

LAS ORGANIZACIONES DE LA SALUD, LA REFORMA DEL SECTOR Y LA NUEVA GERENCIA: UNA REVISIÓN

Dr. Manuel Fco. Jiménez Navarrete*

Dra. Irene Ruiz Artavia**

Licda. Marylis Muñoz Robles***

RESUMEN

Esta es una revisión bibliográfica que pretende ubicar rápidamente al lector en el contexto histórico de la Reforma del Sector Salud y cómo las Organizaciones de Salud participan en ella, dentro y fuera del ámbito costarricense.

Se revisa también el concepto moderno de gerencia y la nueva visión de gerencia dentro de las organizaciones de salud.

Finalmente esbozamos un concepto del gerente en las organizaciones de salud actuales, con las características necesarias para que éste pueda cumplir con lo estipulado en la Reforma del Sector Salud.

I. LAS ORGANIZACIONES DE SALUD Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

La Reforma del Sector Salud (R.S.S.) se ubica en el marco de las transformaciones del Estado contemporáneo⁽¹⁾, que se orienta hacia un modelo de desarrollo sostenido guiado «...por el principio de equidad y que permita estabilizar la economía para ponerla al servicio del bienestar de todos».⁽²⁾

El gran deterioro social que siguió a la crisis económica de los años ochenta, así como la naturaleza de las relaciones internacionales en el nuevo orden mundial en formación⁽³⁾ propiciaron la redefinición del papel social del Estado⁽⁴⁾, que en el Sector Salud se tradujo en la necesidad de enfrentar la paradoja del imperativo moral de preservar la solidaridad y el buen carácter social de los servicios de salud versus el imperativo fiscal de procurar racionalizar los costos⁽⁵⁾.

A nivel mundial hay una tendencia a reformar los sistemas de salud. Los países europeos dieron inicio

con estos cambios a principios de la década de los noventa, en respuesta a un crecimiento económico más lento, a una mayor esperanza de vida, el consiguiente aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y las discapacidades, así como un crecimiento de costos derivado

de las tecnologías sanitarias^{(6) (7) (8)}.

Un ejemplo americano, lo constituye el controversial Plan Clinton en los Estados Unidos de América, que intenta seleccionar entre un plan de administración, un plan pagador individual y un plan orientado al mercado.⁽⁹⁾

En Latinoamérica la R.S.S. ha avanzado a velocidades diferentes, como producto de las distintas características sociales, económicas, políticas y ambientales imperantes en cada país.

Ya para el año 1994, dieciocho países trabajaban en estas reformas «...que en muchos casos procuraban la privatización de servicios públicos, a los que de por sí nunca habían tenido acceso las clases más desposeídas, que sobrepasan en promedio en la Región el cuarenta por ciento de la población total.»⁽¹⁰⁾

* Hospital de La Anexión, Nicoya.

** Hospital de La Anexión, Nicoya.

*** Área de Salud, Tilarán.

1. Villalobos Solano, L. «El concepto de salud en la Reforma: implicaciones operativas para una atención integral.» Documento elaborado para UNICEF. En prensa, 1977. Página 2.
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud: una condición para el desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1992; 113 : 558-563.
3. Organización Panamericana de la Salud. Op cit, página 563.
4. Villalobos Solano, L. Op cit, página 9.
5. Asvall, J.E. European Health Care Reforms: analysis of current strategies. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark, 1996. Pág. 1.

6. Infante, A. y Gozzer, E. Reforma de los Sistemas de Salud: qué puede aportar Europa Occidental a Latinoamérica. OPS/OMS. Documento fotocopiado sin fecha de publicación. Página 5.
7. Asvall, J.E. Op cit, páginas 5 a 8.
8. Osasuna Zainduz. Crónica de una Reforma. Vitoria-Gasteiz. Eusko Jaurlaritza, Gobierno Vasco 1995.
9. Griffin, G. The reform-plan maze: a quick look at three ways to go. Postgraduate Medicine 1993; 94 : 32-36.
10. Villalobos Solano, L. Op cit, página 10.

