

Alfredo Gómez Castellanos
Facultad de Estudios
Superiores/UNAM

alfecaste@gmail.com
Correo electrónico:

Palabras clave: Conocimiento,
análisis, estrategias, dimensiones,
Sector Salud

Un método para el análisis estratégico del sector salud

Resumen

Para fundamentar el método y las técnicas a ser utilizados en el análisis estratégico del sector salud en México, algunas consideraciones teóricas deben ser hechas, según Santos (1995), en la ciencia moderna la ruptura epistemológica simboliza el salto cualitativo del conocimiento del sentido común para el conocimiento científico; en la ciencia posmoderna el salto más importante es lo contrario, del conocimiento científico para el conocimiento del sentido común. Se trata, entonces, de una racionalidad hecha de racionalidades, de un conocimiento del conocimiento y para que esta configuración de conocimientos ocurra es necesario invertir la ruptura epistemológica de la ciencia moderna.

Según esto, es posible en el acto de conocimiento, partir de un punto de ignorancia para un punto de conocimiento, existiendo, en el proyecto de modernidad, el conocimiento regulador que surge entre el caos y el orden, que caracteriza al conocimiento hegemónico; o bien, por el conocimiento emancipatorio que se desenvuelve del colonialismo hasta la solidaridad como un salto paradigmático de crítica al conocimiento dominante. Los desafíos a ser resueltos son: del predominio del monoculturalismo para el multiculturalismo; de la descontextualización de sus acciones para la previsión de sus consecuencias; y de la objetividad y neutralidad para maximizar la objetividad y minimizar la neutralidad, ya que las acciones y la subjetividad son tanto productos como productores de los procesos sociales (Santos 2005).

A method for analysis strategic health sector

Summary

To base the method and techniques to be used in the strategic analysis of the health sector in Mexico, some theoretical considerations must be made, according to Santos (1995), in modern science the epistemological rupture symbolizes the qualitative leap in the knowledge of common sense to scientific knowledge; In postmodern science the most important leap is the opposite, from scientific knowledge to common sense knowledge. It is, then, a rationality made of rationalities, a knowledge of knowledge and for this configuration of knowledge to occur it is necessary to reverse the epistemological rupture of modern science.

According to this, it is possible in the act of knowledge, starting from a point of ignorance to a point of knowledge, existing, in the modernity project, the regulatory knowledge that arises between chaos and order, which characterizes hegemonic knowledge; or else, by the emancipatory knowledge that evolves from colonialism to solidarity as a paradigmatic leap from criticism of the dominant knowledge. The challenges to be solved are: from the predominance of monoculturalism to multiculturalism; from the decontextualization of their actions to anticipate their consequences; and of objectivity and neutrality to maximize objectivity and minimize neutrality, since actions and subjectivity are both products and producers of social processes (Santos 2005).

Keywords:

Knowledge, analysis, strategies, dimensions, Health Sector

Introducción

Nos encontramos entre los cambios del paradigma actual de la ciencia clásica basada en el cartesianismo, para un nuevo paradigma denominado cultural-crítico, ecológico o sistémico, fundamentado en los siguientes criterios (Capra 1991):

El cambio de la parte para el todo, en el cual la dinámica del todo permite comprender las propiedades de las partes y su interrelación con el todo; de estructura para un proceso, dinámico y cambiante; de la ciencia objetiva para la ciencia epistémica; de la construcción del conocimiento en red; y de descripciones verdaderas para descripciones aproximadas, en las que la ciencia no proporciona una comprensión completa y definitiva de la realidad.

Las contribuciones de los autores citados posibilitarán que los elementos contenidos en los diferentes documentos programáticos del Sector Salud en México, sean analizados bajo una perspectiva metodológica de confrontación-complementación a través del análisis estratégico multidimensional: teoría organizacional, objeto de estudio-trabajo, práctica profesional y planeación estratégica, como un todo y partes en un proceso dinámico, procurando siempre establecer redes de las diferentes formulaciones.

En este sentido, es importante seleccionar correctamente el método y la teoría adecuada para el estudio del Sector Salud. Según Godoy (1995), la investigación cualitativa no procura enumerar o medir los eventos estudiados, ni emplea instrumental estadístico en el análisis de los datos; no es imperativo partir de hipótesis preestablecidas, y sí de presupuestos, pues las cuestiones son amplias y se tornan en más específicas durante la investigación. Así, la investigación cualitativa está orientada para el análisis de casos concretos en su particularidad temporal y local en sus contextos.

Entre los tipos de pesquisa cualitativa, dirigidos a los estudios de administración pública se resalta: estudio de caso, investigación documental y etnográfica.

El estudio de caso, para Yin (2001), es la investigación empírica de un fenómeno contemporáneo, en su contexto y en situación real. La opción por el estudio de caso parece ser adecuada a este trabajo; cuando se quiere responder a las cuestiones “cómo” y “por qué”, así como “para qué”, ciertos fenómenos ocurren, y requiere que se adquiera un profundo conocimiento de la organización.

Es importante destacar que en el estudio de caso el investigador puede utilizar una variedad diferente de fuentes de información, pudiendo valerse de las fuentes de evidencias descritas según Yin (2001): documentación, registro en archivos, entrevistas, observaciones directas, observación participante y artefactos físicos. Así, la opción para una investigación cualitativa, por medio de un estudio de caso, a través de evidencia documental y entrevista semiestructurada, permite comparar la interdependencia del fenómeno en estudio, a través de una revisión dialógica de los documentos oficiales de las instituciones (Morin 1994). Se pretende, en este método, un proceso articulado de varias dimensiones en estudio.

Dimensiones para el análisis estratégico

Los aspectos que permitirán el análisis estratégico del Sector Salud en México se delimitan por la interacción de las siguientes dimensiones: teoría organizacional y sus unidades primarias de análisis; planeación estratégica situacional con sus momentos en articulación con la Estrategia de Atención Primaria a la Salud; los escenarios del proceso salud-enfermedad y práctica profesional; dimensiones de las que derivan los presupuestos de bienestar y calidad, presentes en los programas del Sector Salud.

