

LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA

Juan Farrés Cavagnaro¹

Catamarca, 147 - 1º piso, Ciudad

5500 Mendoza Argentina

E-mail: fcsa@uda.edu.ar; juanfarrescavagnaro@uda.edu.ar

¹ Univeridad del Aconcagua - UDA

facultad de ciencias sociales y administrativas - FCSA

5500 Mendoza Argentina

Resumen:

El Artículo centrarse en la importancia de la visión sistémica y del tema de la salud ser un fenómeno social susceptible de estudiarse a partir de esta cocepción metodológica.

Se discute el enfoque sistémico y la aplicación del modelo sistémico a la administración de la salud.

En este abordaje, se concibe el sistema de salud como envolviendo dos perspectivas - funcional y estructural. Se discute también los contextos en que opera el sistema de salud, destacando el sistema político, el económico y el social en sus relaciones con el sistema de salud. Al final, el artículo se concentra en la estructura hospitalar de prestación de servicios de salud, desde el ángulo organizacional de análisis y del ángulo contextual.

LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA

LA SALUD COMO UN FENÓMENO SOCIAL

La salud es un fenómeno social, ya sea porque en ocasiones, las afecciones y enfermedades, son el producto de factores ambientales, no exclusivamente orgánicos y en otras culturales o, atendiendo a que sus efectos, siempre afectan de una manera u otra, a la sociedad.

La misma definición de salud de la OMS, como un "completo estado de bienestar físico, mental y social", ha contribuido decididamente a conferirle esa connotación social. Por tanto, la consideración de la enfermedad como un fenómeno circunscripto puramente a lo orgánico, ya sea en sus causas como efectos ha sido totalmente superada.

El surgimiento de la medicina social, orientada al estudio de las condiciones de vida, los patrones de comportamiento y la propia organización social como factores incidentes en la prevención y tratamiento de las enfermedades es, por ende, una expresión también concluyente de esta concepción.

Como un factor que ha contribuido igualmente a la consideración más amplia no sólo del fenómeno de la salud, debemos apuntar la evolución producida a mediados de este siglo respecto a la necesidad de un concepto más unitario de ciencia, después de la dispersión producida como consecuencia de la especialización del conocimiento, que se evidenció con más notoriedad en el siglo XIX. Este proceso, no sólo circunscripto a las ciencias físico naturales, también se produjo en las ciencias sociales haciéndose mayormente manifiesto en el siglo XX, evidenciando igualmente en ellas la división del quehacer científico, y su unidimensionalismo.

Más allá de los beneficios que la especialización trajo aparejados, aparecieron serios inconvenientes centrados esencialmente, en la falta o pérdida de un concepto integral del conocimiento y la pérdida de muchos factores y apreciación de incidencia, en la investigación de los fenómenos lo cual fue percibido aun más en el campo de las ciencias sociales. Producto de ello, es la búsqueda de una convergencia científica y la tendencia a la relativización de las clasificaciones de las ciencias atendiendo a los fenómenos hacia los cuales orientan su interés.

Por otra parte, la noción moderna de ciencia se ha modificado sustancialmente, a tal punto que existe en ella, una mayor flexibilización, una perspectiva conceptual más amplia comprensiva de la actividad orientada al conocimiento, sin perder su sentido singular y metodológico, esto es,

fundamentalmente, la ciencia como una forma de conocimiento con características específicas.

Es precisamente en el marco de esta concepción donde surge ante la necesidad de la integración del conocimiento, especialmente en el terreno de lo social, la visión sistémica, donde los fenómenos sobre los cuales se centra el interés, pueden ser apreciados en una mayor dimensión interactiva.

De igual modo, el tema de la salud en cuanto concierne a personas sociales, no obstante su sustratum orgánico, se convierte en un fenómeno social, susceptible de ser estudiado desde esta concepción metodológica.

LA PERSPECTIVA O ENFOQUE SISTEMICO

El método sistémico se basa, esencialmente, en la composición de modelos, puesto que éstos se constituyen en un medio adecuado para construir, precisamente, esquemas representativos de las realidades integradas. La expresión modelo tiene varias connotaciones; no obstante, en términos generales, debe ser entendido como una representación conceptual que permite apreciar un conjunto de fenómenos, espacialmente e interrelacionados en una cierta disposición estructural y procesal, a fin de captar su dinámica. En otros términos, a los modelos se los concibe como esquemas, e incluso como teorías orientadas a explicar o describir, a controlar o predecir situaciones que pueden darse en la realidad material o meramente abstracta. Deutsch(1)(1) (Los nervios del gobierno, Paidós, Bs.As., 1966, ps.37 y ss.) señala que los modelos, en forma más o menos imperfecta, cumplen cuatro funciones: la *organizativa*, consistente en la capacidad para ordenar y relacionar datos desarticulados, y para mostrar similitudes o conexiones recíprocas que anteriormente no habían sido percibidas; la *heurística*, que lleva al descubrimiento de nuevos hechos y nuevos métodos; la *predictiva*, que consiste en observar la pauta de distribución de un conjunto de datos conocidos, y ampliar provisionalmente una pauta similar hacia cierto sector del espacio, o cierto lapso, sobre los cuales no contamos aun con datos de primera mano y, finalmente, la de *medición* o *mensurativa*, que asume distintas formas según la naturaleza de aquello que estudie. Estas funciones, según el campo de aplicación del modelo, dan lugar a amplias consideraciones. En materia administrativa se lo emplea especialmente como un sistema, esto es, "una representación de objetos, eventos, procesos o sistemas"(2)(2) (Johnson, Kast y Rosenzweig, Teoría, integración y administración de sistemas", Ed. Limusa Wiley, México, 1971, p.15),

concebido para ser aplicado al estudio de las organizaciones. Al igual que sucede en otras aplicaciones de la administración, como forma de estudio de las organizaciones y de los fenómenos que acontecen en su seno, a la noción de modelo se le complementa la de sistema, dando lugar así, al concepto de modelo sistémico. Un modelo es, "un complejo de elementos o componentes directa o indirectamente relacionados en una red causal, de modo que cada componente está relacionado por lo menos con varios otros, de modo más o menos estable, en un lapso dado".(3)(3)(Bucley, Walter, La sociología y la teoría moderna de los sistemas", Amorrortu Editores, Bs. As., 1970, p.9). En un sentido similar se lo define como "un conjunto de objetos reunidos, con relaciones entre dichos objetos y entre sus atributos, conectados o relacionados entre sí y con su ambiente de tal modo que forman una suma total o totalidad" (4)(4) (Schoderbek, Charles G., Schoderbek, Peter P. y Kefalas, Asterios G. Sistemas Administrativos, El Ateneo, Bs. As. 1984, p.11). En definitiva, entendido como un conjunto de partes o elementos relacionados de alguna forma entre sí, según su naturaleza, de modo tal que configuran una representación de actividades sociales con uno o varios fines nos referiremos al sistema como un tipo de modelo, denominándolo modelo sistémico o simplemente sistema.

Atendiendo a sus formas de aplicación los modelos pueden ser adaptados a diversas situaciones, en ocasiones constituyen en sí mismos una hipótesis o una teoría, o son un medio auxiliar para representarlas. O bien, pueden ser representativos de una realidad estática, por ejemplo de una estructura, o de una dinámica constituida por funciones y procesos. Además, pueden ser considerados, según su aplicación y finalidad, como descriptivos o prescriptivos; por su naturaleza, en físicos o teóricos; o por el tipo de fenómenos a los cuales se refieren, en políticos, económicos, sociológicos, psicológicos, etc. En general, sirven para controlar o determinar el comportamiento o desarrollo de fenómenos con cierta intención o finalidad.