En México, por ejemplo, la reforma del Estado y de la Seguridad Social existe como proyecto desde el año 1994, sin que a la fecha se haya podido implementar. ⁽¹¹⁾

En Suramérica, Chile introduce cambios, en el Sector Salud, orientados hacia una mayor equidad en el acceso, una mayor eficiencia en la gestión y la adecuación de los programas en función del cambio epidemiológico⁽¹²⁾. Este país está en proceso de su tercera R.S.S.

Lamentablemente, la experiencia chilena ha comprometido severamente la equidad y la solidaridad de una parte importante de sus habitantes.

De las opciones teóricas de reforma de los sistemas de seguridad social que se han propuesto en Centroamérica ⁽¹³⁾, solamente Costa Rica ha podido implementar varios de los componentes de un Plan de Reforma.

En Costa Rica, a partir del año 1986, el Gobierno da inicio a las formulaciones teórico-prácticas en materia de R.S.S., con el propósito de mantener los indicadores de salud alcanzados, enfatizando en los grupos más vulnerables y en la reducción del gasto real del sector social ^{(14) (15)}.

El año 1994 fue clave para la combinación de varios factores teóricos, legales, políticos y pragmáticos que propiciaron la operacionalización de la Reforma en nuestro país ^{(16) (17) (18)}.

El Sistema de Salud costarricense ha logrado avanzar de manera importante en lo que respecta a la cobertura de servicios y en los sistemas de atención; sin embargo, la política económica de ajuste estructural dio lugar a un retroceso en la política social ⁽¹⁹⁾, obligando entre otras medidas a un proceso de reforma del Sector que se ajustara al desarrollo socioeconómico nacional ⁽²⁰⁾.

Dentro del contexto del proyecto de reforma del Estado se puntualizaron los siguientes problemas en el Sector Salud ⁽²¹⁾:

- * falta de claridad sobre la direccionalidad de las políticas nacionales de salud;

- * dicotomía preventiva-asistencial;
- * aumento de la demanda tratada sobre la base de un modelo de atención biológica y curativo;
- * estructura organizativa y funcional de carácter centralista, de una alta verticalidad en el mando y concentración de la toma de decisiones en la sede central;
- * injerencia del poder político en aspectos técnicos;
- * a nivel regional falta de autonomía para conducir los programas;
- * deshumanización en la relación trabajador de salud-paciente;
- * insatisfacción del usuario;
- * débil capacidad gerencial;
- * períodos prolongados de espera para cita, estudios especializados y para eventos quirúrgicos.

El Plan de Reforma del Sector Salud, al amparo de los principios filosóficos de la Seguridad Social, busca "...corregir y mejorar la capacidad operativa de las Instituciones del Sector Salud e introducir sus modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios de salud y su financiamiento, y a la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud" ⁽²²⁾.

Para el cumplimiento de lo anterior, se están operacionalizando los siguientes componentes del Plan ⁽²³⁾:

1. Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud.
2. Readequación del Modelo de Atención.
3. Fortalecimiento Institucional de la C.C.S.S.
4. Financiamiento.
5. Sistema de Información.
6. Sistema de Suministros.
7. Capacitación y Formación.
8. Fortalecimiento Institucional del INCIENSA.

Visto el panorama imperante, a continuación nos ocuparemos por analizar los conceptos actuales de GERENCIA en la Reforma y su importancia para la puesta en operación de la «nueva empresa o corporación» y el «nuevo gerente» en el Sector Salud.

II. LA GERENCIA EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

CONSIDERACIONES SOBRE EL CONCEPTO ACTUAL DE GERENCIA

La gerencia es un órgano específico de toda organización social cuya función consiste en dirigir los recursos humanos, materiales y financieros hacia los objetivos definidos para la misma ⁽²⁴⁾.

