar este problema, ya que esto indica que el sistema tiene problemas de dirección.

**Normas para el funcionamiento del sistema de administración de materiales**

- *Calendario de distribución.* Todos los usuarios registrados en el sistema deberán enviar los pedidos de reposición de materiales (PRM) completos y recibirán el material disponible de acuerdo con el calendario dispuesto en la unidad de materiales.
- *Registro de usuarios.* Los usuarios serán registrados en el sistema a través de la solicitud oficial que deberá ser aprobada por la CPNMM y por la unidad de planificación. Es importante recordar que un usuario es, en un último análisis, una unidad funcional del sistema de producción y como tal su creación se reviste de mucha importancia y tiene reflejos en todos los otros sistemas medio.
- *Registro de artículos autorizados para el consumo.* Todos los usuarios del sistema poseen su listado de artículos cuyo consumo es autorizado por la CPNMM cuando se crea la unidad funcional. Todas las alteraciones, sea inclusión o exclusión de artículos o alteración de cantidades, solo se aceptarán después de la solicitud oficial y aprobación de la CPNMM. Tal solicitud podrá ser llenada en cualquier momento.
- *Codificación de usuarios.* Una vez decidida y aprobada la creación de una unidad (usuario del sistema de materiales), ella

deberá recibir un código en la organización del procesamiento de datos. El código estará compuesto de cinco dígitos, el primero y los dos últimos (X) serán numéricos y los dos intermedios (A) serán alfabéticos, o sea, XAAXX, donde:

- la primera posición es un número de cero a nueve, que representa las regiones de salud;
- la segunda posición es una letra de la A hasta la Z, que representa el código del municipio de la región, (se supone que la región no tenga más que 26 municipios);
- la tercera posición es una letra de la A hasta la Z que representa el tipo de establecimiento;
- la cuarta y quinta posiciones son, un número que varía de cero a noventa y nueve y representa el número de un establecimiento de salud o unidad funcional dentro de un determinado municipio, de una determinada región. Caso esta estructura sea utilizada para registrar a todos los establecimientos de salud y no a los usuarios del sistema de apoyo, es aconsejable incrementar un dígito a esta parte del código;
- el área de planificación de la organización deberá proponer los correspondientes significados de cada una de las partes del código de acuerdo con sus necesidades.

□ *Auditoría del sistema:*

- nivel central y regional - las áreas de programación y control de existencias emiten una vez por semestre, un informe de existencias y lo envían para la bodega, que realiza el inventario físico y completo del mismo;
- nivel hospitalario y de unidades - durante el proceso de supervisión se comparan las existencias con las

fichas físicas y se verifican las condiciones de almacenamiento. Todas las unidades deberán ser supervisadas por lo menos una vez al año.

- *Devolución de materiales al proveedor.* Cuando se constata un producto cuya compra está correcta, pero fue entregado en forma inadecuada, a pesar de estar pagado este debe ser entregado a la bodega central, que va a convocar al proveedor para que realice el cambio de este material inservible. Si el proveedor no acepta el reclamo y el procedimiento administrativo anterior estuviera correcto, el caso se convertirá en un expediente particular, donde se solicitará la suspensión en el registro y la apertura de una acción jurídica específica pidiendo indemnización por daños y perjuicios.

Durante el procesamiento, el material inservible aguardará la decisión judicial y se substituirá siguiendo los trámites habituales. Este es un tipo de problema que está relacionado exclusivamente con la buena selección de proveedores y una acción administrativa correcta y competente.

- *Evaluación de proveedores.* Después de las disposiciones de pago, antes del proceso de archivo, estas deberán pasar por la comisión de registro de proveedores, que servirá para tener registrado en las respectivas fichas los datos relacionados con: el precio aplicado (si fueron o no precios del mercado), plazos de entrega propuestos y ejecutados, tipo de recursos interpuestos y calidad del producto entregado.

Estos datos deben ser utilizados para evaluar a los proveedores, que serán seleccionados para participar en caso de compras de emergencia y/o cuando existieran solicitudes para compras eventuales.

- *Controles.* La dirección de la organización, de acuerdo con el área financiera, rea-

lizará un sistema de acompañamiento del orden del contrato y pago. Salvo determinadas excepciones garantizarán que:

- el primer proceso confirmado sea el primero en ser utilizado;
- la primera nota fiscal entregada será la primera pagada.