Los sistemas sociales así entendidos son, en otros términos, sistemas de conducta o de comportamiento, y en ellos quedan comprendidas todas las formas que pueden investir de acuerdo a sus fines u objetivos, entre ellos los de administración de la salud.

A partir de las definiciones que se han expuesto, en los sistemas sociales es posible distinguir tres aspectos:

1. las partes, que son consideradas, en muchos casos, como sistemas en sí mismas, y que a veces pueden ser igualmente descompuestas en subsistemas. Hasta cierto punto, son identificables como

entidades con ciertos caracteres propios, de lo que se deduce que todo sistema está incluido en uno superior, que tiene con relación a él, el carácter de un suprasistema. Cada una de estas unidades en que se descompone el sistema, en la medida en que conservan características sistémicas, observan ciertos principios básicos en virtud de los cuales mantienen su integridad. Estos principios enunciados por Johnson, Kast y Rosenzweig contribuyen a destacar aspectos esenciales de la desagregación sistémica, que son los siguientes:" a) el todo-constituido por el sistema de referencia es primario y las partes son secundarias; b) la integración es la condición de la interrelacionalidad de muchas partes dentro de una; c) las partes así constituidas forman un todo indisoluble en el cual ninguna parte puede ser afectada sin afectar todas las partes; d) el papel que juegan las partes depende del propósito para el cual existe el todo; e) la naturaleza de la parte y su función se derivan de su posición dentro del todo y su conducta es regulada por la relación del todo a la parte; f) el todo es cualquier sistema o complejo o configuración de energía y se conduce como una pieza única, no importando que tan compleja sea; g) la totalidad debe empezar como una premisa y las partes, así como sus relaciones, deberán partir del todo" (5) (5) (Ob. cit. p.111).

2. las relaciones, que se establecen entre las partes y confieren a éstas una independencia relativa. Si bien, como señalamos, las partes conforman subsistemas, la vinculación entre ellas es indispensable para considerarlas integrantes del sistema. La mera agregación circunstancial de partes realizadas en tal forma que sean independientes del todo, no puede llevarnos a considerarla como un sistema, y por ello se la denomina conglomerado.

3. los fines u objetivos, que son el fundamento mismo de la existencia del sistema, y que tratándose de organizaciones sociales no pueden en modo alguno considerarse singularmente, en razón de que un sistema social, aunque se defina por una "orientación de finalidad", subordina otras orientaciones hacia fines. Ello explica la existencia de organizaciones sociales de orientación económica, política, religiosa, educativa, de salud, etc. que incluyen en sí mismas, sistemas subordinados, esto es, subsistemas, con fines diversos pero todos ellos contributivos a la finalidad organizacional de primacía.

LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS

A partir de la idea de modelo sistémico, se ha desarrollado la teoría general de sistemas como una configuración metodológica que, en para nuestros fines, comprende dos perspectivas iniciales de análisis frente a cualquier fenómeno social. Una referida al objeto sobre el cual centra su estudio que, según el caso, puede ser una organización, una persona social, un sector de la economía, una institución o cualquier otro conjunto organizado de actividades orientado a fines.

Para el tema que nos ocupa este enfoque puede estar referido al sistema de salud en si, como un sistema social que resume todas las actividades y estructuras que, concatenadas se destinan a la atención del fenómeno social de salud o, a una unidad organizativa destinada a la prestación de servicios específicos o complementarios en esta materia. La otra perspectiva es la contextual y esta constituida por el medio, entorno o ambiente social que incluye al sistema de referencia que, como se ha expresado, puede ser el sistema de salud o uno de sus elementos estructurales.

Esta doble perspectiva analítica posee la ventaja de apreciar el fenómeno integralmente, de allí que, en ocasiones a este enfoque se lo califique de totalista. Al mismo tiempo, también ello contribuye a ampliar considerablemente el marco determinante y condicionante de un sistema, sobre el cual se ha centrado el estudio.

A las perspectivas analíticas indicadas se agrega la del enfoque funcional y la del estructural. Esto significa que, el sistema de referencia- en nuestro caso, ya sea el sistema de salud como uno de sus elementos-, como asimismo el contexto envolvente, son susceptibles de analizar estructural como funcionalmente. La noción de función parte de la idea de que las necesidades humanas generan conductas o comportamientos destinados a su satisfacción. Estos en la medida en que son asumidos por conjuntos de personas de una manera mas o menos coordinada, configuran conjuntos de actividades o lo que es lo mismo, sistemas comportamentales o de conductas a los que denominamos sistemas funcionales, cuya magnitud y grado de prevalencia depende de la importancia que reviste la necesidad originaria. La idea de función, se compone a partir de una concepción dinámica, que siempre tiende a determinar las actividades, acciones o comportamientos de un sistema o de cualquiera de sus elementos. Por su parte, el concepto de estructura, parte de la necesidad de identificar y descubrir cómo se disponen las partes o elementos de un sistema, los moldes a los que se sujetan sus interconexiones y las interacciones entre las personas que las integran. En otros términos, la idea de estructura siempre tiende a determinar un ensamblaje entre partes, una especie de arquitectura entre componentes de naturaleza diversa que, tratándose de organizaciones sociales, asumen el carácter de una composición ordenada de elementos de

naturaleza física y personas que se comportan de una determinada manera según un régimen normativo preestablecido y conforme a un sistema cultural que le es propio y en definitiva, determinante de los comportamientos.

APLICACION DEL MODELO SISTEMICO A LA ADMINISTRACION DE LA SALUD

El tratamiento de estos fenómenos desde la perspectiva sistémica, esta orientado a la configuración de dos modelos de análisis, uno el denominado sistema de salud y, el otro, a aquellas formaciones sociales que asumen el carácter de organizaciones destinadas a la emisión de productos, ya sea en forma de bienes o servicios .Por tanto, a nuestros fines, cabe distinguir entre administración de sistemas de salud de la administración de entidades prestatarias de servicios de salud.Ello implica conceptualizar la necesidad social para acceder a la configuración del sistema de salud.

1. La salud como una necesidad social.

La sociedad humana es susceptible de analizar desde distintas perspectivas. A nuestros fines, una de ellas parte de considerarla como un conjunto de personas, esto es, una población que desarrolla interacciones diversas en un marco o entorno físico natural. La interacción, entendida como una forma o especie de relación social, tiene la particularidad de producir una afectación a nivel de personalidad en las personas intervinientes.

La pluralidad de interacciones, se ordenan sobre la base de orientaciones que resultan significativas para los sujetos intervinientes que se encuentran motivados por una tendencia a obtener ciertas satisfacciones o gratificaciones, en un medio social en el cual para cada sujeto que participa en la interacción social, los demás son mediadores para el alcance de ciertos objetivos que se configuran a partir de una disposición de necesidad.

En síntesis, un sistema social se compone a partir de un conjunto de necesidades sociales básicas de carácter orgánico, esto es biológicas,a las cuales se le agregan necesidades culturales que para ser satisfechas se hace necesario desarrollar ciertas actividades o funciones sociales.

En la sociedad humana se produce una constante tendencia a desarrollar una compleja y creciente actividad de funciones orientadas a la satisfacción de las necesidades sociales, tanto orgánicas como culturales. Los conjuntos especializados de actividades tienden siempre a configurar

sistemas de relación social o sistemas funcionales diferenciados. Surgen así, los sistemas orientados a atender las necesidades emergentes de la adaptación al medio natural y a la transformación de ese medio, para el sustento y preservación de las personas en un ámbito determinado, configurando el denominado sistema económico. De igual modo la necesidad de orientar las acciones sociales que se gestan y desarrollan con el propósito de influir, determinar y controlar conductas para el alcance de ciertos objetivos e intereses, configura el denominado sistema político.