Es la mezcla equilibrada del manejo de la complejidad y la producción del cambio ⁽²⁵⁾.

La Gerencia es ciencia porque requiere de un conjunto de conocimientos metodológicos, financieros, de motivación, de planificación para organizar las actividades, las decisiones y las relaciones necesarias

11. Ruiz Esparza, G. La Reforma del Estado y la Seguridad Social. *Cuestión Social* 1994; 34: 17-20.
12. Ministerio de Salud. División de Planificación Estratégica. Departamento de Desarrollo Institucional. Documento de trabajo Grupo de Apoyo a la Reforma (G.A.R.). Santiago de Chile, octubre 1996. Páginas 1 y 3.
13. CEPAL. Seguridad Social y Equidad en Centroamérica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales -FLACSO-. San José, Costa Rica. Setiembre de 1995. Páginas 71 a 78.
14. Villalobos Solano, L. Op cit, páginas 8 y 9.
15. Quirós Coronado, R. Nuevos modelos de atención de salud. *Revista Jurídica de Seguridad Social* 1993; 3 : 21-30.
16. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 7374. En: La Gaceta No. 13. Alcance No. 1. Imprenta Nacional. San José, Costa Rica. Miércoles 19 de enero de 1994. Páginas 1 a 31.
17. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 7441. En : La Gaceta No. 216. Alcance No. 29. Imprenta Nacional. San José, Costa Rica. Lunes 14 de noviembre 1994. Págs. 1 a 79.
18. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. El Proyecto de Reforma del Sector Salud: resumen junio 1993. *Acta Médica Costarricense* 1993; 36: 6-44.
19. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Op cit, p. 2.
20. Jiménez Fonseca, E. La Seguridad Social en Costa Rica: problemas y perspectivas. EDNASSS-CCSS. San José, Costa Rica, 1994. Página 91.
21. Jiménez Fonseca, E. Op. cit. páginas 239 y 240.

22. Jiménez Fonseca, E. Op. cit. página 243.
23. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Op cit, p. 7.
24. Figueroa, R. y Molina, C. El administrador o gerente en las organizaciones del trabajo. En : Organización y Gerencia Pública. II edición. Editorial ICAP. San José, Costa Rica, 1992. Página 118.
25. Price Waterhouse. Programa de capacitación para líderes institucionales para un mejor cambio. San José, Costa Rica, 1996. Página 18.

para el cumplimiento de objetivos y metas organizacionales⁽²⁶⁾.

También la gerencia es considerada arte porque el ejercicio gerencial implica creatividad, técnica, y el manejo de recursos tecnológicos necesarios para el desarrollo de los diferentes procesos de trabajo de la organización⁽²⁷⁾.

Es decir, el nuevo gerente ejercerá como gerente y líder a la vez.

El gerente debe planear objetivos, pasos a seguir, recursos y presupuestos; examinar el entorno y hacer análisis de su empresa, para organizar estructura organizacional, la delegación del poder, formar equipos y diseñar estrategias; controlar reportes, reuniones, comparar resultados con las metas y tomar medidas.

Como líder para fijar una dirección, debe tener presente la misión y visión; movilizar personas, facultar, dar apoyo y promover espacios para la motivación; buscar cambios constructivos; actuar convencido con coraje y valentía y saber lidiar con la complejidad, ambigüedad e incertidumbre.⁽²⁸⁾

Las perspectivas de la Gerencia Empresarial en los años noventa se enmarcarán en un contexto que Kliksberg denomina «alta gerencia en la turbulencia»⁽²⁹⁾, cuyas características giran en torno a cambios incesantes, principalmente del actual entorno económico y político internacional, generando profundas y continuas variaciones en el medio ambiente en el que operarán las organizaciones latinoamericanas. Lo cotidiano será la complejidad e incertidumbre.