□ *Indicadores gerenciales.* El sistema deberá enviar:

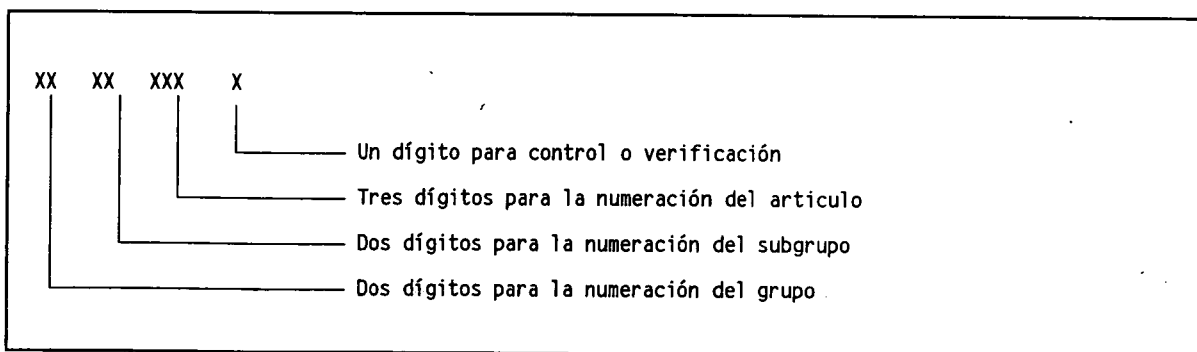
- semestralmente - inventario de las existencias; consumo medio individual (físico-financiero), por artículo y por usuario; artículos no movilizados durante seis meses; análisis ABC de valor;
- anualmente - suma de los informes semestrales;
- mensualmente - artículos con existencias cero; rotación de existencias; artículos solicitados/artículos despachados; situación física de existen-

cias por artículo, con el consumo medio de los seis últimos meses; precio pagado en la última compra por los cien artículos mas caros y la variación porcentual con relación a la compra anterior; balance parcial de la contabilidad; materiales y proveedores;

- siempre que sea necesario - materiales que alcanzaron el nivel de reemplazo; materiales que alcanzaron el nivel de existencias de reserva (con la información del acompañamiento de la compra); actualización de los catálogos, orden de código y orden alfabético del artículo; registro de usuarios; registro de proveedores.

□ *Especificación, clasificación y codificación.* Decidida la inclusión de un artículo en el catálogo, su especificación, clasificación y codificación, será realizada exclusivamente por la unidad de compras del nivel central.

**El código numérico tendrá la siguiente estructura:**



□ *Pedido de compra.* Todas las solicitudes de compra tendrán un precio fijado por el organismo emisor. Ese precio puede ser el del último ingreso, o ser el resultado de una consulta del mercado. En ambos casos, el precio deberá ser actualizado en la fecha y multiplicado por el índice de inflación estimado para los dos meses próximos.

- el pedido de compra del material (PCME) emitido por el departamento de programación y control de existencias es el documento inicial del proceso y en él siempre constarán los datos que originaron el pedido (situación de existencias, nivel de reabastecimiento y lote de

- compra) además del código y especificación del artículo; cada artículo tendrá un PCME, que después de su aprobación será anexado en la unidad de compras y se realizará la publicación y la propuesta de abastecimiento;
- el pedido de compras de material de consumo esporádico o equipos (PCMR) emitido por cualquier usuario con los datos completos. Se hará también el pedido individual de cada artículo. Es muy importante la especificación técnica y la justificativa para poder realizar las decisiones y las compras correctamente.

□ *Sistema de distribución.* La distribución deberá realizarse siguiendo una logística adecuada y económica.

□ *Llenado del pedido de reposición del material (PRM):*

- el usuario llenará el documento completando los datos sin jamás colocar más de un grupo de artículos por hoja y el número del artículo, especificación, código, unidad, existencias en la unidad, la fecha del pedido y la cantidad exigida;
- la unidad de programación y control de existencias llenará en el espacio correspondiente la cantidad abastecida;
- la bodega llenará los datos que le competen a ella y hará la distribución.

□ *Normas para llenar la columna de la cantidad exigida (CE) por el usuario (emisor del PRM).* El usuario deberá disponer de los siguientes datos:

- previsión del consumo autorizado (PC);

- existencias existentes en la unidad en la fecha del pedido (EE);
- fecha de distribución; fecha en la que se recibirá el material solicitado de acuerdo con el calendario;
- días transcurridos entre la solicitud del material y la entrega física (siempre de acuerdo con el calendario (DT),

Por lo tanto:

$$CE = PC - EE + \left( \frac{PC}{30} + DT \right)$$

- los materiales solicitados por PCMR (que no están en existencia) serán distribuidos a través del PRM, completando las columnas designadas para ello por la bodega o la guía de remesa cuando se trata de material permanente (de acuerdo con las leyes pertinentes).