En este orden de ideas la problemática de la salud tiene su origen, en un fenómeno de naturaleza biológica que adquiere el carácter de un fenómeno social. Esto importa considerar que se trata de una necesidad que experimenta todo ser humano, al estar expuesto como ser viviente a las consecuencias de su ciclo vital evolutivo y a las contingencias de su deterioro biológico, como a los riesgos de sufrir enfermedades o accidentes. Es evidente que la salud y la enfermedad en el ser humano constituyen una relación biúnica, de tal modo que un estado no puede ser concebido sin el otro.

Esta relación de estados se caracteriza como una necesidad que por una parte es biológica y, por la otra cultural, atendiendo a la predisposición natural del ser humano de enfermarse pero que, al mismo tiempo, puede aparecer como consecuencia de una forma o modo de vida, conforme al concepto de cultura que la definición de Taylor considera como "esa unidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, costumbres y otras capacidades adquiridas por el hombre como miembro de la sociedad".

Todas las personas al estar expuestas a sufrir enfermedades y deterioros en su estado físico o mental, se constituyen en demandantes reales o potenciales de atención médica, ya sea en forma preventiva, asistencial o rehabilitatoria.

En nuestros días, esta necesidad social adquiere importancia creciente por el aumento de las expectativas de vida, que es manifiesta en países con un mayor nivel de desarrollo, y que ha surgido como consecuencia de los avances producidos en distintos campos de la ciencia médica. También incide sobre ello, el hecho de que la atención de la salud se ha convertido en un derecho reconocido universalmente de modo tal que las demandas sociales en este sentido, van consolidando un notable avance en materia de legislación social y articulación de nuevos sistemas para la atención de esta necesidad. El componente cultural adquiere de este modo una incidencia significativa en la determinación de la necesidad social de salud enfermedad, atendiendo a que por una parte posee un componente biológico independiente y uno cultural que lo integra a distintos factores dependientes,

entre los que podemos señalar, el estilo de vida, el desarrollo de la ciencia médica como un factor de prevención, asistencia y rehabilitación, un nivel de educación que contribuye a determinar el grado de percepción de la importancia de la salud, tanto en el modo de preservación como en el de atención y las políticas de salud llevadas a cabo por los gobiernos.

Con respecto al primero de los factores señalado, el estilo de vida, es evidente que debe distinguirse entre la incidencia que poseen los comportamientos sociales en la determinación de ciertas enfermedades, causas de muertes y accidentes mientras que en otros casos, es observable una mayor independencia de cultural, especialmente en las enfermedades y muertes consecuentes. Duncan Pedersen, trae a colación al respecto sobre la base un modelo realizado por Wolman que, "las anomalías congénitas, la diabetes mellitus, la influenza y la neumonía tienen mayor peso del componente biológico, mientras que los accidentes de tránsito, el homicidio, el suicidio y las cardiopatías guardan mayor relación con los estilos de vida y con otros factores del medio ambiente"(6) (6) (Medicina en Salud Pública, El Ateneo, Bs.As., 1988, p.364). También en ciertas enfermedades la incidencia de ambos factores el biológico y el cultural posee un alto grado de participación conjunta, en su causalidad, en el caso del SIDA, en ciertas enfermedades venéreas, el mal de Chagas, por ejemplo.

El grado de desarrollo de la ciencia médica es un factor de alto grado de incidencia, que a su vez depende de otros. Por una parte del nivel científico global alcanzado, que es verdaderamente alto, pero que sin embargo, no posee igual accesibilidad en todos los países, e incluso dentro de un mismo país. Ello está estrechamente asociado a la política que en materia de salud se adopte, factor éste que hemos señalado y que tratamos más adelante.

Otro factor de importancia a tener en cuenta, lo constituye el nivel de educación, que en materia de salud presenta dos aspectos de análisis, uno referido al nivel general de educación de la población y el otro, a la educación en materia de salud. El primero comprende desde la alfabetización básica hasta los relacionados con la instrucción y formación en niveles superiores. Esta educación deviene como consecuencia de una mayor grado de instrucción que, incide en gran medida en los comportamientos respecto al cuidado de las causas determinantes de las enfermedades; sin embargo, no siempre ello se correlaciona exactamente con el aumento del nivel de educación en materia de salud. Por una parte, debe tenerse en cuenta el comportamiento de la población frente al proceso de salud y enfermedad y por la otra, el grado de desarrollo del sistema de salud. En lo que respecta al primer aspecto, es evidente, y así lo señalan numerosos estudios

efectuados, que ello podría responder a una tipología de las sociedades elaborada a ese efecto. Una aproximación al tema podría partir de distinguir entre sociedades tradicionales y modernas, no obstante, también la diferencia entre sociedades rurales y urbanas puede resultar apropiada para la explicación del desarrollo del proceso de salud enfermedad. No obstante, la aplicación del método tipológico para analizar el comportamiento poblacional frente al proceso de salud enfermedad, entraña las mismas falencias que evidencia frente a otras aplicaciones, como es la de incurrir en el peligro de fundar patrones muy generales frente a un fenómeno o por generar marcos de análisis rígidos que, como en el caso de la salud enfermedad, obedece a múltiples factores causales en lo que respecta a las conductas sociales.

Preferimos referirnos a conductas tradicionales y a conductas racional- modernas, más que asociarlas a tipos de sociedades atendiendo al alto grado de diversidad de conductas que se entremezclan en la sociedad actual.

2. El sistema de salud.

Consecuentemente, como se ha señalado, la idea de sistema de salud se compone como una categoría analítica comprensiva de todos los comportamientos sociales que se originan para atender la necesidad de salud y que están constituidos en una primera gran distinción, entre el que es propio de todas aquellas personas que de una manera u otra, desarrollan actividades vinculadas con la prestación del servicio de atención en materia de salud enfermedad por una parte, y por el comportamiento que la población asume ante esta necesidad en su doble estado real o potencial. Se constituye así el concepto de sistema de salud, como uno de los sistemas sociales mayores, al igual que lo son el económico, el educativo, el político, etc. Específicamente el de salud se compone, por todas las actividades sociales, como acciones o funciones destinadas a preservar la salud de la población (acción preventiva), a actuar contra todo aquello que afecte o deteriore ese estado de salud (acción asistencial) y a superar las secuelas producidas por los factores que alteran el estado de salud (acción rehabilitatoria). En sentido amplio, es una configuración resultante de la combinación de interacciones sociales que alcanzan diferente grado de magnitud y formalidad.

Usualmente, se emplea la expresión sistema mayor, para hacer referencia a una categoría de análisis que se constituye con grupos, organizaciones y complejos organizativos que desarrollan actividades que tienen, de cierta manera, una orientación específica común y cuyos objetivos sociales son iguales, similares o complementarios. Concordantemente, es posible considerar que los

sistemas mayores satisfacen necesidades que forman igualmente, grandes categorías sociales.

Estos sistemas o subsistemas, son una parte diferenciada de la sociedad que adquieren coherencia, si se los concibe como integrados por un conjunto de funciones especializadas o diferenciadas que se ordenan conforme al alcance de ciertos objetivos. Son categorías que tienen un carácter mucho más amplio, y además más difuso que las organizaciones complejas. No se integran como estas últimas, exclusivamente con unidades formalizadas y homogéneas sino, por el contrario, representan un conjunto heterogéneo donde la conformación sistémica esta determinada por las actividades y objetivos comunes. Inclusive, el fundamento de su existencia es mucho más conceptual y metodológico que el de las organizaciones simples y el de las complejas, puesto que no surgen como una formación social concreta.

Estos sistemas mayores sirven, además como grandes síntesis diferenciadas de funciones sociales, que traducen los comportamientos desarrollados por ciertos grupos, organizaciones y complejos organizativos con orientaciones específicas. Por medio de ellos es posible configurar la sociedad global, tanto estructural como funcionalmente.

