
REFLEXIONES ACERCA DE LA GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Mery Constanza García V.*

A continuación quiero presentar algunas reflexiones sobre la aplicación de la Gerencia en el Sistema de Salud Colombiano:

Para nadie es desconocido la necesidad que tiene la Salud de modernizar sus estructuras administrativas y volverlas eficientes. No se trata de rechazar, ni evadir esta necesidad, se trata de evitar copiar modelos gerenciales tal cual sin tener en cuenta las particularidades tanto del Sistema de Salud como de las dinámicas y diversidades de localidades y regiones, por tanto de sus gentes.

Me centraré en cuatro aspectos básicos de la Ley 10 de 1990 y que son esenciales tenerlos en cuenta para formular una propuesta de gerencia y de planificación en salud. Son ellos: el concepto de Salud, el concepto de Sistema, la Descentralización de la Salud y la Participación Comunitaria.

El concepto de salud y su relación con gerencia

El concepto de Salud se desprende del Artículo 4o. de la Ley 10 de 1990 que dice: "... []; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dicho... []". Este concepto es en este momento el mas acep-

tado a nivel nacional y que fue Blum quien lo formuló.

La Ley 10 retoma este concepto porque le es acorde con su espíritu descentralista, multifactorial, extrae e intrainstitucional. También lo hace por y sobre todo para involucrar el plan de salud al plan de desarrollo de las localidades, permitiendo que se genere un nuevo modelo de salud con participación de las comunidades y por tanto que corresponda a cada realidad local.

Aceptar este concepto, donde intervienen las dimensiones ambientales, y de comportamiento —que pudiere entenderse como la dimensión cultural—, es en gran parte relacionar salud con desarrollo.

Aún el concepto de Blum puede recrearse mas en la medida en que se introducen a nivel dimensional las variables política y económica y de espacio-tiempo.

Pero hablar de estas dimensiones por si solas, no nos resuelve la esencia de esta discusión. Pues se trata de profundizar en cual es la misión de la salud y como se lograría esa misión. La respuesta es obvia: su misión es la búsqueda por la satisfacción de necesidades materiales y espirituales de las personas y de las comunidades en un espacio y en un tiempo determinado. En términos mas concretos sería fomentar y promocionar salud, así como prevenir, curar y rehabilitar la enfermedad.

* Enfermera, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

El pensar en el como se lograría esa misión nos remite nuevamente a las personas y a las comunidades, pues son ellas las que se relacionan con esas dimensiones y por tanto son ellas quienes direccionan y construyen su dinámica social en búsqueda de esas satisfacciones.

Si salud es la satisfacción de necesidades básicas materiales y espirituales tanto de los hombres como de las comunidades, estas satisfacciones se dan como resultado de la relación del hombre y de las comunidades con las dimensiones culturales, ambientales, políticas y económicas en un espacio-tiempo. Necesidades básicas que se concretan en educación, vivienda, trabajo, recreación, nutrición, movilidad, comunicación, afecto, estima, autonomía y libertad entre otras.

Si aceptamos que en salud juega la relación del hombre con estas dimensiones nos vemos en la necesidad de relacionar o englobar el concepto de salud en un concepto mas amplio como es el de desarrollo. De esta manera se puede deducir que salud es desarrollo y desarrollo es salud. Es decir salud y desarrollo son interdependientes.

Pero ¿en qué se diferencia Salud de Desarrollo?

El concepto de desarrollo nos proporciona una visión más globalizante de la relación del hombre con todas sus dimensiones: cultural, ambiental, económica, política y espacio-temporal, vistas de manera integral. Mientras que el concepto de salud hace referencia a la relación hombre con los aspectos específicos de esas dimensiones y que inciden directa o indirectamente en fomentar y promocionar salud, lo mismo que en prevenir, curar y rehabilitar la enfermedad. En salud, estos aspectos específicos de las dimensiones deben verse también de manera integral.

Para caracterizar la competencia del sector salud a diferencia de desarrollo, se requiere de una serie de investigaciones orientadas a determinar cuales son los aspectos de las dimensiones cultural, ambiental, económica, política y espacio-temporal que inciden en la promoción y fomento de la salud, así como determinar las causas de la enfermedad y que se relacionan directa o indirectamente con estas dimensiones. Estas investigaciones se deben hacer cada dimensión, pero sin perder de vista la interrelación que entre ellas existe porque se perdería la noción de integralidad de salud-desarrollo.

El resultado de estas investigaciones nos conduce de manera concreta a determinar cuales

son las acciones del sector salud, que se traducen en nuevos modelos de salud.