El autor supracitado afirma que ya es hora de la retirada de la «Gerencia Tradicional», causante de la mala administración como origen más importante del ritmo descendente que ha seguido la productividad, por ejemplo, en los Estados Unidos⁽³⁰⁾.

Las principales insuficiencias estratégicas de este esquema gerencial tradicional, también denominado organización formal o piramidal, son⁽³¹⁾:

1. Apego axiomático a la aplicación de los manuales del modelo de Fayol: planifica, dirige, coordina, organiza y controla.
2. Percepción básicamente formalista de la organización, destacando disfuncionalidades de la organización piramidal.
3. No garantiza productividad ni eficiencia.
4. Los miembros de la organización trabajan con marcos de referencia deficientes, tales como liderazgos informales, luchas por poder y liderazgos técnicos.
5. Reducir la gerencia a problemas de planteamiento formal es una simplificación que la debilita al suponer un funcionamiento automático de las estructuras formales que no se da en la práctica.
6. La reducción de la gerencia a problemas de planteamiento formal coadyuva a no diseñar estrategias para operar con el complejo de factores que determinan en definitiva el comportamiento organizacional.

7. Inflexibilidad organizacional de la organización piramidal.
8. Dicotomía Planificación-Implementación: se cree en la necesidad de separar el proceso de planeamiento, que fija estrategias, del proceso de implementación, dedicado meramente a su ejecución.
9. Políticas de personal obsoletas.
10. Errores en la formación de gerentes.

REALIDAD GERENCIAL ACTUAL EN LATINOAMÉRICA

Figueroa y Molina afirman que⁽³²⁾:

« En el sector público de salud de los países centroamericanos, podemos asumir que entre el ministro de salud y los trabajadores del nivel operativo, existe una diversidad de funcionarios que cumplen un trabajo gerencial

de línea media...directores de hospitales ... jefes de departamento, de secciones, etc.»

« Es el trabajo que se realiza en este nivel, el que viene a garantizar operacionalización de la estrategia o grandes objetivos que han sido establecidos para todo el sector y hacia el cual deberá estar orientada la acción de cada una de las organizaciones constitutivas del mismo.»

Para la administración moderna local de servicios, Castellanos Robayo menciona que las acciones de reorganización de servicios de salud «...poseen un denominador común en las áreas urbanas, identificado en el proceso de administración y planificación de la atención de la salud» y que el análisis de experiencias de planificación de salud en la región:

«...permiten señalar dos condiciones fundamentales para este proceso: primera que la planificación sea efectivamente sectorial y segunda que avance hasta la etapa realmente aplicativa u operacional»⁽³³⁾.

Si bien la literatura nacional e internacional es pródiga en el respaldo teórico referente a la importancia de gerenciar los servicios de salud, se ha analizado que el Sistema Nacional de Salud carece mayoritariamente de verdaderos gerentes.

Entre las situaciones problemáticas que los actores del Sector Salud deben enfrentar para preservar la legitimidad de su intervención en la situación de salud del país, se menciona como una de las más destacadas «la falta de capacidad gerencial que afecta la toma de decisiones y la prestación de los servicios»⁽³⁴⁾.

Por lo anterior y otras debilidades detectadas, una de las interrogantes que la O.P.S. se plantea, es si en el interior de las instituciones de salud se podrá gestar una reforma:

26. Ramírez Amador, E. Hablemos de Gerencia: un enfoque futurista. III edición. Editorial Alma Mater, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, 1996. Página 9.

27. Ramírez Amador, E. Op cit, página 10.

28. Price Waterhouse. Op cit, página 18.

29. Kliksberg, B. Las Perspectivas de la Gerencia Empresarial en los Años Noventa. Pensamiento Iberoamericano 1991; 19: 141-163.

30. Kliksberg, B. Op. cit. página 143.

31. Kliksberg, B. Op. cit. páginas 146 a 154.

32. Figueroa R. y Molina, C. Organización y Gerencia Pública. Instituto Centroamericano de Administración Pública. Segunda edición. San José, Costa Rica, abril de 1992. Página 120.