Las organizaciones cualquiera sea su magnitud y complejidad, se diferencian específicamente, por cierta primacía en su finalidad lo que Talcott Parson denomina, "orientación de primacía", y que en definitiva las identifica como constituyentes de uno u otro sistema mayor(7)(7)(El sistema social, Revista de Occidente, Madrid, 1966). De este modo, todas aquellas formaciones sociales interactivas entre ellas las organizaciones, como las mas formales y estables que se orientan en forma directa o indirecta a la atención de los problemas derivados de la necesidad social salud enfermedad son a nuestros fines, constitutivos del sistema de salud resultante de la totalidad de elementos o componentes que de manera directa o accesorio, actúan para el control o modificación del estado de salud enfermedad de la población.

El sistema de salud, configura en nuestro análisis, dos perspectivas, la funcional y la estructural, que tratamos a continuación:

2.1. El sistema funcional de salud.

Desde esta perspectiva, el sistema de salud, debe ser entendido como una totalidad que se constituye a partir de una necesidad social que para su atención, da lugar a una amplia y diversa cantidad de actividades sociales, como funciones o modos de comportamiento específicos orientados precisamente a la satisfacción de aquella. En otros términos, desde esta perspectiva de

análisis cualquier sistema de salud es un sistema funcional como un sistema de comportamiento o de conductas, orientadas a la satisfacción de una necesidad social, en nuestro caso, obviamente, la de atención de la salud.

2.2. La estructura del sistema de salud.

Correlativamente el sistema funcional, genera una estructura entendida como el ensamblaje o composición de todos aquellos elementos o componentes concretos que tienen a su cargo la ejecución de las funciones o actividades, que denotan comportamientos destinados a la atención, ya sea en forma directa o indirecta, de la necesidad de salud. De ello es posible deducir dos grandes conjuntos sistémicos, como perspectivas de análisis del sistema de salud, una, constituida como el un sistema o conjunto funcional de actividades y, la otra, por un complejo de estructuras diversas pero concatenadas, y dispuestas para el desarrollo de aquellas. Esta estructura se constituye por elementos como partes o componentes, entre los que podemos distinguir los siguientes:

2.2.1. Las unidades organizativas, que son formaciones sociales conocidas como organizaciones que, entre sus rasgos determinantes, puede reconocerse, la explicitación de los objetivos, un sistema normativo expreso elaborado para alcanzar esos fines u objetivos, una estructuración interna racionalmente establecida que se constituye sobre la base de grados jerárquicos y especialización funcional, una cantidad miembros determinable, al igual que las calidades y condiciones que deben invertir y la duración del vínculo asociativo. Además de estos caracteres, pueden agregarse otros de menor relevancia, que no tienen un contenido tan general como los expuestos.

En el análisis estructural de un sistema de salud, las unidades organizativas, constituyen una estructura parcial que se determina a través de su cantidad, distribución en el marco de regionalización territorial y por el grado de complejidad en el caso de las organizaciones con esta orientación de primacía, la clasificación de las organizaciones y la configuración conforme al régimen político jurídico imperante. La cantidad de unidades organizativas, es una variable básica y elemental que debe permitir además, identificarlas según sean primarias o complementarias y a partir de allí, establecer la magnitud y diversidad del sistema. La determinación del sistema de distribución hospitalaria está íntimamente asociada a la planificación en materia de atención en salud. En este aspecto se incluye, entre otros, el destinado a determinar el grado de centralización -

descentralización del sistema; la regionalización hospitalaria que se configura a partir de la idea de una unidad o zona que se constituye partiendo de factores diversos(geográficos, demográficos, económicos, administrativos, político-jurídicos, ecológicos,etc.).Consecuentemente , a partir de la unidad hospitalaria se accede a la idea de región hospitalaria que la OMS definió en 1957. La clasificación de los hospitales como regionales, districtales y rurales,atendiendo al grado de complejidad, es un ejemplo de ello.(8)(8) (Mazzafero,Vicente,Medicina en salud pública, ob cit. p.84).Por último la clasificaciónde las unidades organizativas da lugar a reconocer entre ellas, formaciones sociales caracterizadas por magnitudes diferentes como organizaciones de organizaciones, esto es, complejos organizativos u organizaciones complejas, integradas sobre la base de finalidades comunes.

En el caso del sistema de salud, en su estructura se reconocen también organizaciones, como uno de sus elementos componentes que son las relacionadas con la prestación de servicios de salud, de manera directa o indirecta. Estas formaciones sociales son conjuntos que asumen cierto grado significativo de formalidad y se orientan hacia fines relacionados con la satisfacción de la necesidad social, referida a la salud -enfermedad. Sin embargo, lo que distingue a estas organizaciones, es su orientación de primacía con un fin específico, caracterizado por la prestación de servicios de salud enfermedad.

Las organizaciones de este tipo pueden clasificarse de diferente manera, a los efectos de una comprensión mas completa atendiendo a los siguientes criterios de diferenciación:

2.2.1.1. Según sean prestadoras primarias o complementarias.

Las organizaciones primarias o específicas son las dedicadas a la prestación de servicios médicos. En cambio, las complementarias son las que tienen objetivos auxiliares como proveedoras de insumos y de apoyo, que de una u otra forma, tienen incidencia con la prestación del servicio de salud que llevan a cabo las organizaciones primarias o específicas.Estas a su vez, pueden ser clasificadas de acuerdo con el tipo de insumo que proveen de modo que tendríamos:

a) Proveedoras de insumos humanos.

Están constituidas por facultades o escuelas que capacitan a profesionales que de manera directa (de medicina, bioquímica, odontología, enfermería, etc.) o indirecta (administración, contabilidad, etc. en cuanto se refieren a la prestación de servicios médicos), tienen relación con el

sistema de salud.

b) Proveedoras de insumos materiales.

Incluye a los laboratorios, farmacias y todas las organizaciones proveedoras de aparatología médica, ya sea asistencial, preventiva o rehabilitatoria.

c) Proveedoras de insumos financieros.

En el caso de entidades no estatales son proveedores de insumos financieros las personas individuales y las familias, cuando actúan como usuarios de servicios médicos en sus distintas formas y las entidades proveedoras de recursos fluidos- dinero-, en forma de empréstitos o bien, entidades de beneficencia u otras que operan en determinada circunstancia en ese sentido.

Cuando se trata de entidades estatales, el proveedor es el Estado a través de asignaciones presupuestarias; sin perjuicio de ello, también cuando existe algún tipo de arancelamiento, igualmente, de usuarios del servicio; de aportes en concepto de donaciones provenientes de entidades benéficas; y en ciertos casos, a través de empréstitos que proveen entidades financieras para aplicarlos al sistema de prestación en materia de salud enfermedad.

d) Proveedoras de apoyos.

Entre ellos se incluyen, las adhesiones como una forma de contribución al sistema que incluyen actividades sociales diversas y cuyo aporte puede ser material (provisión de insumos financieros, instrumental médico, medicamentos, prestaciones diversas en materia de salud, etc.) o en forma de servicios (educación sanitaria, o acciones diversas destinadas a incidir en tal o cual medida de gobierno, por ejemplo). Estas funciones de apoyo provienen por lo general de, asociaciones benéficas, fundaciones, o personas actuando individualmente, por parte del sector privado; o de organismos estatales, las instituciones educativas por ejemplo, que contribuyen además en esta materia. Pero además de ello, los apoyos al sistema asumen también un carácter crítico expresado como adhesiones o rechazos, esto es, una forma de gratificación para con el sistema o como distintas manifestaciones negativas respecto a su estructura o comportamiento, que se traduce en insatisfacciones o retiro de adhesiones; en ocasiones, puede entenderse esto último como una especie de castigo.