En cada localidad o región la relación de las personas con las dimensiones cultural, ambiental, económica y política, varía de acuerdo a sus dinámicas, sus particularidades y diversidades, esto genera no un nuevo modelo de salud-desarrollo, sino varios modelos de salud-desarrollo.

Estos nuevos modelos de salud exigen de la participación de la comunidad en las investigaciones que se realicen en cada localidad para que respondan a sus particularidades y diversidades.

También se requiere que las universidades modifiquen sus currículos e incluyan aspectos acordes a estas realidades y formen profesionales con integralidad de acuerdo a las nuevas concepciones de salud-desarrollo. Si salud es multifactorial, sus profesionales también requieren de una multidisciplinariedad.

Actualmente se puede pensar en que el personal que labora en el primer nivel de atención, dirija sus acciones prioritariamente a lo extramural y a lo preventivo de manera tal que ataque los factores que potencialmente producen la enfermedad, que son factores relacionados con las dimensiones.

Lo preventivo no se puede reducir tan solo a campañas de vacunación, por que estas no atacan el origen de la enfermedad. Tampoco lo hacen las vitaminas, ni las drogas, ni las charlas educativas, menos las brigadas de salud.

Para el segundo y tercer nivel de atención, el esfuerzo se puede dirigir a plantear acciones para curar y tratar enfermedad de manera estratégica a tal punto que se dé también prevención y por tanto salud.

El concepto de enfermedad estaría asociado también en este sentido: la enfermedad o las enfermedades son las manifestaciones de las inequidades, ausencias, desequilibrios, y patologías en la relación del hombre con la naturaleza y la sociedad en todas o en parte de sus dimensiones ambiental, cultural, política, económica y espacio-temporal.

La enfermedad es individual y colectiva, física, espirituales y mentales.

Ahora bien, ¿cómo se logra salud y como se previene la enfermedad?

En este sentido se caracterizan los procesos de fomento, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación:

Los procesos de fomento y promoción hacen referencia a la búsqueda de salud-desarrollo. En tanto, los procesos de prevención, tratamiento y rehabilitación se refieren a enfermedad.

De tal manera, que si plantean nuevos modelos de salud, estos hacen referencia tanto a salud-desarrollo, como a enfermedad. Los modelos de salud-desarrollo tendrán componentes con énfasis en lo cultural, ambiental, económico, político, material y espiritual. Y modelos con énfasis en lo curativo, el tratamiento y la rehabilitación.

A lo que no se puede reducir el modelo de salud es tan solo a esto último, tampoco lo debe hacer la ciencia médica y sus profesionales. En este caso se reduciría la salud a curar y rehabilitar la enfermedad, más no a promocionar, ni fomentar salud y así prevenir la enfermedad.

Aceptar que salud es Desarrollo, genera crisis en algunos profesionales de la salud y resaltan las tradicionales preguntas: entonces ¿qué es lo específico del sector?, ¿qué pasa entonces con la ciencia médica y su desarrollo tecnológico?

La ciencia médica según esta propuesta puede tener varias tendencias o formaciones, unas por ejemplo dedicarse al fomento y promoción de la salud donde su formación sea de tipo integral que contemple aspectos ambientales, culturales, políticos, económicos, con una práctica comunitaria y extramural. Otra tendencia puede ser hacia la rehabilitación y curación, con énfasis en la enfermedad.

Las instituciones académicas formadoras del recurso humano no deben continuar con la formación generalizada de profesionales de la salud mas para curar la enfermedad y rehabilitar sino también para fomentar y promocionar salud.

Supongamos que no se acepte que salud es desarrollo por que se negaría lo específico del sector. Lo que sí, se ha aceptado casi universalmente es que salud es multifactorial, donde por lo menos esta la dimensión ambiental y comportamental. En este caso surgen las preguntas:

¿Por qué se continúa entonces, con un modelo con tendencia en la prestación de servicios

curativos y de tratamiento? ¿Dónde esta lo ambiental y lo comportamental?...

¿Por qué no se involucra la comunidad en el modelo, sabiendo que la violencia, la agresión es comportamental y esto es parte de la dimensión cultural de personas y comunidades?...

¿Por qué no se continúa con la tendencia en la formación de médicos y profesionales de salud con fuerte énfasis en áreas clínicas descuidando lo ambiental y lo comportamental o cultural?...

¿Por qué si es multifactorial no es multidisciplinaria?...

¿Por qué se continúa con la apología hospital-desarrollo y no salud-desarrollo?...