□ *Atención a pedidos de emergencia.* Después de llenar el PRM, el usuario se dirigirá al sistema (departamento de programación) constatará el pedido y después de aprobado retirará el material de la bodega. El pedido tendrá la cantidad suficiente para que dure hasta la próxima solicitud. Simultáneamente, el usuario solicitará a la CPNMM la actualización de la previsión de consumo que le fue autorizada.

## Obligaciones de las unidades

### Materiales

- Realizar la licitación, compra, almacenamiento y distribución de materiales y medicamentos previamente definidos en el ámbito de su acción, de acuerdo con las normas establecidas por los organismos competentes.

### **Compras y programación de existencias**

- Organizar y mantener el registro de proveedores, así como también recolectar la información de otros organismos sobre la idoneidad de las empresas para fines de catastro.
- Preparar los expedientes referentes a la adquisición de materiales o a la prestación de servicios.
- Analizar las propuestas de abastecimiento y las de prestación de servicios.
- Elaborar los contratos relativos a la compra de materiales o a la prestación de servicios.

- Analizar la composición de existencias así como fijar los niveles correspondientes.

### **Bodega**

Recibir, verificar, almacenar y distribuir a través de pedidos los materiales adquiridos.

### **Patrimonio**

Registrar y colocar la marca respectiva en el material permanente, controlando la movilización de bienes muebles e inmuebles para disponer la baja patrimonial y el seguro de los mismos.

*Nota importante:* Estas rutinas son genéricas y propositivas. Por lo tanto, deben ser adaptadas a la realidad de cada uno.

## Conclusión

Como se puede verificar, la administración de materiales es una tarea relativamente simple pero laboriosa. Es importante no olvidar todas las anotaciones hechas en los tres primeros capítulos de este trabajo y agregar por lo menos algunos mensajes más:

□ Uno de los aspectos que más se ha desarrollado en este final de siglo, con una velocidad de transformación creciente, son los programas computarizados para la gerencia y el control empresarial. Las rutinas operacionales presentadas en el capítulo anterior deben sufrir permanentes revisiones por parte de los agentes que las ejecutan buscando simplificarlas con el objetivo de mejorar la atención a los clientes externos e internos de las instituciones de salud y disminuir sus costos operacionales. Las nuevas técnicas de ingeniería industrial persiguen estos mismos objetivos.

□ El sector salud ha tenido dificultad en reunir administradores para esta área y se han realizado improvisaciones grotescas con personal de nivel medio. La educación permanente y continua actualización de este personal es todavía descuidada en América

Latina y el Caribe. Cada hospital o servicio periférico de salud deberá mantener programas a nivel de los SILOS exclusivamente para este fin. Esta actividad no representa gastos y sí inversiones para estas instituciones.

□ Es también fundamental para aumentar la eficiencia y la eficacia de este sistema tratar de aumentar el grado de profesionalismo de sus directores.

□ Como alternativa, en situaciones excepcionales, si no se puede tener administradores profesionales, una propuesta sería utilizar farmacéuticos y hasta nutricionistas, debido a que estos profesionales son del sector salud, y tienen por lo tanto un lenguaje común y algún conocimiento sobre el asunto de administración de materiales.

Finalmente, se vuelve a enfatizar, que no existe un sistema de medicamentos, de productos alimenticios, de drogas, etc. Existe sí, un sistema de administración de materiales que trabaja como un todo para la organización y su producción.

## **Bibliografía consultada**

Ansari, A.; Modarress, B. **Just in Time Purchasing**, New York, The Free Press, 1990.

Blackburn, J. **Time-based competition, the next battleground in American manufacturing**, Homewood, Illinois, Business One Irwin, 1991.

Central de medicamentos - CEME. Almojarifados Centrais de Medicamentos. **Manual de recomendações para projetos de construção**, Brasília, 1984.

Correa J. **Gêrencia Econômica de Estoques e Compras**, 7a ed., Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getulio Vargas, 1987.

Dias, M.A.P. **Administração de Materiais - Uma abordagem logística**, 2a ed., São Paulo, Ed. Atlas, 1985.

Goncalves, P.S. **Administração de Estoques: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro, Ed. Interciencia, 1987.

Grilo, S.C.A. **Administração de Materiais**. Rio de Janeiro, Fundação SESP, 1984, mimeo.