33. Castellanos, J. La atención en salud en áreas urbanas. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 11: página 25.

34. Organización Mundial de la Salud/PASCAP. Escenarios de Salud en Costa Rica. Publicación técnica No. 25. San José, Costa Rica, junio 1992. Página 111.

...que logre más flexibilidad en la gestión y menor complejidad funcional, volcándose a competencias reguladoras y fiscalizadoras más que ejecutoras, como producto de la transferencia de actividades a agentes autónomos regionales, gobiernos locales y comunidades organizadas»⁽³⁵⁾.

Una de las respuestas para abordar lo anterior, colaborando con la corrección de debilidades gerenciales en las instituciones de salud, la propuso la Conferencia Interamericana de la Seguridad Social durante la XV Asamblea General (San José, Costa Rica 1989). En su Resolución No. 111 (Apoyos administrativos a programas de Seguridad Social) acordó quince ideas, entre las que destacan las cuatro primeras⁽³⁶⁾:

1. Fomentar transformaciones y cambios funcionales en los organismos de seguridad social, encaminados a obtener el máximo rendimiento y servicios.
2. Mejorar la productividad de la administración por medio de la simplificación de procedimientos, la aplicación de instrumentos y formas modernas, así como la incorporación de tecnología apropiada, en todos los campos.
3. Identificar los modelos administrativos en los que se desenvuelven las instituciones, con propósito de hacer las correcciones y enmiendas que permitan adecuarse a los objetivos y necesidades de la población.
4. Determinar los campos en que, por los compromisos de las instituciones, se requiere un mejor manejo del proceso de desarrollo de los sistemas: así como de las herramientas que se utilizan en la gestión, para que la seguridad social transite por las experiencias de la «excelencia administrativa».

Para gerenciar en nuestras instituciones de salud, el respaldo teórico es vasto, pues con el fin de apoyar la nueva modalidad gerencial y el reconocimiento de las debilidades se ha investigado ampliamente.

Lo que se requiere es implementar una cultura organizacional basada en la visión internacional, que se está proponiendo de la Gerencia en una época de cambio y de grandes transformaciones, de las que la Reforma del Sector Salud no es ajena.

IV. DESAFÍOS DEL GERENTE EN EL MARCO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Los organismos internacionales proponen para la reforma sectorial en el ámbito de la salud en América que «...la reforma debe incluir el desarrollo de sistemas y métodos de gestión en cada entidad de financiamiento, administración y provisión; la capacitación para la operación de esos sistemas y, sobre todo, para la adopción de decisiones; y una estructura legal y administrativa que incorpore a la totalidad de los agentes -públicos y privados- al sistema nacional de salud, respete sus respectivos

márgenes de autonomía, armonice el conjunto y regule la competencia a nivel micro.»⁽³⁷⁾.

Ramírez⁽³⁸⁾ propone para la «Gerencia de los 2000» una visión renovada de varios aspectos. Adaptamos estas valiosas ideas, añadiendo nuestras consideraciones y referencias de apoyo complementarias sobre lo que debe implementarse en nuestras instituciones de salud:

ESTRUCTURA

«Una empresa menos piramidal con gerentes abiertos, competitivos y comprometidos con la realidad del entorno.»

La Reforma propone la descentralización: entendida como «la transferencia de competencia o autoridad en la planificación, gestión y toma de decisiones desde el nivel central al nivel local»⁽³⁹⁾.

La construcción de un nuevo tipo de gestión supone otorgar jerarquía técnica y política, se refiere a compartir el poder⁽⁴⁰⁾.

Sin embargo, se deben hacer los cambios en las leyes, debe haber unidad de condiciones y normas para que las autoridades locales y regionales obtengan la autoridad necesaria.