Tanto las adhesiones como las críticas y oposiciones son difusas o se corporativizan a través

de organizaciones específicas, por ejemplo, las entidades gremiales o las propias de los usuarios de los servicios médicos.

La figura del intercambio también es aquí observable en forma de acciones y reacciones centradas en el grado de satisfacción de la necesidad salud. La percepción de este grado de satisfacción - insatisfacción por parte del sistema, constituye el denominado efecto feed back, como una retroalimentación al sistema. En la medida que este ingreso es captado y procesado adecuadamente, permitirá introducir correcciones en la estructura o funcionamiento del sistema.

Tanto las organizaciones primarias o específicas como las complementarias, a su vez, pueden ser clasificadas de la siguiente forma:

2.2.1.2. Según la naturaleza de la prestación.

Las organizaciones pueden considerarse atendiendo a que la prestación es preventiva, en el sentido referido a adoptar medidas destinadas a evitar o disminuir riesgos de enfermedades o accidentes. Están incluidas aquí las actividades educativas, o de capacitación, información y generación de procesos orientados a la formación de actitudes y valores a través de los cuales se refuerza la importancia de la salud. En otro sentido, la función asistencial que es la típicamente curativa y que se relaciona con la aplicación de metodologías de tratamiento de enfermedades. Por último, la rehabilitatoria, destinada a superar las secuelas dejadas por enfermedades, adquiridas o congénitas, y por accidentes.

2.2.1.3. Según el ámbito de pertenencia.

Este aspecto está referido a la propiedad, estatal o no estatal, de los patrimonios de las organizaciones prestadoras de las funciones sociales en materia de salud enfermedad. En el caso del sistema de salud argentino es sabido que este se ha conformado sobre la base de dos tipos de prestadores:

a) Las entidades estatales, en las cuales el interés está fundado en la prestación de un servicio de salud a la población, sin ánimo de lucro, y que cabe dentro de las funciones generales del Estado, referida a la atención de una necesidad social básica. Por tanto, la actividad central del ente es de tipo preventivo y asistencial, sustentada en la más amplia y completa concepción de atención en materia de salud.

b. Las entidades no estatales que a su vez pueden conformarse sobre la base de la figura jurídica adoptada, según sea de finalidad solidaria sin ánimo de lucro, tales como asociaciones civiles, cooperativas, las obras sociales o mutuales, aunque las más comunes son las dos últimas; o estrictamente privadas con ánimo de lucro, constituidas como empresas unipersonales o como sociedades comerciales, usualmente las sociedades anónimas o las de responsabilidad limitada.

Cada una de las figuras señaladas se define sobre la base de objetivos diferentes, en lo que respecta al ánimo de quienes invierten su propiedad. Distinto es el caso de las entidades que se constituyen sobre la base de figuras solidarias, como son las asociaciones mutuales por ejemplo, en las cuales la prestación del servicio está orientada a sus asociados que contribuyen a sostener la asociación con el aporte de cuotas sociales, sin perjuicio de los aranceles que establece la entidad. Los objetivos de éstas están referidos, a diferencia de las estatales, a un sector de población que invierte la condición de miembros o asociados y, por tanto, su objetivo organizacional no es tan amplio como en el de aquellas. Aunque pueden establecer actividades de carácter preventivo, estas son eventuales y circunscriptas a sus asociados (por ejemplo, el examen médico periódico); pero en modo alguno, poseen la amplitud de las entidades estatales, igualmente con el mismo carácter aunque en forma permanente son prestatarias a sus miembros de un servicio asistencial. Por último, se incluyen las entidades que son prestatarias de un servicio asistencial netamente privado y que, al constituirse como sociedades comerciales, persiguen un ánimo de lucro en la prestación dirigida a personas con quienes no poseen ningún tipo de vinculación más que aquella meramente comercial.

Atendiendo a la clasificación que se ha establecido, a partir de los objetivos de interés que motivan a quienes ejercen la titularidad del patrimonio, es evidente que, aunque el objetivo organizacional puede coincidir en lo curativo, la esencia de la relación entre el prestador y el beneficiario marca una diferencia que es necesario tener en cuenta.

2.2.2. El marco político jurídico emanado del Estado constituido por el conjunto de disposiciones regulatorias del sistema de salud.

El conjunto de actividades entendidas como comportamientos o conductas sociales específicas caracterizadas por una orientación de primacía en materia de salud, están reguladas por normas. La expresión "norma" tienen un doble significado. Puede utilizársela en sentido amplio y

entonces adquiere la connotación de una pauta de conducta, en cuyo caso incluye una amplia gama de modos de regulación del comportamiento humano, cuyo tratamiento se ubica en el marco cultural que es propio de una población determinada o, en un sentido restringido por la otra, que concierne al régimen político y jurídico materializado a través de la acción del Estado al establecer la estructura y funcionamiento del sistema, en nuestro caso, de salud. En este último sentido, la estructura se manifiesta en varios aspectos, entre ellos, el más amplio sería el que evidencia el grado de integración de la sociedad y el Estado en esta materia y a partir de allí, todo el orden jurídico subsecuente.

2.2.3. El sistema ocupacional, como un sistema de roles sociales.

Este elemento o componente está determinado por el desarrollo de actividades sociales específicas, constituídas por todas aquellas que son inherentes a la atención de la necesidad de salud. Es el caso de las profesiones que de una manera u otra, tienen a su cargo funciones tendiente a la satisfacción de necesidades orientadas a la atención o satisfacción de la necesidad social de salud enfermedad. Cada profesión y por ende, las ocupaciones configuran status y roles. Tanto el concepto de status como el de rol se presenta a nivel social, como uno de los elementos constituyentes de la estructura del sistema de salud al cual nos estamos refiriendo, pero también son reconocibles como elementos propios de la estructura de las organizaciones. El concepto de status es para nosotros un elemento constitutivo de la posición social, entendida como el lugar que una persona ocupa en relación con otras personas en un sistema social determinado. De este modo, el status es considerado a través del conjunto de derechos, prerrogativas, privilegios que una persona posee en razón de su posición social respecto a otras personas con las que actúa en una determinada función social; en este caso, la persona es un objeto de orientación para otras personas y para sí misma. Por su parte, el concepto de rol implica un aspecto procesual, más concretamente lo que la persona hace en sus relaciones con otras personas también referido a una función social. Aquí la persona al orientar su acción hacia otras, actúa ejerciendo su rol, es decir ejercita deberes u obligaciones que les han sido asignados como consecuencia de su posición social, no sirviendo como objeto como en el caso del status, sino que orienta su acción hacia otras personas.⁽⁹⁾⁽⁹⁾ (Parsons, Talcott, ob.cit. p.44)

Respecto a este tema " El rol de médico que practica pertenece al tipo general de roles " profesionales", que son un subtipo del grupo más amplio de los roles ocupacionales" ⁽¹⁰⁾⁽¹⁰⁾(

Parsons, Talcott, ob.cit. p.436). Tanto el status como el rol importan el conjunto de conductas esperadas asociadas a la posición particular que una persona tiene dentro de una organización determinada. Como consecuencia de ello, las organizaciones que conforman el sistema social de salud, se integran por un conjunto de posiciones sociales, específicamente referidas a la actuación social de todas aquellas personas que realizan actividades orientadas a la satisfacción social de esta necesidad social.

Al concepto de posición social se le asocia el de prestigio, entendido como la deferencia o admiración que se suscita respecto a una persona como consecuencia de su posición. De este modo, el prestigio social contribuye a determinar una necesidad de la personalidad de obtener este reconocimiento que confiere una deferencia significativa a una persona por los status -rol inherente a su actividad social. El grado de valoración conferido a la profesión médica por ejemplo, es la determinante que, en mayor o menor medida, impulsa al ejercicio de la misma como una necesidad de obtener prestigio social. Aunque el grado de prestigio social también importa un reconocimiento profesional relevante en nuestra sociedad, como lo era el brujo o hechicero en ciertas comunidades primitivas.