Ilone, G. & Guerra, S. **Custos: um enfoque administrativo**. 2a ed. Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Getulio Vargas, 1972.

Machline, C. **Recursos Materiais**, in Gonçalves, Ernesto Lima - **o Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea**. São Paulo, Ed. Pioneira, 1983.

Meireles, G.L.L. **Administração de materiais para empresas prestatarias de serviços públicos: um enfoque sistêmico**. São Paulo, FUNDAP, mimeo.

Meireles, H.L. **Licitação e Contrato Administrativo**. 6a ed. San Pablo, Ed. Revista dos Tribunais, 1985.

Moura, R.A. **Logística: suprimentos, armazenagem, distribuição física**. São Paulo, IBAM, 1989.

OPAS/OMS. **El suministro de medicamentos**. Serie Paltex N°1, Boston, 1983.

Paterno, D. **Administração de materiais no hospital**. São Paulo, Ed. CEDAS, 1987.

Reiman, A. **El enfoque de sistemas en la administración de materiales hospitalares**. Washington, D.C., OPAS/OMS, 1987.



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE LIBROS TEXTO Y MATERIALES DE INSTRUCCIÓN**  
**(PALTEX)**

Tel. (202) 861-3451 - Fax (202) 861-8878

Lista de Precios en EUA\$  
efectiva al 1ro. de noviembre de 1995

Código	Título	Precio
AFEO1	Administración de farmacias hospitalarias	5.00
APRO1	Administración de la atención primaria de salud	5.00
CAL01	Acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe	4.00
EAD01	Epidemiología y administración de servicios de salud, 1a.edición	6.00
HOS02	Organización y procedimientos hospitalarios PROAHS	15.00
MFE01	Métodos en farmacología clínica	6.00
SILO0	Desarrollo y fortalecimiento de sistemas locales de salud	1.00
SIL02	La administración estratégica	3.00
SIL03	La participación social	1.00
SIL05	Los servicios de laboratorio	1.00
SILOS	Sistema local de salud: Control de infecciones hospitalarias	5.00
SILOS39	Hospitales públicos: Tendencias y perspectivas	3.00
TX509	El derecho a la salud	17.00
TX519	SILOS: conceptos, métodos y experiencias	17.00
TX523	La informática y telemática	8.00
TX526	Cómo escribir y publicar artículos	13.00
TX527	Bioética	15.00
TX530	Aportes de la ética y el derecho al estudio	16.00
TX531	Cómo estudiar y probar	14.00
TX534	Investigación sobre servicios de salud	25.00
TX536	Tabaco o salud	10.00
TX539	Atención de salud para los pobres	19.00
TX540	La crisis de la salud pública	17.00
TX543	Investigación en salud	10.00
PER96	Planificación estratégica de recursos humanos	6.00
PXT19	El departamento de registros médicos. Guía para su organización. Serie Paltex N° 19	4.00
PXT17	Registros médicos y salud. Módulos de aprendizaje (5). Serie Paltex N° 17	5.00
PXE32	Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito	2.00

**Organización Panamericana de la Salud (OPS)**  
**Serie HSS/Manuales Operativos**  
**Publicaciones PALTEX**  
**525, 23rd Street, N.W.**  
**Washington, D.C. 20037**  
**Tel. (202) 861-3451 - FAX (202) 861-8878**

**División de Sistemas y Servicios de Salud**  
**525, 23rd. St., N.W.**  
**Washington, D.C. 20037, EUA**  
**TEL (202) 861-3200 FAX (202) 861-2648**

HOSO2	Manual de organización y procedimientos hospitalarios
HSS/UNI-1	Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud
HSS/UNI-2	Manual de conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud
HSS/UNI-3	Manual de administración de recursos humanos
HSS/UNI-4	Manual de administración de recursos materiales en salud
HSS/UNI-5	Manual de administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas
HSS/UNI-6	Manual de mantenimiento de servicios, instalaciones y bienes de equipos permanentes
HSS/UNI-7	Manual de administración financiera para gerentes de salud
HSS/UNI-8	Manual de pautas para el establecimiento de sistemas locales de salud
HSS/UNI-9	Manual de gerencia de la calidad en servicios de salud
HSS/UNI-10	Manual de vigilancia epidemiológica
HSS/UNI-11	Manual de vigilancia sanitaria
HSS/UNI-12	Manual de vigilancia ambiental
HSS-13	Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias
HSS-14	Manual de prototipo de educación en administración hospitalaria
HSS-15	Manual de administración de servicios de rehabilitación



ISBN: 92 75 32180 9