

Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud

Medwave, Año XII, No. 3, Marzo-Abril 2012. Open Access, Creative Commons.

Modelos de gestión en las organizaciones de salud

Autora: Angélica Román⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Enfermera universitaria, ex relatora de e-Campus de Medwave, Chile (QEPD)

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.03.5329>

Ficha del Artículo

Citación: Román A. Modelos de gestión en las organizaciones de salud. *Medwave* 2012 Mar/Abr;12(3) doi: 10.5867/medwave.2012.03.5329

Fecha de envío: 3/2/2012

Fecha de aceptación: 10/2/2012

Fecha de publicación: 1/3/2012

Origen: publicación póstuma

Tipo de revisión: sin revisión por pares

Correcciones

A petición de un autor externo, se rectifica frase "Todo sistema de salud se puede pensar como la articulación de tres componentes..." por "Todo sistema de salud, de acuerdo con Tobar, se puede pensar como la articulación de tres componentes..."

También se agrega en el pie de la Figura 1: "Modificado de Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires, 2002."

Además, se rectifica frase "En el análisis de los sistemas de salud se pueden distinguir dos aspectos..." por "En el análisis de los sistemas de salud, de acuerdo con Tobar, se pueden distinguir dos aspectos..."

Por último, se agrega la referencia 1.

La política de salud en el siglo XX

Durante el siglo XX los Estados incorporaron los derechos sociales, en distintas medidas, con el objeto de garantizar que los ciudadanos pudieran acceder a condiciones que les permitieran vivir en forma civilizada, de acuerdo con los criterios prevalecientes en las distintas sociedades. La instalación de estos derechos contribuyó a aminorar los efectos sociales y políticos de las desigualdades existentes en las sociedades y, por ende, a otorgar mayor estabilidad social.

Los distintos países, de acuerdo con sus propios valores e ideologías, fueron optando por la incorporación de estos derechos en diversas medidas, en una gama que abarcó desde las políticas de derechos universales íntegramente aplicados por gobiernos europeos -como los países escandinavos- en los que había máxima protección de los ciudadanos en aspectos relativos a educación, previsión social y salud; hasta su opuesto en países como Estados Unidos, los que optaron por modelos selectivos que cubrían sólo parcialmente estos derechos, principalmente en aspectos como los accidentes del trabajo o las jubilaciones, pero que no incorporaron la salud, la educación superior ni otros.

A fines de la década de 1980 se produjo la denominada crisis de los estados de bienestar, y los países comenzaron a derivar hacia una modalidad más selectiva. Los sistemas sanitarios no escaparon al debate que surgió en torno a este aspecto; por el contrario, forman parte

importante en dicho debate, pero agregan a éste elementos propios de su realidad que hacen más complejo aún el enfrentamiento del tema.

Para resumir este contexto de la crisis sanitaria, podríamos decir que ella se manifestó en tres aspectos centrales.

1. La crisis financiera, consecuencia del enorme incremento del gasto sanitario. Este mayor gasto se relaciona con diversos factores, entre ellos los siguientes:

a) Cambios demográficos. Los cambios que acontecieron en el siglo XX causaron el mejoramiento de las condiciones de vida, la mayor disponibilidad de alimentos y otros artículos de consumo, la educación más extendida, etcétera; y tuvieron como consecuencias la prolongación de las expectativas de vida, la disminución de las tasas de mortalidad y, por ende, el envejecimiento de la población, junto con la prolongación de la vida de personas portadoras de enfermedades crónicas e invalidantes.

b) Incorporación de nuevas tecnologías, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. La disponibilidad de tecnología y de fármacos e insumos en la actualidad permite tratar oportunamente patologías que antes causaban la muerte inminente; pero esta incorporación de tecnología presenta aspectos complejos si se toma en cuenta la presión por el uso indiscriminado de ella que ejercen tanto la industria farmacéutica como la de equipamiento e insumos.

c) Incremento de la oferta de prestaciones, de acuerdo con las legítimas demandas ciudadanas por más acceso a ellas y mayor cobertura de patologías.

d) Insuficiente aplicación de técnicas de organización y gestión en la prestación de servicios sanitarios, debido a la dificultad que muestran las estructuras asistenciales clásicas para adecuarse a las necesidades actuales de modernización del sector.

2. La crisis de racionalidad. Relacionada con la forma de entregar la asistencia, su consecuencia inmediata es la disminución de la eficacia y eficiencia de los sistemas sanitarios, la que se manifiesta en aspectos como: falta de coordinación de sus servicios en los diferentes niveles y entre las unidades de un mismo servicio ante la demanda de cuidados más complejos y variados; insuficiente atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud; ausencia de políticas intersectoriales; falta de evaluación para la incorporación de tecnología de alto costo; falta de evaluación del impacto que ejercen las acciones de salud; inadecuada oferta de servicios frente a los cambios y condiciones sociales; e inadecuación de los sistemas de pago a los prestadores que se transforma en desincentivo a la eficiencia y pagar, independiente del mejor o peor resultado.