I. Teoría organizacional

En primera instancia, en relación con la teoría organizacional se proponen tres grandes categorías de análisis: conceptos neoclásico o normativo, sistémico y cultural-crítico, considerados en el campo de la administración pública, para establecer las bases teórico-me-

todológicas que sustentan a los programas del Sector Salud.

Las unidades primarias de análisis, elementos primordiales para el método estratégico multidimensional fueron concebidas bajo el marco general de la administración pública. Según Harmon y Mayer (2001) comprenden, por una parte, los campos de relaciones intra-inter y organización-individuo y, por otra, las categorías correspondientes a los vectores normativos (eficiencia, derechos y discrecionalidad); unidades primarias que darán pistas sobre el significado de las formulaciones contenidas en los documentos claves de las organizaciones del Sector Salud (Gómez 2009).

Harmon y Mayer (2001) formulan que la teoría neoclásica, considera la organización como un sistema intraorganizacional cerrado, sin relación con el medio que lo rodea y, en consecuencia, sus premisas subyacentes de racionalidad instrumental tienen como punto de vista fundamental la toma de decisiones, basadas en la jerarquía y el poder.

La noción de jerarquía basada en las premisas de poder y conocimiento y en las dicotomías de las cuestiones de hecho y valor, de conocimiento y sentimiento, de acción racional y no racional, es incapaz de explicar las relaciones complejas entre los diversos niveles de la organización, generalmente mediados por procesos de negociación y acuerdos.

La eficiencia y la efectividad, como vectores normativos, son los valores supremos de esta teoría organizacional, comprendidas de diferentes formas, que van desde el uso eficiente de los recursos, según Weber, seguido por la noción de la “mejor manera”, de acuerdo con Taylor, llegando al bien de la cooperación para producir y distribuir, según Barnard (Harmon y Mayer 2001).

Los derechos y adecuación del proceso se encuentran definidos de acuerdo con las reglas propuestas por la organización y procedimientos internos, que se manifiestan en la prestación de cuentas en todos los niveles jerárquicos. Estos problemas son considerados, en esta

teoría, como elementos políticos y, en consecuencia, al quedar fuera del alcance racional, deberá ser considerados por la gestión administrativa, y transformados en problemas de eficiencia.

Respecto de la representación y control de la discrecionalidad, son controladas a través de la especialización del trabajo que, al separar cargos, separa el desarrollo de las acciones, bajo reglamentos de la jerarquía y, por lo tanto, coloca un límite a la discrecionalidad, o es liberada en nombre de la eficiencia.

En conclusión, la teoría neoclásica o normativa de la administración pública se establece como una decisión normativa, y los valores gerenciales de eficiencia, eficacia para la consecución racional de objetivos y metas en función del conocimiento científico hegemónico; actuando como guías de la teoría y práctica de la administración del Sector Salud vigente en América Latina.

Así, en la teoría de sistemas se establece como unidades de análisis la articulación de las tres relaciones organizacionales, tomando como base la noción de equilibrio; por lo tanto, tiende a normar la relación entre eficiencia, eficacia con la de sobrevivencia y adaptación organizacional. Resta una posición secundaria la adecuación del proceso y la discrecionalidad, los que son utilizados como procedimientos reglamentados, sobre todo cuando se hace mención a la equidad e igualdad, de acuerdo con la idea de reducir la incertidumbre, y así poder alcanzar la sobrevivencia institucional.

Esta teoría de sistemas, bajo el concepto de función (prestación de servicios, financiamiento, gerencia de recursos, reglamentación, OMS 2000), articula estas tres relaciones organizacionales estableciendo un marco para analizar las influencias recíprocas, como pruebas de un proceso de adaptación.

En tanto, Perrow advierte que, en la relación interorganizacional, se utilizan la adaptación y la cooperación como estrategias secundarias y, por el contrario, el control del ambiente llega a ser considerado como la estrategia primaria.

Esto puede ser tolerable cuando existe energía y recursos económicos suficientes, mas puede ser un motivo de alarma en tiempo de escasez y de recortes en el ámbito público; ya que obliga a las organizaciones a tornarse depredadoras, lo que evita que sirvan al interés público, en su amplitud (Harmon y Mayer 2001).

Estas observaciones conquistan importancia cuando se evalúa cómo se comportan los vectores normativos de eficacia y eficiencia, ya que las expectativas de sensibilidad y responsabilidad frente al pueblo al que sirven, implican la observancia de una teoría sistémica amplia, lo que es incongruente con el control dictada por las normas de la racionalidad sistémica reductora, impidiendo la compatibilización de estrategias de la organización con las demandas del entorno, sin reconocer los derechos de los clientes, que llevarían a la incertidumbre, nociones que la racionalidad, en este tipo de organización, regula o suprime.

La teoría crítica-cultural considera como unidad primaria de análisis la relación cara a cara de los tres campos organizacionales y de la normatividad, lo que permite el desarrollo de procesos no coercitivos para la obtención de consensos.

Así, ante los vectores normativos de eficiencia y efectividad, considerados valores tradicionales de la administración pública, se formula la idea de que éstos son valores de la burocracia tradicional, sustentados en la racionalidad instrumental, como un marco mental objetable, ya que introduce las necesidades exclusivas y específicas de los individuos, en categorías uniformes e impersonales, para servir al interés burocrático (Barba 1997).

Por ello, la idea básica de eficiencia y eficacia es cuestionada, ya que éstas sólo tienen sentido si son conocidos de antemano los fines de la acción, como una norma instrumental para juzgar con cuanta rapidez y economía es posible alcanzar un fin particular, mas no puede decirnos cómo las otras normas de equidad, imparcialidad y de crecimiento personal son decididas. El problema a ser resuelto es el

imperativo burocrático de impersonalidad, control y técnica; valores que acompañan las funciones formales de las organizaciones burocráticas, y que han creado la racionalización-regulación de la sociedad.