La deferencia, respeto o admiración de quienes tienen a su cargo una función curativa siempre ha sido valorada socialmente; e incluso, contribuye en ocasiones como un factor positivo de naturaleza psicológica en el tratamiento de enfermedades psicosomáticas en ciertas personas.

El grado de prestigio importa considerar dos aspectos, el de cualidad y el de desempeño. El primero surge de tener en cuenta el prestigio inherente a la posición en sí, mientras el de desempeño importa el emergente del ejercicio efectivo del status-rol.

2.2.4. El marco cultural como determinante de los comportamientos que se generan en torno a este fenómeno social y que se constituye como un elemento del sistema de salud, que en la práctica está representado básicamente por el sistema de atención médica responde a una manifestación cultural de la sociedad, y siendo las formas de atención médicas, una parte de la cultura original de aquella, la cultura médica tradicional es, obligatoriamente, parte de tales sistemas.(10)(10)(Conf. Mazafero, ob. cit. p.42).

Específicamente, este sistema cultural, incluye a su vez elementos tales como : a) el conjunto de conocimientos referidos al tratamiento de esta necesidad social. Corresponde incluir aquí el desarrollo de la investigación médica, ya sea para la determinación de las causas de las

enfermedades como así también para su prevención; comprende asimismo la tecnología, como la manifestación aplicada del conocimiento que se traduce en materialmente en maquinarias, instrumentos o productos concretos o de manera inmaterial o abstracta en forma de conocimientos aplicados, esto es técnicas o en general toda la metodología aplicada, o como un modo de llevar a la práctica los resultados de investigación o de la experiencia. Específicamente referida a la temática de la salud, la tecnología médica constituye un factor de considerable importancia y asociada muy estrechamente al estado de desarrollo social de un país y por ende, al de su atención médica; b) el conjunto de normas que regulan el comportamiento social en general, que incluyen las que poseen incidencia como factores determinantes de los estados de salud enfermedad como de su atención. Comprende pautas de comportamiento diversas, entre las que figuran los usos, que son normas aplicadas, regulatorias de la conducta cotidiana, de duración incierta, de cumplimiento relativamente obligatorio referido a circunstancias determinadas y con una sanción leve que acarrea su incumplimiento, e instrumentada de manera que no va más allá de la reprobación manifiesta o encubierta de los integrantes del grupo que la sustenta; los usos, los hábitos, las costumbres hasta las propias leyes jurídicas, que consideramos integrantes del marco político jurídico regulatorio del sistema. Atendiendo a que estas normas poseen una identidad común por orientarse de una u otra forma a un mismo objetivo, puede considerarse como un sistema o régimen normativo, que tiene relación con el comportamiento social más amplio de la población. c) las creencias que se agregan como una forma determinante de comportamientos que se traducen en prácticas sin sustento de validación científica, pero que no se constituyen en verdaderas ni falsas en términos empíricos.

En materia de salud las creencias juegan socialmente un papel importante, que comprende desde las prácticas o razonamientos simples basados en concepciones religiosas o mágicas, hasta las prácticas del curanderismo. El manejo de la sugestión, y de estados de conciencia motivados por explicaciones no convencionales o científicas, dan sustento a la puesta en práctica de mecanismos psicológicos que muchas veces aparentan curas milagrosas y que de allí en más, adquieren trascendencia colectiva, lo cual refuerza el carácter de la eficacia de tal o cual procedimiento. La práctica de la medicina como arte de curar está desde muy antiguo asociada a las creencias. El hechicero y el brujo en las tribus primitivas o el curandero son instituciones hartamente conocidas en la práctica de curar. d) los valores entendidos como criterios de orientación de las conductas sociales en materia de salud enfermedad, son otro componente del sistema cultural. El valor debe entenderse como un patrón o medida cultural mediante el cual las personas juzgan a los objetos culturales y no

culturales, a las personas, a las acciones, a las ideas y, en fin a todo lo que está implicado en relación a su existencia, motivándolas favorable o desfavorablemente. Parsons lo define como "un elemento de un sistema simbólico compartido que sirve de criterio para la selección entre las alternativas de orientación que se presentan intrínsecamente abiertas en una situación" (11) (11) (Ob. cit. p.31). El valor es el sustento de las normas y de toda otra pauta que determina comportamientos.

En materia de salud son por ende los que sustentan los comportamientos que configuran los estilos de vida e inclusive, determinan la propia actitud hacia la medicina.

LOS CONTEXTOS DEL SISTEMA DE SALUD

El método sistémico incluye la consideración de que todo sistema actúa dentro de un contexto. La expresión contexto, o sus equivalentes ambiente, entorno o medio, sirve para designar el universo que rodea al sistema con el cual no está desvinculado, sino que mantiene relaciones diversas de mutua incidencia. El reconocimiento de la existencia o influencia del ambiente en todo sistema, constituye uno de los aportes más significativos, dentro de la concepción de este método, que ha dado lugar a que esta disciplina amplíe considerablemente su proyección. Ello permite deducir varios aspectos y construir un modelo teórico que ayude a explicar la estructura y funcionamiento de cualquier sistema, ya se trate del sistema social, de los sistemas mayores, o de las organizaciones.

1. El contexto suprasistémico.

No obstante que la teoría general de sistemas emplea la expresión suprasistema, para referirse a los sistemas mayores de los cuales depende el de referencia, por nuestra parte ubicaremos esta expresión como uno de los tipos contextuales en los cuales esta inmerso un sistema social. Consecuentemente, reconocemos tres tipos de contextos de cualquier sistema social, el primero de ellos es el que denominamos suprasistémico, por estar constituido por el sistema del cual depende el de referencia. Esta construcción conceptual sirve para analizar las relaciones mutuas y no mutuas del sistema con su sistema de dependencia. Dentro de esta concepción, análoga a la que se emplea en la teoría general de sistemas, tiene un carácter de dependencia organizacional comprensible siempre en una relación entre un sistema dado y uno mayor del cual depende de alguna u otra forma.

En el caso del sistema de salud, considerándolo como un sistema mayor, el contexto suprasistémico total es la sociedad global, esto es el sistema social. A su vez, el sistema mayor se constituye en un contexto suprasistémico de otros sistemas cuando de ello se desprenda una relación de dependencia. Lo que denominamos contexto suprasistémico es en realidad, un marco formal en el que puede reconocerse un suprasistema interno constituido por aquellas organizaciones sucesivas de las cuales depende la de referencia. Por ejemplo, si el sistema de referencia es un hospital estatal, el suprasistema interno inmediato será el ministerio de salud del cual depende, al cual le seguirá el poder ejecutivo, y a éste la totalidad del Estado; y un contexto suprasistémico externo, que es el sistema mayor de la sociedad al que denominamos sistema de salud subordinado al sistema político, considerado como el sistema que regula todos los sistemas mayores, para concluir en el sistema social global o la sociedad total.

De acuerdo con la concepción de estructura que se ha expuesto, un sistema de referencia constituye un elemento, esto es, un componente de aquella, concretamente incluida en la categoría que denominamos unidades organizativas.

El empleo de esta construcción metodológica suprasistémica tiene como utilidad la referida a la descripción, explicación o proyección de las relaciones entre sistemas y sus subsistemas, entre ellas, a la planificación de actividades, la determinación del grado de centralización o descentralización, o el mismo grado de dependencia, entre otras. En el caso de lo que denominamos contexto suprasistémico externo, la relación entre el suprasistema político y el sistema de salud-ambos sistemas mayores- permite apreciar el grado y la forma de integración de estos dos sistemas, como se analiza en el punto siguiente.