Se suma a esto un nuevo elemento: la participación de la comunidad, no sólo promocionando y actuando sobre el autocuidado sino participando en la toma de decisiones local y regional⁽⁴¹⁾.

La Reforma del Sector Salud orienta a la descentralización de procesos y a la «accountability» del nivel local. Consideramos que esto debe cumplirse a cabalidad si deseamos que el cambio sea efectivo.

LIDERAZGO

«No centralizado, conducido por un gerente visionario, facilitador y constructor de «andamios» que no recurra al «no se puede», a «esperar el mejor momento», al «formar una comisión» o a demorar procesos.»⁽⁴²⁾

Que se perciba a sí mismo como agente de cambio y dé ejemplo. Que actúe convencido, que crea en la gente, sea sensitivo y entienda el lado humano. Que sea un aprendiz toda su vida⁽⁴³⁾.

En nuestro criterio todas aquellas actividades orientadas a formar gerentes en salud deben tener un lugar prioritario en nuestras organizaciones de salud.

MERCADEO

«Apoyado en un poderoso y oportuno sistema de información, conocer y divulgar lo que a nuestra institución interesa que el cliente interno y externo conozcan y

35. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud/PASCAP. Op. cit. página 118.

36. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Derechos Humanos y Seguridad Social: declaraciones, resoluciones y recomendaciones internacionales. Cuaderno Técnico 1992/1. México D.F., México 1992. Páginas 60, 68 y 69.

37. Organización Panamericana de la Salud. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Versión preliminar del documento que se presentó en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, E.U.A., setiembre de 1994), elaborada durante el XXV período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Cartagena de Indias, Colombia (abril de 1994). Página 90.

38. Ramírez Amador, E. Op. cit. páginas 35 y 36.

39. Jiménez Fonseca, E. Op. cit. página 173.

40. Ministerio de Salud. División de Planificación Estratégica. Departamento Institucional. Santiago de Chile, sin fecha de publicación. Página 11.

41. Jiménez Fonseca, E. Op. cit. página 243.

42. Ramírez Amador, E. Op. cit. página 25.

43. Price Waterhouse. Op. cit. página 19.

compartan.»⁽⁴⁴⁾

Consideramos que en el Sector Salud es muy importante que el gerente y la organización se comprometan en toda una estrategia de mercadeo social, donde la información sea veraz y asegure la confianza de los clientes internos y externos hacia nuestra organización.

INNOVACIÓN

«Olfato para aprovechar las oportunidades, innovación con evaluación del riesgo y oportunidades y con base a las exigencias del mercado.»⁽⁴⁵⁾

Nuestra opinión es que en nuestras instituciones de salud requerimos de la implementación cuidadosa y bien planificada de la descentralización versus la desconcentración, la reingeniería, la calidad total, la simplificación de trámites y la reorganización administrativa. En síntesis, un rediseño institucional con una nueva cultura organizacional convenientemente adaptada. Donde el formar equipos será la estrategia de la organización que desee asegurarse la calidad⁽⁴⁶⁾.

Al formar un equipo de trabajo se tiene como principal característica la apropiación colectiva del proceso de trabajo mediante la toma de decisiones conjunta y la participación activa de todos sus integrantes en el cumplimiento de la misión de la organización.

En este sentido cobra especial interés la necesidad de que los EBAS y demás instancias organizativas, den el paso de constituirse en equipos de trabajo mediante la apropiación y recreación del trabajo colectivo en el proceso de atención integral de la salud.

La innovación en la búsqueda de la calidad, eficiencia y efectividad del sistema de salud deberá basarse en «...el saber, el sentir y el hacer (conocimientos, valores, prácticas) de los recursos humanos»⁽⁴⁷⁾.

VENTAS

«Si se vende para posicionar o se vende por vender. Si le vendemos a compradores o le vendemos a clientes.»⁽⁴⁸⁾

Como resultado del desempeño del trabajo en equipo debe garantizarse la calidad «de las ventas» tanto para proveedores, clientes externos e internos como para los mismos miembros de los equipos⁽⁴⁹⁾.