3. La crisis de legitimación del sector salud, caracterizada por la progresiva insatisfacción de los ciudadanos con sus sistemas de salud, debido a la falta de oferta adecuada de prestaciones y la forma de contactarse con las realidades y necesidades de los ciudadanos, a la despersonalización de los individuos en el sistema sanitario, a la conciencia creciente del aporte económico que los ciudadanos realizan al sector mediante impuestos o por cotizaciones, y por ello la exigencia del derecho a ser escuchados en sus expectativas respecto de los servicios.

La mayor educación e información de los ciudadanos también les ha ido permitiendo vincular la calidad de los servicios que reciben, como parte de las políticas públicas, con su voto en la elección popular de autoridades; en consecuencia, sus exigencias adquieren un mayor protagonismo y son elementos de presión para exigir mejores servicios.

Los factores mencionados han sido muy relevantes al momento de explicar la ola mundial de reformas a los Sistemas de Salud que han vivido numerosos países y de la que América Latina y Chile no han escapado.

Los sistemas de salud

Existen tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país: sus políticas de salud, el estado o situación de salud de la población, y el sistema de salud.

I. Las políticas de salud. Las políticas de salud son parte integrante de las políticas sociales y se las puede definir como una iniciativa sistemática para reducir los problemas de salud. Una política de salud lleva implícita la aceptación de la salud de las personas como un problema público en el cual el Estado asume un papel activo y

explícito. Definir políticas de salud es decidir qué papel desempeña el Estado en salud. Son de desarrollo reciente y en la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de la década de los '50.

II. El estado de salud. El estado de salud de la población constituye una dimensión de su calidad de vida. En él se expresan múltiples interacciones de una serie de factores, como las condiciones económicas, sociales, educativas, los estilos de vida, el ambiente, la genética y por último, en una parte menos relevante de lo que se pensó durante largo tiempo, están los sistemas de salud. La salud de la población se puede medir por medio de indicadores como las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer, y de indicadores epidemiológicos más avanzados, como los AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos) o los indicadores de calidad de vida asociada con salud (AVISA).

III. El sistema de salud. El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede definirse como una respuesta social organizada a los problemas de salud. La definición de este último concepto evidencia su conexión con los dos anteriores y, al mismo tiempo, de él se desprende que puede haber una respuesta social a los problemas de salud de la población en que no participe el Estado.

El término "sistema de salud" hace alusión a un conjunto de actores y actuaciones más amplio que el sistema de atención médica. En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Todo sistema de salud, de acuerdo con Tobar¹, se puede pensar como la articulación de tres componentes:

- **Político**, que llamaremos modelo de gestión en el análisis del sector salud;
- **Económico**, que llamaremos modelo de financiamiento; y
- **Técnico**, que llamaremos modelo de atención o modelo asistencial.

¿Qué es un modelo de gestión?

Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema. En el análisis de los sistemas de salud, de acuerdo con Tobar¹, se pueden distinguir dos aspectos centrales respecto del modelo de gestión: los valores que guían al sistema ¿universalidad de la cobertura o efectividad de las acciones? (impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos); y las funciones del Estado en Salud -informar a la población, proveer directamente servicios, financiar servicios y regular el mercado. Entonces, para el modelo de gestión del sistema, es importante detectar en cada país cuáles son los principios y valores que guían el sistema, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD

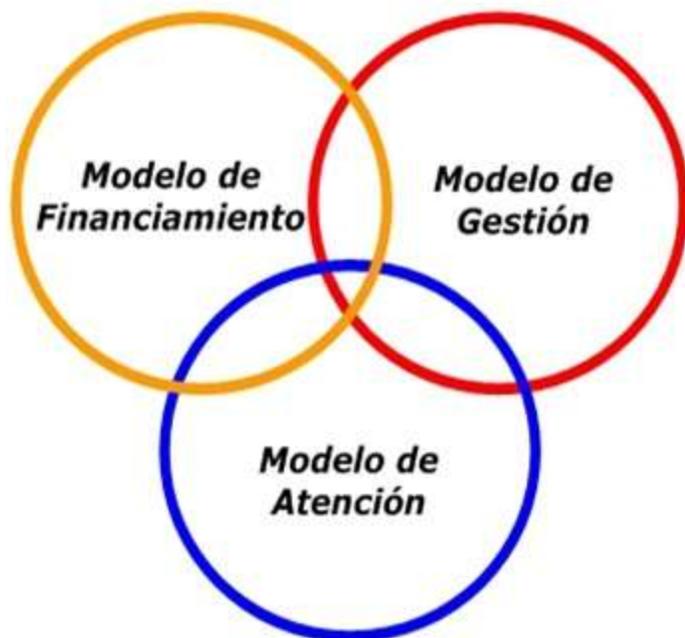


Figura 1. Componentes del sistema de salud. Modificado de Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires, 2002.