De esa manera, en la teoría cultural-crítica las unidades de análisis eficiencia y efectividad, son llevadas en consideración para establecer cómo el individuo puede trascender a la organización, preocupándose con los intereses y carencias de las personas; o sea, cómo a través de la crítica y la democratización de las relaciones sociales se puede conocer los significados políticos del discurso sobre eficiencia y efectividad, colocándolas a la luz de las patologías que éstas producen, para cuestionarlas, con la intención de volverlas más humanas.

En este contexto, los derechos y adecuación del proceso no son considerados como los medios instrumentales para alcanzar algún fin, como la teoría normativa y sistémica los consideran. Difieren también de los derechos individuales modernos, como un permiso de recibir todo lo que sea posible del escaso suplemento que la sociedad ofrece, y que permite la realización del individuo dentro de un contexto social. En este sentido, los derechos y adecuación del proceso organizacional son considerados con una visión de apoyo a las realizaciones individuales. Estos procesos contribuyen a consolidar el contexto en que se desenvuelven los proyectos individuales y el refuerzo de relaciones humanas horizontales.

Por último, la discrecionalidad, o sea, la capacidad de plantear juicios independientes en la implantación cotidiana de las políticas públicas, sólo son validados cuando asume el compromiso de permitir a los ciudadanos la participación en la toma de decisiones, de acuerdo con sus marcos de significado e importancia. Los administradores pueden hacer juicios independientes en la implantación, día a día, de las políticas públicas en su aplicación y redefinida por medio del compromiso activo de los ciudadanos en la toma de decisiones públicas, considerando sus marcos de significados, en los términos de lo

que parece ser más importante para la comunidad.

Este ejercicio de la razón crítica y emancipadora, impide que la comunicación sea deformada, lo que posibilita la reflexión-introspección, que deberá influir positivamente en el ámbito individual y en los demás miembros de la sociedad. La tarea de los teóricos de la organización crítica es fomentar la acción práctica.

En resumen, Harmon y Mayer (2001) establecen las categorías de análisis de los tres postulados mencionados bajo las categorías del interés cognitivo, de las teorías dominantes, de las unidades primarias de análisis, del significado de racionalidad y de los valores, incorporados en los diferentes paradigmas o postulados:

Cuadro I. Teoría de la organización y su relación con diferentes categorías de análisis.

Postulados		<i>Categorías de análisis</i>			
Interés cognitivo	Metáfora	Unidad primaria	Racionalidad	Valores	
Teoría Normativa	Técnico	Máquina	Decisión	Jerarquía-instrumental	Eficiencia
Teoría de Sistemas	Técnico	Organismo	Holístico	Conjunto-supervivencia	Propósitos
Teoría Cultural-crítica	Emancipador	Histórico-social	Procesos	Individuo-sociedad	No coercitiva. Humanístico

Sobre la luz de estas categorías de análisis (unidades primarias), es posible interpretar los contenidos de los documentos y, junto con el resultado de las entrevistas, establecer en cuál teoría o teorías de organización se sitúan los programas del Sector Salud, considerando la naturaleza interactiva de la teoría —pensamiento y acción— así como las formas de abordaje de los problemas de enfermedad, salud o proceso salud-enfermedad y el tipo de práctica profesional, y la teoría de planeación utilizada, lo que permite establecer bajo cuál postulado teórico, de bienestar o de calidad, se sustentan (Gómez 2009).

II. Planeación Estratégica Situacional y EAPS

La Planeación Estratégica Situacional, como otra dimensión del análisis estratégico, posibilita comprender el tipo de planeación utilizados en programas de salud y su relación con los elementos que caracterizan y articulan los momentos formulados por Matus (1987) para identificar los presupuestos de planeación utilizados, sea este el estratégico situacional o empresarial, o bien el neoclásico, en que se encuentran inmersos.

Para este propósito, se elaboró una ruta matri-

cial de la planeación estratégica situacional, desarrollados de acuerdo con los fundamentos de la teoría organizacional cultural-crítica, en las que se describen los principales elementos de cada momento y de cómo interviene en ellos las unidades primarias de esta teoría organizacional. La matriz comprende una interrelación con la Estrategia de Atención Primaria a la Salud (EAPS), como una categoría que permite explicitar cada uno de sus elementos en el desarrollo de la planeación estratégica, y observar cómo estos pueden ser relacionados con los problemas del objeto de estudio-trabajo y la práctica profesional correspondiente, que en su interacción faciliten una reformulación del Sector Salud (Gómez y Garduño 2002).

Momento explicativo

De acuerdo con las formulaciones de Matus (1987), es preciso entender cómo los actores participantes perciben la realidad y las acciones que producen para preservar o alterar los problemas del proceso salud-enfermedad, lo cual constituye para los actores una estimación de la situación real, que expresa la complejidad multidimensional del fenómeno en estudio. El momento explicativo del proceso salud-enfermedad puede observarse desde ópticas diferentes, de acuerdo con la inserción de los actores sociales en la totalidad histórico-social en que se desenvuelven. Por lo tanto, el poder ser y el deber ser del problema salud-enfermedad resultan de una alta complejidad. De allí que la explicación pasa por los planos situacionales de un problema cuasi-estructurado. En este sentido los planos genoestructural- fenoeestructural y flujos de producción son analizados matricialmente con los principales componentes de análisis de la EAPS, que posibilitarían situar el tipo de planeación del Sector Salud en estudio.