La definición de calidad de la Empresa Price Waterhouse dice:

«Calidad es: anticipar, cumplir y superar los requisitos y deseos del cliente, mejorar continuamente el producto y el proceso, reducir la duración de los ciclos de tiempo, ser competitivos en los costos y crear riqueza auténtica.»⁽⁵⁰⁾

El concepto de Garantía de Calidad significa para

44. Ramírez Amador, E. Op. cit. página 25.

45. Ibidem.

46. O.P.S./O.M.S./PASCAP. Elementos básicos para la construcción del equipo de salud. En: Evaluación del desempeño del equipo local de salud. San José, Costa Rica, 1994. Página 43.

47. O.P.S./O.M.S./PASCAP. El proceso de trabajo como eje articulador de la educación permanente. En: Evaluación del desempeño del equipo local de salud. San José, Costa Rica, 1994. Página 19.

48. Ramírez Amador, E. Op. cit. página 25.

49. Price Waterhouse. Op. cit. páginas 9 y 10.

50. Ibidem.

nuestras instituciones de salud el asegurar que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud son las apropiadas para lograr que el cliente reciba el máximo de beneficio al menor riesgo y costo.⁽⁵¹⁾

Consideramos, por ejemplo, que dentro del Plan de Modernización de la C.C.S.S., esta estrategia (la Garantía de Calidad), a la luz de los compromisos de gestión que se están operativizando, debe ser del conocimiento y del dominio pleno de todos los gerentes en todos los niveles de las áreas de salud y de los hospitales.

FINANZAS

«Toda empresa debe evolucionar hacia el camino correcto de grandes proyectos con visión largoplacista en lugar de la mentalidad cortoplacista en la rentabilidad actualmente vigente en muchas instituciones.»⁽⁵²⁾

Se deberá desarrollar el monitoreo de la producción, rendimiento, recursos y costos como productos de la Calidad Total y excelencia de servicios.

El financiamiento como está planteado en la Reforma deberá avanzar hacia la consolidación de regímenes sustentables a largo plazo⁽⁵³⁾.

Es nuestra opinión que las instituciones de salud deben adaptar sus planes operativos anuales más allá del cumplimiento de metas y objetivos anuales, con la consiguiente implementación de un proceso presupuestario de respaldo, considerando proyectar con visión futurista la satisfacción de necesidades básicas de las comunidades dentro de un marco de desarrollo sostenible.

Hacemos nuestras las palabras de Mario Rovere⁽⁵⁴⁾ al afirmar que «...la manera más conveniente de alcanzar los principios de la Seguridad Social parece ser la Planificación Estratégica».

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

«En esta época es imprescindible que toda empresa posea un desarrollo informático integrado, en donde la gerencia y directivos tengan acceso al estado en que se encuentran todos los proyectos, más que utilizar a las computadoras como simples máquinas de escribir.»⁽⁵⁵⁾

Consideramos aberrante en la actualidad que algún gerente no posea conocimientos en informática, o que éstas adolezcan de un sistema de información eficiente, eficaz y efectivo.

Toda actividad que apoye lo estipulado en el componente de fortalecimiento de los sistemas de información descrito en el Plan de Reforma del Sector Salud, debe apoyarse sin tropiezos ni ambigüedades.

RECURSOS HUMANOS

«Una empresa con empleados polifuncionales con clases anchas de puestos, con una capacitación integrada por módulos en donde no se compite con las universidades, fomentando el trabajo en equipo, con una evaluación de desempeño más en función del grado del logro de objetivos

51. Jiménez Fonseca, E. Op. cit. página 252.

52. Ramírez Amador, E. Op. cit. página 25.

53. Jiménez Fonseca, E. Op. cit. página 200.

54. Rovere, M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. O.P.S./O.M.S./PASCAP. San José, Costa Rica, 1992. Página 5.