¿Por qué se continúan las grandes inversiones en equipos de alta complejidad para hospitales-enfermedad y no tecnologías adecuadas para salud-desarrollo?...

¿Por qué se continúa con la concentración de los profesionales médicos y paramédicos intra-instituciones y no extramurales ya sea en el hospital universitario o en un simple puesto de salud?...

¿Por qué se estimula un modelo de salud mas para curar la enfermedad ya sea desde un hospital o desde un puesto de salud?...

¿Dónde, cómo y cuándo se hace Salud que se relacione con cultura, economía, política y ambiente?...

¿Por qué no se considera a la persona capaz de participar en los procesos de salud? ¿Por qué sigue siendo paciente-cosa?...

La aceptación de que salud y desarrollo son interdependientes, permite trascender salud no es enfermedad. De igual manera esto lleva a plantear verdaderamente unos nuevos modelos de salud que respondan más a buscar salud-desarrollo que a curar la enfermedad y así modificar los tradicionales índices de medición. Así como también formar recurso humano integral, y sensible socialmente.

Estos nuevos modelos de salud-desarrollo llevan al compromiso de profesionales con múltiples disciplinas a compartir sus conocimientos. También requiere involucrar a compartir sus conocimientos. También requiere involucrar múltiples sectores y múltiples procesos. De ahí la esencia de la participación de las comunidades en salud.

Pienso que no se debe de ser tímido en aceptar que salud es desarrollo y poner en práctica de verdad unos nuevos modelos acordes a ello. Pues si no es así, se vuelve a caer en la concepción y una práctica de salud-enfermedad.

Es a través de la práctica de estos nuevos modelos de salud que se supera esta concepción, pues desde mucho tiempo atrás se ha trascendido en el discurso y ya es común hablar de salud- desarrollo. Sin embargo lo hasta ahora practicado se dirige a curar la enfermedad.

Después de hacer estas reflexiones las preguntas continúan: ¿por qué se trasciende en el discurso y no en la práctica?...

¿Por qué si se acepta que salud es multifactorial los indicadores tan solo miden salud como enfermedad o salud-producción?...

Sólo nos interesa medir cuántos enferman, o cuántos mueren o en el mejor de los casos, cuánto ha aumentado los años y la esperanza de vida.

Con esta nueva práctica se debe también cambiar los índices de medición. Si salud es desarrollo esencialmente se debe medir el grado de cultura, de participación política, de recreación, de autodeterminación, de libertad, de movilidad, de afecto entre otros aspectos. Que indiquen la satisfacción de necesidades básicas materiales y espirituales tanto de individuos como de grupos.

Los índices hasta ahora utilizados han sido útiles para medir las causas de enfermedad mas no los índices de salud.

Bueno, ahora si viene la pregunta que interesa: ¿qué relación tiene la concepción de salud y los nuevos modelos de salud con gerencia?

Con otras preguntas quisiera reflexionar: ¿para qué modelo de salud se hace gerencia?

Se puede hablar de gerencia en salud cuando los indicadores de salud son en realidad indicadores de enfermedad o de producción?

En dónde, con quiénes y cómo sería la gerencia?

Es gerencia con funcionarios del sector e intra-institucionales? o es gerencia multisectorial, multidisciplinaria, extramural y con la comunidad?

Si la misión de salud es buscar el desarrollo y para ello hay multiplicidad de actores e instituciones y procesos. Entonces ¿cómo debe ser la gerencia?

¿Cómo se logra la eficiencia a partir de estas características?

¿Se puede aplicar la teoría de la gerencia de organizaciones únicamente? o ¿se puede pensar en una gerencia para buscar desarrollo-salud? o ¿esto ya no es gerencia? en éste último caso sería Gerencia para organizaciones (hospitales), sería entonces gerencia para la enfermedad.

El concepto de sistema y gerencia

En el mismo artículo 4o. de la Ley 10 de 1990 se define y amplía el concepto de sistema: "...[] se entiende que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forman parte tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como, también en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud".

Este concepto amplía la noción que se venía manejando en el sistema de salud, donde sistema era asociado a una red de instituciones desde el nivel nacional hasta el nivel local. Sistema donde los insumos vienen del nivel nacional con una salida por el nivel local, y no hay retroalimentación. Se supera también la noción de sistema unisectorial conformado tan solo por instituciones del sector salud, y ni cultura, ni economía, ni desarrollo cuentan.

Pero ante todo supera la concepción de sistema salud-enfermedad.