Así, el plano genoestructural, tiene su punto de partida en la participación democrática-social de la comunidad, elemento básico de la EAPS, fundamental en el diagnóstico situacional del proceso salud-enfermedad. Esto permite establecer las bases de una cultura de la salud, construida por todos los actores sociales en el

contexto del paradigma crítico-cultural. Lo anterior sustentaría la formulación de una fase creativa de planeación, esencial para articular las categorías socio históricas y biológicas en estudio. Este diagnóstico situacional deberá ser realizada en los contextos nacional, estatal y municipal, como elemento base para el establecimiento del marco de una organización comunitaria participativa para la salud colectiva, en el plano fenoeestructural, que conduciría las líneas de acción a ser desarrollada en un programa de prevención integral profunda, en el plano de flujo de producción.

Para este propósito, deben establecerse formas de actuación social, cara a cara, de las tres relaciones organizacionales y de los vectores normativos, que deben ser desarrollados desde la investigación situacional hasta la organización de la comunidad, así como en las pautas de integración del conocimiento y práctica en salud colectiva, por intermedio de la prevención profunda en la práctica profesional integral.

La categoría de ciencia y tecnología apropiada de la EAPS, desde el punto de vista crítico-cultural, supone la definición de criterios de simplificación-complejidad en la selección del conocimiento y tecnología en el campo de la salud colectiva, lo que hasta el momento no ha ocurrido. Tales criterios, determinados por los diferentes actores sociales, basándose en el diagnóstico situacional, permitiría establecer los programas base y direccional fundamentados en el conocimiento y técnicas del modelo social de la salud. Lo anterior permite elaborar propuestas adecuadas a las diferentes realidades sociales, lo que redundaría en una mejor aplicación del gasto social y el desarrollo de un conocimiento científico-tecnológico-social en salud, en el ámbito local, regional y nacional.

Asimismo, las relaciones interorganizacionales y los vectores normativos deben ser desarrolladas con los sectores de formación del talento humano y la producción de conocimientos (investigación científica-tecnológica), que permita lograr una práctica

profesional integral en salud colectiva.

La intersectorialidad de la EAPS, como componente fundamental de una relación interorganizacional supone la necesidad de elaborar conjuntamente reglas de carácter político-jurídico-normativo, que intermedien las relaciones institucionales con otros sectores y que, a la vez, permitan la participación social. Las relaciones intraorganizacionales, que corresponden al sector interno del campo de la salud colectiva, permitirían definir los marcos de competencia de los actores socioprofesionales: personal técnico-administrativo, directivos y comunidad, que establezcan de manera adecuada los flujos de intercambio organizacional.

La descentralización en la EAPS reflejada sobre todo en una relación inter e intraorganizacional, en la metáfora crítica-cultural, sería una resultante de las acciones anteriores. En este caso, es preciso encuadrarlo en el principio de coherencia, de acuerdo con Testa (1992), donde se manifieste una relación entre la organización, los propósitos de la salud colectiva y los métodos socio-históricos-culturales, para así establecer los criterios y requisitos fundamentales de la descentralización.

Una lectura articulada del plano genoestructural, permite reflexionar y comprender los nuevos macroproblemas del proceso salud-enfermedad, considerados por los diferentes actores sociales. Esos macroproblemas deben ser sistematizados, tomando en consideración los cuatro elementos de la EAPS y la práctica profesional integral.

En el plano fenoestructural deben interpretarse los diferentes nudos críticos que se presentan en los macroproblemas detectados. Esto conduciría en los campos de la administración pública (relaciones organizacionales y vectores normativos) al desarrollo de proyectos, planos y programas, según necesidades regionales y nacionales en el momento normativo (De Almeida 2001). Por último, al describirse los nudos críticos y su acumulación en el campo de las acciones (flujo de producción) a través de los subproblemas y los miniproblemas, en el marco de lo singular, permitiría desarrollar las

actividades que van de la prevención integral hasta la aplicación de recursos, por los cuales las acciones y subacciones, en una estructura modular, a formular en el momento normativo, tendrán un marco referencial que los oriente.

Momento normativo

El momento normativo es la expresión de lo que el marco de usos y costumbres ha considerado como programas. En más de una ocasión se encuentra que la definición de normatividad, en estos programas de salud, es la resultante de la hegemonía de grupos en el Sector Salud y no derivada de la realidad de su contexto y menos aún del presupuesto colectivo de la cultura de la salud.

En este caso, es preciso reconocer la oposición que se suscita entre las etapas de diagnóstico y planeación con la ejecución de programas basados en la administración neoclásica. Esta dicotomía expresa las diferencias substanciales que existen entre el **poder ser** (momento explicativo) y el **deber ser** (momento normativo) y, por lo tanto, derivan en una incompatibilidad entre la previsión de acciones y las normas. En este sentido, las formulaciones de las etapas (planeación, organización, ejecución y control) de un programa base de tipo normativo, pueden no corresponderse, y con esto, expresarían las probables situaciones anómalas que surgen para la implementación de diferentes programas nacionales o locales de salud, o aún lo que sucedió en los sistemas locales de salud e inclusive en los programas de salud actuales: los municipios saludables.

En el momento normativo la cultura de la salud es la categoría principal de trabajo. Así, en primer lugar, en el paradigma crítico-cultural, debe formularse un programa base, el cual se define como la oferta de resolución de los problemas en los diferentes planos del momento explicativo. Este programa debe constituir una convocatoria a la acción y direccionalidad que los actores deben imprimir para que ocurran cambios del sector en los tres niveles: nacional, estatal y local.

En segundo lugar, debe existir el programa direccional a través de los cuatro ejes fundamentales de la EAPS, formulados en el momento explicativo, que permitan en su acción aproximarse a la situación-objetivo con grados aceptables de probabilidad y adecuados a las realidades nacional, regional y local. Entre la situación inicial y la situación-objetivo es preciso proponer ejes direccionales como una vía importante en este método, ya que podrían integrarse las posibles soluciones a los problemas detectados, en sus nudos críticos comunes y, por lo tanto, deben ser flexibles y mutables delante de situaciones nuevas.