1.1. Sistema político y sistema de salud.

Tanto para el análisis como para la proyección de sistemas de salud, es necesario considerar que al igual que todos los sistemas mayores, éste está subordinado al sistema político cuya concepción parte de considerar la integración de elementos provenientes de la ciencia política.

En principio, puede señalarse que el sistema político está constituido por un conjunto de factores por medio de los cuales se originan y procesan fenómenos de poder o fenómenos políticos, que son aquellos que incluyen las acciones sociales que se gestan y desarrollan con el propósito de influir, determinar y controlar conductas con arreglo a ciertos objetivos e intereses. En sentido similar, Bunge se refiere a él como el caracterizado por las relaciones de administración y poder. (12

(12) (Bunge, Mario, *Sistemas sociales y filosofía*, Ed. Sudamericana, Bs. As, 1995, p.30)

El comportamiento de estas variables da lugar a que en el nivel de mayor jerarquía social constituido por sistema político, deben articularse medidas como decisiones de política para regular las funciones y articular la estructura global del sistema de salud - enfermedad. De allí que, en lo que a esta necesidad social respecta, el sistema de salud -enfermedad debe ser considerado como un sistema subordinado o sistema medio del sistema político. Por tanto, la configuración y reformas del sistema de salud obedecen siempre a decisiones políticas. Le cabe al sistema político a través de una de sus unidades específicas constituida por el Estado, establecer el sistema de atención de las necesidades sociales de salud.

Entre los requerimientos propios de esta necesidad figura la inherente al Estado, referida al dictado del régimen jurídico destinado a regular el servicio de salud lo cual conlleva igualmente, el funcionamiento de las unidades prestadoras y de aquellas que proveen los insumos correspondientes. En este aspecto, debe el Estado atender a una adecuada articulación de las diferentes unidades prestadoras teniendo en cuenta su distinta naturaleza.

Así considerado el sistema político, se constituye en un marco suprasistémico de todos los sistemas sociales mayores, entre ellos el de salud, y su utilidad metodológica está orientada a servir como un modelo o matriz de análisis, para determinar y establecer la manera como se regula la atención de las necesidades de salud en un sistema dado, coincidente con el Estado.

Entre los aspectos fundamentales que es necesario destacar, se encuentra el referido a la determinación del grado de integración de este sistema de salud con el Estado, del mismo modo que sucede con otros sistemas mayores. El grado de integración se expresa a partir de la participación que le ha sido asignada al Estado por el sistema político y finalmente, receptada por el régimen jurídico, en la regulación de las funciones sociales orientadas a la atención de las necesidades de salud. Esta participación puede investir la forma de un sistema donde el Estado tenga totalmente a su cargo la prestación de los servicios de salud. El modelo propio de los países socialistas es el que se ajusta a este tipo. Otra figura la constituye, el sistema donde la prestación de los servicios de salud están prácticamente fuera del ámbito del Estado, ya sea atendido por entidades privadas con fines de lucro o por entidades solidarias, como es el propio de los sistemas capitalistas.

Entre estas dos formas figuran diversas combinaciones que toman en mayor grado aspectos de uno u otro de los tipos expuestos. Aunque siempre se verifica una tendencia al monismo o al pluralismo en materia de atención de la salud; la primera es la que conduce a la integración entre el

sistema de salud y el Estado y la segunda, a la separación, aunque siempre manteniendo alguna forma de intervención en su regulación.

A su vez el sistema de salud condicionado por el sistema político, resulta ser un suprasistema de todos los fenómenos sociales que se originan en torno al tratamiento de los estados de necesidad de salud y enfermedad de una población dada, que en nuestro caso, posee un límite político constituido por el Estado.

1.2. El sistema económico y el sistema de salud.

Si bien es sabido que el sistema económico se encuentra condicionado por el sistema político, no por ello lo económico deja de tener una incidencia sumamente importante sobre el sistema de salud. Sobre este tema dos son los aspectos que, a nuestro juicio, deben tenerse en cuenta. Uno, referido a la incidencia intrínseca del nivel económico de que dispone la población medido en términos reales, de modo tal que permita a las personas una educación mínima e indispensable, que asegure el conocimiento de la importancia de sostener un estilo de vida, acorde con un estado de salud compatible con el adelanto de la ciencia y tecnología médica actual; la capacidad de disponer de condiciones de vida en materia de vivienda y alimentación que pongan a la población a cubierto del riesgo de sufrir enfermedades por estar expuesta a condiciones de habitabilidad deficientes y, a un nivel nutricional adecuado, no sólo para sobrevivir sino para lograr una mayor esperanza de vida.

En términos similares Sonis, ha señalado la importancia del nivel de salud como expresión del nivel de vida de una población, de modo tal que las enfermedades más frecuentes como así también las causas de muerte en una área, "muestran prácticamente el grado de desarrollo de la misma; si en las estadísticas figuran en los primeros lugares afecciones como gastritis, neumonía o alguna enfermedad infecciosa, no cabe duda de que se trata de un área de precarias condiciones socio-económicas; si predominan en cambio las afecciones cardiovasculares y los tumores, estamos en presencia de regiones de alto nivel de desarrollo. El conocimiento de la patología nos permite caracterizar un país o una región." (13) (13) (Sonis, Abraam Actividades y técnicas de salud pública, El Ateneo, Bs As., 1990, T.I, p.97).

El otro aspecto está referido a la capacidad del Estado de disponer de recursos financieros para un desarrollo social en materia de salud, que permita la adopción de políticas sanitarias preventivas y curativas para mantener un alto nivel en la prestación de estos servicios.

Los dos aspectos enunciados dependen directamente de la asignación presupuestaria de recursos para atender el sistema de salud de la población.

1.3. El sistema social y el sistema de salud.

La perspectiva contextual del sistema de salud, entendido como suprasistema de unidades específicas o complementarias de prestación o complementación, incluye una referencia amplia y diversa de elementos o factores constituyentes, susceptibles de apreciación sistémica en el cual es necesario considerar a la población como un sector de demanda que está determinada por el aumento creciente de la población y, por el consecuente de las necesidades a atender, por una parte, frente a la escasez creciente de los recursos, por la otra.

Cuando surge la necesidad de considerar el sistema de salud en su totalidad a los efectos de diferenciarlo de sistemas específicos esto es, unidades prestadoras de servicios de salud, denominamos al primero, suprasistema y, a los segundos directamente sistemas de prestación a los cuales Mazzáfero aplicando el criterio sistémico, se refiere como una " entidad que contiene la totalidad de elementos o componentes de un sistema abierto en continua interacción. De tal manera, se hallan en él todos los componentes que en uno u otro sentido actúan sobre la salud: las condiciones naturales del ambiente y las producidas por la cultura. Estas últimas comprenden a los integrantes del propio sector y a los sectores concurrentes, es decir, aquellos de los cuales depende alguna actividad relacionada con la salud(educación, trabajo, vivienda,etc.(14) (14)(Ob.cit.,p.41)

El sistema de salud posee el carácter de un sistema social mayor, atendiendo precisamente a que concierne a toda persona social por su condición de ser humano expuesto a las contingencias de un ciclo vital evolutivo (nacimiento-desarrollo -muerte) por tanto, la interrelación con los demás sistemas y factores constitutivos de la sociedad en su conjunto resulta de una amplia vinculación de incidencia mutua.