55. Ramírez Amador, E. Op. cit. página 25.

y metas más que individual...»⁵⁶⁾

La Educación Permanente aparece como una estrategia de transformación de los servicios cuyo eje central es el rol protagónico del recurso humano⁵⁷⁾. La práctica de trabajo es el ámbito de acción, reflexión y punto de partida para la búsqueda de información y teoría. El enfoque de esta estrategia por parte de la O.P.S. «...trata de generar oportunidades para proponer de manera sistemática posibles explicaciones y aproximaciones resolutivas a los problemas con participación interdisciplinaria e intersectorial»⁵⁸⁾.

La otra estrategia en materia de recursos humanos es la Participación Social para asegurar la integración comunidad-personal en el proceso de planificación de la salud.

En nuestro criterio, todas las instituciones de salud deben poseer una tríada técnica de la mayor eficacia, eficiencia y efectividad: informar, capacitar y formar sus recursos humanos para crear un alto grado de congruencia entre las metas individuales y los objetivos de la organización⁵⁹⁾.

Sin estos requisitos, el Plan de Reforma del Sector Salud está condenado al fracaso, pues es necesario que los gerentes equilibren adecuadamente las funciones de gerencia y liderazgo.

CONCLUSIÓN

El mundo ya no es igual minuto a minuto, el gerente de las instituciones de salud debe eliminar muchos paradigmas, promover el cambio de clima organizacional hacia la solidaridad, el cambio de cultura hacia el «nosotros» en actitud de compromiso personal, el ser flexibles incrementando la capacidad de aprender, el ser democráticos pues todos somos responsables socialmente y el promover lo que se dice y se hace con honestidad, voluntad de hacer y voluntad de servir.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. CISS. Resolución No. 109 : La Atención Primaria de la Salud. En: Derechos Humanos y Seguridad Social. Cuaderno Técnico 1992/1. C.I.E.S.S. México D.F., México, 1992. Páginas 65 a 67.

Feder, J. How physicians will benefit under Clinton's plan. Postgraduate Medicine 1994; 95: 49-56.

González, A. y Velásquez, J. Gestión Tecnológica en Salud. Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica, 1996. Páginas 46 a 54.

Griffin, G. Doctor to Doctor. Postgraduate Medicine 1993; 94: 3.

O.M.S./O.P.S./PASCAP. Evaluación del desempeño del equipo local de salud: compromiso para un compromiso estratégico. San José, Costa Rica, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. Salud : una condición para el desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1992; 113: 558-563.

Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca. Vitoria-Gasteiz. Eusko Jaurlaritza, Gobierno Vasco 1995.

Osasuna Zainduz. Plan de Salud. Vitoria-Gasteiz. Eusko Jaurlaritza, Gobierno Vasco 1995.

Proyecto Estado de la Nación (COSTA RICA). «Capítulo 2. Equidad e integración social». En: Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible: un análisis amplio y objetivo sobre la Costa Rica que tenemos a partir de los indicadores más actuales. Primera edición. San José, Costa Rica 1996. Páginas 51 a 82.

Rodríguez Rojas, J. Equidad y Desarrollo : el caso de Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Octubre 1996.

Vargas Fuentes, M. Gerencia de Servicios de Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública. San José, Costa Rica. Julio 1990.

Villalobos, L. Salud y Sociedad : un enfoque para Centroamérica. Instituto Centroamericano de Administración Pública. Segunda edición. San José, Costa Rica. Febrero de 1992.

56. Ibid.

57. O.P.S./O.M.S./PASCAP. Una nueva dinámica para el desarrollo del trabajo en salud. En: Evaluación del desempeño del equipo local de salud. Volumen IV. San José, Costa Rica, 1994. Página 24.

58. Ibid.

59. Figueroa, R. y Molina C. Op. cit. página 87.