Este programa direccional actúa como una brújula entre los medios, productos y resultados, desarrollando una estrategia para selección de problemas y actores, de la búsqueda de resultados, y articulación con el programa base.

En tercer lugar, el presupuesto por programa es una resultante de la determinación de las necesidades y problemas del proceso salud-enfermedad y de la prioridad de las acciones de la práctica profesional integral, considerando el conocimiento, cultura y tradición de las comunidades. La falla de este instrumento en la planeación normativa consiste en que los recursos son destinados considerando más las necesidades del aparato administrativo, que las de los equipos de trabajo en campo.

La síntesis del momento normativo supone la articulación de las partes y del todo, en una clara definición de la misión, y la filosofía del Sector Salud. Esta resultante permite la revisión de la formulación de objetivos-situacionales y metas básicas de la apertura programática, para orientar a la evaluación permanente de la planeación estratégica.

Momento de políticas de salud

En consideración a la idea de meta políticas que articule el campo de la salud colectiva y los componentes de la EAPS, en el paradigma crítico-cultural, es preciso contar con políticas comunitarias, una vez que, de la captación de

sus demandas y necesidades, deben partir las políticas generales de salud. Estas deben fundamentarse en los diagnósticos situacionales del proceso salud-enfermedad, tanto de aquellas que se recuperen del propio conocimiento y práctica de la comunidad como de las obtenidas de los perfiles biológicos, ecológicos e histórico-sociales, dependiendo de las prioridades establecidas por todos los actores sociales.

En consecuencia, las prioridades deben transformarse en políticas comunitarias, de forma que las necesidades y demandas deben buscar puntos de referencia en las comunidades, para lograr su desarrollo social a través de su inserción en el programa base. Las políticas comunitarias en los programas normativos, en modelos de bienestar o calidad tuvieron pocos resultados, dada su inserción preferencial en la idea de comando-control, centralizando las acciones en salud y convirtiéndolas en acciones programáticas de tipo técnico-burocrático, y así rechazando el trabajo en el espacio de la comunidad, sus conocimientos, cultura y tradición (Gómez 2009).

En el ámbito de políticas generales, es preciso considerar la participación combinada de las instituciones, así como de la propia comunidad. Estas políticas que no han podido desarrollarse, en virtud de que, al depositarse todas las acciones en el campo de las instituciones del sector salud, impide la participación de la comunidad y, por ende, la evaluación interna, con la participación de todos los actores y sectores sociales comprometidos, en una nueva relación organizacional.

En materia de políticas científico-tecnológicas generales, debe buscarse la adecuación entre recursos técnico-científicos y las necesidades sociales y demandas en salud, para el suceso adecuado de su intervención en la operación-acción programada. El problema principal consiste en el diseño de políticas que permitan articular el conocimiento y la tecnología electa, en el marco de las situaciones a enfrentar y, además, trascender los obstáculos entre la modernidad científico-tecnológica y las estructuras de la organización

tradicional y rígida, para las políticas que mejor se encuadran o bien, mudar la organización interna del sistema. La planeación estratégica situacional permitiría introducir políticas para la determinación de costos por módulo. Es preciso advertir que al no contar con tales políticas, la relación de la articulación de conocimiento-tecnología y necesidades en salud es altamente inadecuada.

Las políticas generales de intersectorialidad basadas en las relaciones de interorganización, deben ser establecidas considerando ejes integradores, que permitan a los diferentes sectores sociales, económicos y político que intervienen, el poder generar acciones coordinadas en el campo de la salud colectiva. Esta articulación en la toma de decisiones, así como en la integración de las acciones modulares, produciría rupturas en la sectorialidad actual y en el marco de competencias y funciones limitadas, dirigidas bajo una influencia interorganizacional rígida, evitándose así, problemas administrativos y políticos que inhiben las transformaciones e impiden la contribución de otros sectores y su valorización en las ganancias programáticas e impacto social.

El marco de las políticas generales implicadas en la descentralización e intersectorialidad, supone no sólo el ejercicio de una serie de decisiones y de un marco jurídico flexible que permita la transferencia de recursos, programas y funciones para las instituciones a ser descentralizadas. También significa dar coherencia al método, a la organización y a los propósitos (Testa 1992) dentro del concepto de una coherencia lógica modular, que ejerza la capacidad de participación sobre los procesos derivados que surjan de la descentralización e intersectorialidad.

En este campo de planeación estratégica situacional, el componente prioritario debe ser el de sistemas locales de salud, ahora con el nombre de municipios saludables. Este momento de políticas no tiene un ítem específico en los programas en estudio del Sector Salud.

Momento estratégico

Más allá de los avances que las ciencias de la salud han generado, es necesaria la introducción de este momento de viabilidad y estrategias y las formas de ligarlo a los diferentes niveles de participación social. De hecho, en ningún caso, los programas de salud pueden operar sin esta condición estratégica, sin que los receptores y actores de estos medios desenvuelvan acciones para la misma finalidad: salud en una sociedad del bienestar.

Así, frente a las restricciones de actuación impuestas a los actores sociales caben tres posiciones estratégicas: aceptar las restricciones de las tendencias situacionales y actuar pasivamente; superar las restricciones construyendo estrategias con voluntad de cambios, o ignorarlas, actuando como si no existiesen, entrando en el campo de los desequilibrios y de la impotencia organizacional.

En consecuencia, el campo del sector salud se encuentra inserto en escenarios histórico-sociales; por lo tanto, no es ajeno a los ámbitos del conflicto y de la negociación, tanto al interior de las comunidades como en las estructuras políticas y sociales más amplias. Bajo este horizonte, la estrategia aparece como un campo de posibilidades y compromisos entre los actores sociales, que repercuten sobre las acciones de los programas y cuyos resultados asumen significados diversos, que posibilitan o inhiben la construcción de una cultura de la salud.