En el plano histórico, las organizaciones se han dirigido de acuerdo con principios *tayloristas* de división y especialización del trabajo, por departamentos o funciones. Las organizaciones de salud no han escapado a esta tendencia. Los organigramas establecen la estructura organizativa y designan dichas funciones. Este tipo de diagrama permite definir claramente las relaciones jerárquicas entre los distintos cargos de una organización (cadena de mando), pero en un organigrama no se ve reflejado el funcionamiento de la organización sanitaria, las responsabilidades, las relaciones con los usuarios, los aspectos estratégicos o clave, ni los flujos de información y comunicación interna.

Esta visión departamentalizada de las organizaciones ha sido fuente de diversos problemas y críticas debido a lo siguiente:

- Se establecen objetivos por servicios clínicos, los que suelen ser incoherentes y contradictorios con los objetivos globales de la organización hospitalaria.
- La proliferación de actividades por servicios que no aportan valor al usuario ni a la propia organización hospitalaria genera una injustificada burocratización de la gestión.
- Hay lentitud y fallas en el intercambio de información y materiales entre los diferentes servicios (especificaciones mal definidas, actividades mal estandarizadas, actividades duplicadas, indefinición de responsabilidades, etc.).

- Poca potenciación y motivación de las personas, por la separación entre los que piensan y los que trabajan, y por un estilo de dirección autoritario y no participativo.
- No están orientadas a la satisfacción de sus clientes.
- Las estructuras organizativas más rígidas presentan menos posibilidades de responder con rapidez a los cambios.
- La centralización de la autoridad impide la toma de decisiones oportuna y le imprime un ritmo lento al quehacer.

En cuanto a las organizaciones de salud, las falencias del modelo de gestión actual se evidencian con los llamados problemas de frontera, los que surgen por falta de una visión integral de los procesos: una organización departamentalizada se convierte entonces en un archipiélago donde nadie gestiona los puentes entre una isla y otra. Es frecuente encontrar que los pacientes van de un servicio a otro, pasan de la atención especializada a la atención primaria, sin más puente que la conocida interconsulta, inventada por la organización, consciente de su fragmentación, pero ¿quién gestiona que ese puente funcione? Como dato importante, tenemos que 20% de los recursos de las organizaciones tradicionales están dedicados a resolver los llamados problemas de fronteras, los que pueden convertirse en "tierras de nadie" o tierras en disputa.

Entonces, el modelo de gestión tradicional es: jerarquizado, burocrático, poco autónomo, carente de visión integral de los procesos, centrado en normas y no en objetivos, proclive a controlar procedimientos pero no a medir resultados o impactos, operante sobre mercados cautivos -ciudadanos que no pueden optar por quedarse fuera del sistema-, falta de concentración en el cliente.

La complejidad de las demandas actuales sobre las organizaciones de salud por parte de usuarios cada día más exigentes, la necesidad de readecuar su oferta sanitaria a los cambios demográficos y epidemiológicos, los altos costos de la atención médica, el impacto ocasionado por la incorporación de la tecnología médica y de información, presionan a las organizaciones de salud para adaptar su modelo de respuesta frente a estas demandas.

Hacia el modelo de Gestión por Procesos

El nuevo modelo que se hace necesario debe cumplir con lo siguiente:

- Propiciar el trabajo cooperativo, la interacción de las experiencias individuales y colectivas, la movilización de los distintos saberes que entran en el objetivo de salud.
- Fomentar la autonomía y la responsabilidad de los profesionales y su compromiso con la misión institucional y con los resultados en salud.
- Flexibilizar la planificación, con miras a beneficiar el aprendizaje institucional que se hace en el transcurso de las acciones y dar lugar a la visión de los procesos.
- Las normas rígidas deben ceder lugar a directrices flexibles, basadas en el flujo constante de informaciones sobre la realidad y sobre las acciones institucionales, sus procesos y sus resultados.

- Propiciar mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones, ya que éstas no deben quedar sólo en las manos de los administradores.
- Velar por una visión integral de los procesos, con el fin de evitar las "tierras de nadie".
- Establecer objetivos coherentes en toda la organización.
- Centrar la organización en las demandas y expectativas del usuario, actitud que deben compartir todos sus miembros.

De lo anterior se desprende que las organizaciones de salud, para que puedan tomar decisiones adecuadas y oportunas, deben tener estas características, las que significan un nuevo modelo de desempeño institucional que traspase el modelo tradicional de gestión y evolucione hacia lo que se ha llamado la Gestión por Procesos. Este modelo se enmarca en la Gestión Sistémica y la Administración por Contingencias.

Es necesario, entonces, que a las diferentes organizaciones de la sociedad las contemplemos como sistemas complejos, de procesos de toma de decisiones, formados a su vez por un sistema ambiental externo y un sistema interno de relaciones que son interdependientes.

Los artículos de la Serie "Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud" provienen del curso *Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud*. Si le interesa ahondar en estos contenidos, le invitamos a tomar el curso en el siguiente [link](#).

Referencias

1. Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires, 2002. ↑ | [Link](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.