En síntesis se cambia radicalmente la noción de sistema mecanicista donde hay una entrada un proceso y una salida. Por la de un sistema con varios sistemas abiertos con varios insumos, diversos procesos, y diversas salidas y con permanente retroalimentación.

Sistema central abierto. Es el Sistema Nacional de Salud conformado por el conjunto de procesos, con diversos factores y por el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud y de otros sectores que inciden en los factores de riesgo.

Conjunto de procesos: Proceso de fomento, proceso de prevención, proceso de tratamiento y proceso de rehabilitación.

Diversos factores: Biológicos, ambientales, de comportamiento, y de servicios propiamente dichos.

Conjunto de entidades: Públicas y privadas, del sector y de otros sectores.

Varios sectores: El sector salud y de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para salud.

Organizaciones: Pertenecen al sistema organizaciones públicas, locales y seccionales de salud, de los municipios, departamentos y áreas metropolitanas. También entidades privadas que se relacionen directa o indirectamente con el sistema de salud.

Varios sistemas, locales y seccionales: Además del Sistema Nacional de Salud Central, se crean los Sistemas Abiertos Locales y Seccionales de Salud. Sistemas que tienen las características básicas que se han mencionado. Obviamente cada sistema con sus particularidades y sus funciones.

Hasta aquí y con respecto a la gerencia se pregunta:

¿Es gerencia para sistemas? o ¿gerencia para organizaciones? o ¿gerencia para sistemas y organizaciones? ¿Gerencia para procesos? ¿Gerencia para factores? ¿La empresa es un sistema? ¿La empresa es una organización? Si es un sistema se puede plantear una gerencia que responda a las características del Sistema de Salud o a los Sistemas de Salud concebidos en la Ley 10/90?

Este tipo de preguntas permiten pensar en cuál es entonces la Misión de la Gerencia o las misiones de las Gerencias. Y permite preguntar sobre la participación, el mercado, los clientes, la eficiencia entre otras. Indudablemente se debe empezar a caracterizar la gerencia de acuerdo a estas particularidades y diversidades.

La descentralización de la salud y la gerencia

El artículo 6o de la Ley 10, explícita las responsabilidades que tanto los municipios como los departamentos asumen en este proceso de descentralización.

La lectura que se puede hacer descentralización en esta ley es una real transferencia de poder a las localidades, esta transferencia de poder es real en la medida en que las localidades así lo asuman. Se concreta cuando se responsabiliza a las localidades tanto en la dirección como en la prestación de los servicios de salud. Para asumir esta dirección se requiere de una transferencia de

recursos, de una autonomía administrativa, de un patrimonio y una planta de personal propios así como de una autonomía legal.

Esto significa que en el Sistema de Salud hay otros 33 sistemas de seccionales y 1012 locales. Sistemas que para su funcionalidad tienen organizaciones de dirección y de prestación de servicios.

De igual manera hay organizaciones de prestación de servicios que corresponden hospitales especializados, hospitales universitarios, hospitales locales, centros y puestos de salud.

Para los hospitales hay una estructura básica administrativa donde el máximo órgano de dirección es una Junta Directiva donde hay participación de la comunidad. Para otros como los centros y puestos de salud (que son el 80%) la máxima dirección esta en cabeza del Comité de Participación comunitaria.

De igual manera la prestación de servicios puede ser preventiva de la enfermedad, promocional de la salud y de curación y rehabilitación de la enfermedad. Donde en unas participan las comunidades y en otras no y puede ser extramural en las instituciones.

Estas características que nos da la descentralización nos permite reflexionar sobre como puede ser la gerencia:

¿Hay una gerencia para la dirección local o seccional?

¿Hay gerencia para los hospitales?

¿Hay gerencia para los centros y puestos de Salud?

¿Cuál es la relación entre gerencia y alcaldía o gobernación?

¿Cuál es la relación entre gerencia y Junta Directiva?

¿Cuál es la relación entre Gerencia y comités de Participación de la Comunidad?

Finalmente cual es la gerencia frente a los nuevos modelos de salud, frente a unos nuevos sistemas a unas nuevas organizaciones y frente a un proceso descentralista? Estas preguntas también pueden hacerse no solamente para la gerencia sino para la planificación estratégica que queremos y necesitamos en salud.

Pienso que se puede plantear una gerencia para salud-desarrollo en diferentes niveles y

con diferentes misiones y desde la dirección hasta la prestación de servicios. Lo que definitivamente no se puede hacer es aplicar una gerencia sin tener en cuenta estas particularidades. Para ello se requiere de unos estudios investigativos y análisis que enriquezcan este proceso.