La viabilidad organizacional, económica y política está interligada a la estrategia de decisión. Esta viabilidad permite aclarar la conexión de los momentos del planeación estratégica situacional, desde la flexibilidad y creatividad de la organización como elementos clave de la teoría crítica-cultural, pasando por la inversión social que comprende la acción gubernamental y la de grupos organizados, hasta la producción final del programa a desarrollar y la formulación de las políticas del sector.

En la viabilidad de operacionalidad es preciso conocer la capacidad técnico-científica

de la organización en el ámbito de los grupos operativos, como ocurren las relaciones económicas de los vectores normativos, con énfasis en la eficacia y en la efectividad, visualizando su impacto social, así como las posibles rupturas estructurales de la organización pública definidas por las políticas en cada uno de los elementos de la EAPS.

Por último, para el éxito de la viabilidad de permanencia del programa, es necesario discutir la necesidad de la apertura cognitiva, con énfasis en la metódica de la complejidad (Morin 2002), que incide en la reorganización de la institución, lo que permitirá su estabilidad presupuesta y, de esta manera, resolver las diferentes estrategias de cooperación, cooptación o conflicto del programa base establecido. El momento estratégico debe ser operacionalizado en todos los momentos anteriores de planeación estratégica situacional, lo que permite la viabilidad del Programa dentro de un proceso (De Almeida 2001).

Momento táctico-operativo

Este momento es tal vez donde se concentra el mayor número de experiencias que se han acumulado en la planeación en el sector salud, sobre todo la del tipo normativo o neoclásico, sin que exista una verdadera reflexión sistemática en torno de ella, lo cual es atribuible a la carencia de referencias previas, que en el caso de la planeación estratégica situacional han sido realizadas con la participación democrática de los actores sociales, en los cuatro momentos anteriores. De allí el pragmatismo en que se desenvuelven, aun actualmente, las acciones cotidianas de los trabajadores del sector salud.

Este momento táctico-operativo supone la conjunción entre el conocimiento y la acción. La acción coyuntural es una condición primordial para entender el programa general y el papel del diagnóstico situacional, porque su desconocimiento conduce a equivocaciones en la discusión y en el análisis por parte de los participantes, tanto en el plano particular como en el específico, lo cual podría generar discontinuidad entre el sistema de decisiones

del ámbito nacional y los ejecutores en este momento táctico-operativo que impide alcanzar la síntesis y la realimentación necesaria de programas.

La complejidad propia de esta propuesta supone una doble lectura, casi simultánea, de los planos dialécticos general, particular, singular, tanto vertical como horizontal. De esta manera, una lectura horizontal a partir de los planos implica transitar en un ángulo teórico-práctico, donde se genera el flujo de relaciones entre los niveles de poder y autoridad, para llegar a los diferentes componentes del plano singular de responsabilidad de acción-ejecución. En una lectura vertical del nivel general y particular es necesario comprender que la acción coyuntural, el análisis situacional, la resolución de problemas, los criterios y el sistema direccional que orientan los planos fueron separados apenas analíticamente, mas se presentan integrados dentro de la misma acción-ejecución.

En su interrelación, las acciones en el nivel singular son de suma importancia; sobre todo, en el abordaje de los problemas del proceso salud-enfermedad, desde su diagnóstico situacional y el conocimiento técnico-científico-social, hasta los que permiten deducir las percepciones y sentido común de la población y del usuario, es una relación cara a cara, para la toma de decisiones y acciones sobre los problemas complejos del proceso.

Este plano singular es un espacio de reflexión y práctica, según las características propias de cada una de las experiencias locales, que no pueden ser analizadas como series estadísticas ni sistemas patronizados, pues el significado de cada acción implica establecer un diálogo personalizado, entre el receptor de la producción de servicios y el equipo de trabajadores de la salud.

Los cuatro momentos formulados por Matus, además del momento de políticas propuesto en este trabajo, deben ser confrontados con los documentos clave de los programas del Sector Salud y verificadas sus contradicciones y confluencias, de acuerdo con el

diseño metodológico propuesto.

III. Escenarios del proceso salud-enfermedad y práctica profesional integral.

Aquí presentamos posibles escenarios del proceso salud-enfermedad en el presente milenio, Gómez y Garduño (2000), como otra dimensión del método propuesto. Ellos deben ser apreciados bajo ópticas que perciban la complejidad y el alto nivel de interés en que pueden desarrollarse en su relación con los diferentes elementos de la práctica profesional integral en salud. En este sentido, se deben articular los tres componentes de un sistema de salud: producción de conocimiento (investigación cuali-cuantitativa en epidemiología, clínica-biológica, planeación y administración, de campo, de laboratorio, etc.), producción de servicios (económicos, políticos, culturales), formación de talento humano (flexneriano, ecológico, latinoamericano) (Gómez 2009).

Estas interrelaciones permitirán establecer las líneas de posibles salidas alternativas a la problemática del proceso y práctica, en el presente y en el futuro, por lo cual deben ser consideradas elementos clave y constitutivos en el análisis metodológico multidimensional de los programas en estudio, para conocer si algunos de los escenarios han sido previstos en su integralidad o si fueron reducidos en su linealidad.

En este sentido, los esquemas lineales de secuencias causales, que fueron típicos hasta hace poco tiempo, nos hablan de un marco donde la planeación del Sector Salud se comprendía como un conjunto de reglas y condiciones que permitirían establecer los lineamientos del presente al futuro, típico de la administración y planeación normativa. Esta linealidad no permite comprender que en el proceso de investigación epidemiológica crítica y de planeación estratégica se imbrican los actores sociales que en él participan, y menos aún los condicionantes sociales, culturales, políticos, económicos, en los que se desenvuelven el objeto y la práctica en salud. (Gómez y Garduño 2000).

Este diseño de escenarios muestra la vasta

problemática del presente siglo, lo que deberá abrir la posibilidad de encontrar situaciones antagónicas y complementarias, donde, dentro de un sistema nacional o local del Sector Salud sería posible encontrar situaciones en que el aspecto regional o local no necesariamente sea la expresión de las tendencias macronacionales.

Al mismo tiempo, para que los escenarios coexistan, a pesar de sus semejanzas y diferencias, será necesario un análisis estratégico que reconozca e integre las diferencias-complementos entre los problemas del proceso salud-enfermedad y la práctica profesional en los distintos sistemas y niveles del sector salud. Este análisis puede permitir la construcción de procesos organizacionales integrados y horizontales, con una gran capacidad de respuesta, entre las que sobresalen las relaciones inter e intraorganizacionales presentadas por medio de los términos de descentralización, de intersectorialidad y de los vectores normativos, para así poder establecer un trabajo en salud más articulado.

Se considera en el primer escenario tres categorías complementarias: la población, el sistema de salud y el medio geográfico en que se desenvuelve. Este contexto de las diferentes acciones del sistema de salud debe ser previsto para establecer posibles soluciones y alternativas, considerando las diferentes formas de programación en el Sector Salud. En este sentido, en este escenario se establecen parámetros para las dos primeras categorías (población y sistema de salud) de tendencias de incremento o de disminución y para la tercera (espacio) la dualidad de lo urbano y rural. Estas categorías en su entrecruzamiento permiten establecer subescenarios factibles, y diferentes alternativas a los problemas en el marco de condiciones generales.

Los subescenarios, considerados óptimos, indican el crecimiento ideal del Sector Salud en el medio rural y urbano, y tienen su fundamento en una extensión de la cobertura y una alta inversión social por parte del Estado. En ellos se presenta una política social amplia en el campo de la salud pública, reflejada en la promulgación de leyes reconociendo a la salud

como un derecho social, que abarca todos los espacios geográficos de un país, existiendo una relación directa entre el crecimiento poblacional y el Sector Salud. En este sentido, se tiende a una organización que considera las relaciones y vectores del campo de la administración pública desde un paradigma crítico-cultural.

Los subescenarios no ideales se presentarían al ocurrir un diagnóstico situacional inadecuado de problemas en grupos marginales o por imprecisiones en el diagnóstico y desarrollo programático de un sistema que concentraría recursos y aglutinación de comunidades, o establece una optimización en el uso de recursos humanos, materiales e inversiones en el sector salud, subescenarios presentes en la mayor parte del Sector Salud en América Latina. Las características de éstos señalan un campo de organización que sugiere la teoría normativa o de sistemas.

El segundo escenario, definirían las principales categorías del perfil de morbi-mortalidad del proceso salud-enfermedad, así como su impacto en el marco general de prioridades a ser considerado por el sistema de salud. Esto permitiría visualizar, de manera anticipada, la relación de recursos humanos y materiales y de requerimientos técnico-científico-sociales, con los cuales se verá confrontada la organización del Sector Salud en relación con los tres problemas del proceso salud-enfermedad: infectocontagiosos, crónico-degenerativos y ambiental-psicosomático-externos, de acuerdo con sus probabilidades de ocurrencia, incremento o decrecimiento, en un marco general de intervención, que aborde las políticas, los gastos y los niveles de producción de servicios.

El subescenario ideal que permitiría establecer un sistema de salud perfecto no existe, en la actualidad, en ninguna región del mundo. Esta ausencia de lo ideal puede llevar a los sistemas de salud nacionales y locales a enfrentar diferentes perfiles del proceso salud-enfermedad, hasta llegar al caos. El marco general de intervención ideal define que el Sector Salud deberá tener en cuenta las

relaciones inter, intra e individuo-organización para definir sus marcos de prioridades de acción (prevención profunda) en el tipo de práctica profesional.

En la actualidad el aumento de problemas infectocontagiosos, no transmisibles y ambiental-psicosomático-externos, fenómenos presentes en países centrales, periféricos y semi-periféricos, presentan tendencias al aumento de los gastos en la producción de servicios para la prevención específica (promoción, vacunación y control del medio) y cura o bien la posibilidad del aumento de los gastos en los niveles comunitario y terciario del sistema de salud, tanto por problemas residuales de la industrialización que contamina el medio ambiente en países periféricos, por lo cual las relaciones interorganizacionales presentes en el proceso de globalización impactarán al Sector Salud.

En los sistemas de salud de países centrales, en relación interorganizacional con otros sectores, han realizado medidas de control sanitario en el ámbito individual y colectivo con una alta inversión, privilegiando los gastos hospitalarios y de alta especialización, dando como resultado que el acto de cura sea individual, artesanal o empresarial -modelo biomédico tradicional-, lo que conduce a un sistema de salud de alta especialización y tecnología de punta, que en sus relaciones inter e intraorganizacionales privilegian a las clases sociales dominantes.

El tercer escenario presenta los diferentes comportamientos de los recursos humanos, financieros y de infraestructura que deberán influir en los sistemas de salud. Estos elementos, en su interrelación, exigirán el manejo de diversas teorías de la organización -sistémica o crítica- expresados en los marcos de operación del sistema de salud. En consecuencia, éstos se reflejarán en el tipo de planeación y administración de los mismos, en sus políticas, en la inversión social, en la participación social y en el tipo de tecnología utilizada.

Los escenarios arriba mencionados deben

tener acceso a sistemas de información, como un componente del poder y del conocimiento técnico-científico-social, tanto en el sector estatal como privado. La utilización de la información en cada caso, dada su misión y filosofía puede ser diferente, tanto en su focalización como en su magnitud; o sea, en la extensión de la práctica en salud. Al mismo tiempo, puede definir la naturaleza de su planeación y la capacidad de integrar los equipos de salud en la producción de servicios, en lo cotidiano del trabajo y en la participación de la comunidad. Es necesario también considerar el comportamiento de las relaciones intraorganizacionales de ambos sectores, que pueden ser rígidas o flexibles, dependiendo de cómo ellas se establecen en el trabajo cotidiano, del abordaje por los diferentes actores del sistema de salud y por el tipo de respuesta a las necesidades del contexto social.