Una gerencia a nivel de las direcciones seccionales y locales de salud podría hacer énfasis en buscar la eficiencia en lo Político-económico, teniendo en cuenta que es desde allí donde se emiten las políticas, donde se programa la distribución de los recursos, y se administra el fondo de salud, donde se ejecutan las políticas y las normas científico-técnicas entre otras que van a regir en todo el sistema seccional o local.

En esta gerencia se trabajaría con la noción de sistema abierto.

Otra cosa diferente pasaría con la Gerencia para los hospitales de segundo y tercer nivel. Esta gerencia puede tener las características tipo empresa, su eficiencia estaría dada más para curar, tratar y rehabilitar la enfermedad.

Muy diferente sería la gerencia para el primer nivel de atención, donde la Gerencia tomaría más las características de gerencia para el desarrollo. Su énfasis estaría dado en la eficiencia de promoción y fomento de salud-desarrollo. Eficiencia por el fortalecimiento de lo cultural y lo ambiental, lo económico y lo político. Sería gerencia para sistemas abiertos, con alta participación de las comunidades en todo el proceso salud- desarrollo.

Se puede pensar en los siguientes niveles de gerencia:

Dirección de los sistemas seccional y local
_____ Gerencia de la política?

Hospitales de Segundo y tercer nivel de atención
_____ Gerencia de la enfermedad?

Primer nivel de atención _____
Gerencia para salud-desarrollo?

La participación de las personas y de los grupos sociales y su relación con gerencia

La participación es uno de los aspectos que se ve en la Ley 10 de 1990 como uno de los más reiterativos ya sea como principio, como deber, como derecho y como elemento básico en la dirección de las instituciones y de los procesos.

Se puede afirmar que la centralidad de la Ley 10 de 1990 esta dada por la participación de las comunidades. Pero no una simple participación, pues va desde la participación en los comites de participación de la comunidad hasta llegar a las Juntas directivas de organismos del segundo nivel de atención.

El Decreto Reglamentario 1416 amplía aún más estas formas y modalidades de participación de las comunidades en todo el proceso de salud-desarrollo.

Desde el punto de vista filosófico cuando se habla de participación de las personas en todo el proceso se esta cambiando la concepción de ese hombre pasivo-paciente-cosa o recipiente por la de hombre pensante, inteligente, humano y con capacidad de direccionar y hacer construcción social, con capacidad de dar, recibir, concertar, ejecutar y decidir. Ya no es el hombre que cede todo al funcionario o al técnico. Son personas con capacidad de participar en todo el proceso, no solo en el momento de la toma de las decisiones para aprobar y legitimar lo ya direccionado. Esta participación de las personas en salud nos invita a pensar si de lo que se trata es de una participación para contribuir o fortalecer hombres pauperizados u hombres robotizados productos de la miseria sin participación o de la calidad total atomizada.

Esta concepción de participación debe indudablemente llevarnos a caracterizar el tipo de gerencia que queremos, Se gerencia para personas con ellas o sin ellas?

¿Cuál es o sería la participación de la comunidad en la o las gerencias?

¿Hasta dónde la comunidad es gerente, usuaria o cliente?

Finalmente, ¿cuál es la gerencia frente a los nuevos modelos de salud, frente a los nuevos sistemas, a las nuevas organizaciones y frente a un proceso descentralista y a una participación de seres pensantes? Estas preguntas también pueden hacerse no solamente para la gerencia sino para la planificación estratégica que queremos y necesitamos en salud.

Pienso que se puede plantear una gerencia para salud-desarrollo en diferentes niveles y con diferentes misiones y desde la dirección hasta la prestación de servicios. Lo que definitivamente no se puede hacer es aplicar una gerencia sin tener en cuenta estas particularidades. Para ello se requiere de unas investigaciones y análisis que enriquezcan este proceso.

Es necesario también iniciar un proceso de discusiones sobre caracterización y aproximaciones conceptuales, sobre que es la Gerencia en salud, la pública y la privada, ¿qué es gestión, qué es administración, y cómo se relacionan entre sí?

Lo mismo que de conceptos tales como salud, desarrollo, enfermedad, modelos de salud,

participación, cliente, usuario, empresa, eficiencia, y sistema entre otros.

“LA UTOPIA COMO LA ESPERANZA EN UN DEBER SER, O LA UTOPIA COMO LA JUSTIFICACION DEL PRESENTE, PORQUE ES EL DEBER SER”.