Los subescenarios que se encuentran limitados estructuralmente por una organización de tipo autoritaria (típico del paradigma normativo), sea por los niveles directivos jerárquicos más elevados en el sector estatal, conducen a esquemas típicos de un modelo autócrata de administración normativa, en la que la información y la organización no fluyen tanto en el ámbito estatal como privado, situación muy común en los sistemas de salud actuales, que desarrollan acciones rutinarias, ineficientes y poco creativas.

El proceso de trabajo en las organizaciones de salud ha sido poco cuestionado, dada la hegemonía del elemento médico y la organización normativa actual. Los subescenarios de organizaciones donde el equipo de salud tiene un comportamiento autónomo, responsable, creativo y estricto de las acciones encomendada, es posible que los trabajadores de la salud puedan comenzar a elaborar nuevas propuestas, bajo otras formas de organización, que permitan la integración de las relaciones y vectores del campo administrativo, de tal manera que sea posible encontrar soluciones en direcciones diversas, para que las acciones en salud sean ejercidas sobre nuevos enfoques, en nuevas organizaciones, sobre todo de tipo multi e interdisciplinario, que posibilitaría iniciar el cono-

cimiento alternativo de una cultura de la salud con tendencias a una teoría sistémica o crítica-cultural.

Los subescenarios de organizaciones de comportamiento flexible e información cerrada, conducen a una resistencia a los cambios, conocida como “progenie institucional”. Este término referenciado por Toffler (1985), se formula para expresar el envejecimiento prematuro de muchas instituciones que, partiendo de propuestas de cambios de práctica profesional, de actitudes cognitivas o alternativas organizacionales, en su desarrollo no fueron secundadas por el equipo operativo; o sea, existen equivocaciones en la relación inter, intra e individuo-organización.

Conclusión

No podría cerrar esta propuesta del problema organizacional del sector salud sin señalar, en un contexto general, la coyuntura que se presenta en América Latina, en torno al proceso de globalización, que inciden en la región desde el inicio de 1980, lo que conduce a severas reducciones en el gasto social. Sin duda, este hecho se traducirá en una reducción significativa de los niveles de equidad, justicia social y bienestar en materia de salud y educación.

En él se consideran las categorías de gasto corriente, la existencia o no de programas institucionales de salud y el marco de estabilidad o inflación en el panorama monetario, que alteran significativamente el ejercicio presupuestario e incide con mayor énfasis en el sector social, sobre todo en el sector salud.

Los subescenarios típicos, en organizaciones del subsector privado, que para su subsistencia procuran establecer relaciones interorganizacionales de tercerización con el sector estatal, para solventar los problemas financieros del momento de crisis económica en países periféricos.

Otros subescenarios parten de la existencia del mecanismo de inflación, como un principio recursivo para disminuir el gasto social en salud o bien los programas tienen ajustes

drásticos al gasto programado, que afecta a la infraestructura, la extensión de servicios, de contratación de recursos humanos y la investigación.

El cuadro general resultante de los escenarios es la presencia, a corto plazo, de procesos críticos, donde la inestabilidad monetaria afectará particularmente al Sector Salud con menor nivel de previsión para esta crisis. No sería difícil pronosticar severas pérdidas en los proyectos estatales y privados, o aun, asegurar para estos últimos la resolución de sus problemas futuros, manejando los conceptos e ideas que contienen el denominado pluralismo estructurado (Londoño y Frenk 1995).

Las diferentes categorías y variables presentadas a lo largo de estos escenarios y subescenarios, afectarán a las instituciones del sector salud que no cuenten con principios interactivos de alternativas y una formulación de la administración y planeación estratégica situacional. En el caso de que éstos sean formulados con criterios más de orden tecnocrático, que de salud colectiva, las resultantes a medio y largo plazo podrían ser desastrosas.

Según Morin (1994) el método en la teoría compleja es un engranaje y para ser establecido precisa de estrategia, iniciativa, invención y arte, estableciendo una relación recurrente entre teoría y método, por lo cual el estudio del Sector Salud necesita ser analizado multidimensionalmente, de acuerdo a las propuestas citadas o bien con otras dimensiones que pudiesen ser formuladas.

Referencias bibliográficas

Barba A, Solís P. Cultura en las organizaciones: enfoques y metáforas de los estudios organizacionales. México: Vertiente; 1997.

Capra F. O ponto de mutação. 25a ed. São Paulo: Cultrix; 2004.

De Almeida ES, Vieira LC, Castro CJ, Furtado CL, Inojosa RM. Planejamento e programação em saúde. In Westphal MF, Faria WM, De Almeida ES, organizadores.

Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: Edusp; 2001.

Godoy ASA. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. RAE, 1995, 35 (2): 57-63.

Gómez CA. Bases teóricas para articular el análisis estratégico en el Sector Salud en Durand AJA, Grande GI. (Coordinadores. Psicología y Ciencias sociales. Tomo II, México:UNAM- FES-Z, 2009.

Gómez CA, Garduño GV. Planeación estratégica en el Sector Salud. Mimeo. 2000

Harmon M, Mayer T. Teoría de la organización para la administración pública. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.

Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. Washington (DC): Technical Department for Latin America and the Caribbean/ World Bank; 1995. Matus C. Política, planificación y gobierno. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1987.

Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1994.

Morin E. Ciência com Consciência. 5a. ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001.

Organização Mundial da Saúde. Reporte de saúde en el mundo 2000. Ginebra; 2000.

Santos BS. Um Discurso sobre as Ciências. 7a ed. Porto: Afrontamento; 1995.

Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. Vol.1, Sao Paulo: Cortez; 2005.

Testa M. Pensar en saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Toffler A. A empresa flexível. Rio de Janeiro: Record; 1985.

Yin RK. Estudo de caso. planejamento e métodos. 3a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.