2. El contexto de demanda.

El estado de necesidad en materia de salud enfermedad importa tener en cuenta los siguientes elementos de análisis: a) la necesidad de salud enfermedad considerada como el nivel de carencia que es propia de una sociedad determinada, parte del propio concepto que se tenga en un momento dado, de lo que debe entenderse por salud. En tal sentido, de la definición de la OMS se infiere que la salud no constituye únicamente estar sano físicamente, sino que ello implica además el

estado mental en forma amplia no reduciéndolo a lo estrictamente psíquico, sino que incluye a la vez, un equilibrio entre lo físico y lo emocional en un marco de concepción de vida que le produzca un verdadero y auténtico bienestar. Por otra parte, en el marco de esta amplia concepción de salud, cabe indicar que no puede concebirse ésta como algo estático y de allí el peligro que entraña una definición al respecto. La misma concepción de salud contiene un contenido en gran medida cultural, especialmente en lo referente al plano de lo emocional y social. La concepción de vida en un tiempo y lugar determinado, puede muy bien determinar un concepto de estado de satisfacción que es diferente con respecto a aquel sustentado en otra relación de tiempo y lugar. En este sentido, la imposición de patrones culturales de vida elaborados en el seno de una sociedad determinada a menudo si son trasladados a otra, sobre la base de una concepción de un ideal de progreso, puede arrojar consecuencias nefastas para esta última. También debe tenerse en cuenta que, en situaciones determinadas, ciertas personas e inclusive núcleos poblacionales desarrollan estados de equilibrio ambiental con su personalidad experimentando un estado de satisfacción, pero que a nuestros ojos sólo es el resultado de un mecanismo psicológico que esconde una patología surgida a resultas de un proceso de racionalización para adaptarse a condiciones ambientales altamente negativas para el desarrollo físico y espiritual. Esto conduce a al tratamiento de la temática vinculada con los estados de salud reales o ficticios, si nos atenemos a la amplia conceptualización de la OMS.

La sumatoria de todos los estados-situaciones que se plantean entre cada una de las unidades organizativas u organizaciones prestadoras del servicio de salud y sus sectores específicos, constituye el contexto global o sector global de demanda a considerar en la configuración de un sistema de salud. En definitiva, cabe aquí señalar que el contexto de específico como sector de demanda no es una categoría unívoca, sino apreciable como un gran sector que adquiere un significado parcial y diferente para cada unidad prestadora y así debe ser entendida en la configuración global del sector de demanda del sistema de salud, sin perjuicio de que con cada unidad se constituya un sector de demanda particular o específico.

Tanto en la consideración de los contextos de demanda global como en la referida a cada unidad prestadora, las demandas y las ofertas plantean una interrelación de ajuste-desajuste, sobre la base de una necesidad que genera una demanda real o potencial y una oferta que la atenderá en diferente forma. Esto es lo que configura en terminología médico asistencial la cobertura, entendida como el nivel óptimo de satisfacción de las necesidades de atención médica de una población determinada. Este concepto de cobertura mas allá de la simplicidad aparente, importa una serie de

consideraciones adicionales que resulta necesario efectuar para interpretarla en el contexto adecuado. En tal sentido, Mazzafero señala que " la cobertura de servicios y actividades de salud presenta tres aspectos que deberán ser tenidos en cuenta : la disponibilidad de los recursos, la organización y administración de éstos, y la accesibilidad de la población a los servicios."(15)(Ob cit.p.49)

En este aspecto, es posible establecer las siguientes situaciones en esta relación entre oferta y demanda de servicios de salud:

a) Infraoferta. La atención está por debajo del nivel de necesidad óptima, frente a lo cual pueden darse dos tipos de situaciones una, cuando los destinatarios del servicio de salud tienen conciencia de la necesidad y sus reclamos no son atendidos, y que Mazafero define como carencias, es decir,"necesidades percibidas y demandadas, pero no atendidas por la oferta";y la otra, de inconciencia social cuando "existen verdaderas necesidades sociales de las que nadie tiene conciencia para reclamarlas"(16)(Ob. cit. p.45)

b) Sobreoferta.La atención está por encima del estado de necesidad óptima, dándose a su vez, una situación de "demagogia" que este autor define como " demandas que son satisfechas, pero que no responden a necesidades" y la de "derroche" a la cual se refiere como "oferta innecesaria que no se demanda".

c) Prestación óptima.Las necesidades se consideran satisfechas conforme a un estado de coincidencia de estas con las ofertas y las demandas, es lo que Mazafero denomina "ajuste".Sin embargo, este estado de optimización entraña un concepto relativo, dado que se constituye sobre la base de una coincidencia entre la demanda surgida como consecuencia de las aspiraciones de la población determinada por la cultura que le es propia y el nivel de educación, lo cual debe compatibilizarse con un determinado nivel de recursos disponibles, entre los cuales el económico ocupa un lugar altamente decisivo, tecnológicos y de organización, sustento básico de la oferta."Por consiguiente, la expresión final de cobertura varía de un país a otro e, incluso, dentro de un mismo país o de una comunidad a otra , según sus necesidades de salud y las características de su desarrollo económico"(17)(Mazafero,ob.cit., p.48).

2.1. Determinación del estado de salud enfermedad.

La totalidad de los estados de necesidad en materia de salud de un ámbito social determinado, asume el carácter de un sector que se determina sobre la base de diversos indicadores o índices de la necesidad social en materia de salud enfermedad que se componen de manera diversa, entre ellos, índices o indicadores de demanda, de oferta, y de cobertura. A ellos se agregan los determinantes o condicionantes, ya sean de conductas sociales en materia de salud, de las condiciones ambientales (carencia habitacional, hacinamiento, contaminación, etc.). Los indicadores directos (tasas de mortalidad por causas, por edades y por sexo, de fecundidad, de morbilidad, de esperanza de vida); indicadores de oferta (camas disponibles, cantidad de médicos por diez mil habitantes, etc.), de cobertura (de accesibilidad y de utilización, entre otros). El estudio de estos índices se ha convertido en una materia sumamente importante por la nueva connotación de este fenómeno.

3. El contexto de apoyos e insumos.

Este componente del contexto de salud está constituido por la totalidad de funciones que se desarrollan como complementarias de las funciones de atención social en materia de salud. En cierta forma, constituye una totalidad amplia y diversa de funciones y estructuras sociales que aportan insumos al sistema estrictamente operativo de salud y, si bien la naturaleza de éstos se mantiene en todas las clases de sistemas sociales, su especificidad puede variar. El contexto de insumos es un sector de oferta, susceptible de apreciación sistémica, a través del cual se canalizan las contribuciones al sistema de salud, y conforme a su naturaleza diversa puede a su vez descomponerse en subsectores, que actúan como subsistemas contextuales. De este modo, usualmente, se reconocen los siguientes tipos de insumos:

a) los recursos humanos, constituidos por personas sociales que, a través de organizaciones diversas, asumen roles ocupacionales orientados a la prestación de servicios vinculados al tratamiento de necesidades en materia de salud. El tratamiento del rol ocupacional como un rol -status, surge en nuestro caso, a partir de su consideración como un elemento de la estructura social y que considerado como un conjunto de actividades sociales específicas, constituye un sector que se ha diversificado considerablemente en la sociedad moderna y a su vez podrían, distinguirse en él aquellos roles ocupacionales orientados a la atención médica, como una función operativa, los auxiliares, que desarrollan una función técnica de apoyatura directa al operativo, como

es el caso de los bioquímicos, biólogos, radiólogos, enfermeros, instrumentistas, etc. y de los de servicios administrativos, constituidos por los dedicados a prestaciones en materia de seguros de salud, transferencia de tecnologías y medicamentos, administración de recursos de salud, etc.

El desempeño de estos roles ocupacionales se lleva a cabo tanto en su capacitación como desempeño a través de organizaciones diversas, las facultades o escuelas de medicina, bioquímica, farmacia, constituyen entre otras, clases específicas de formación de recurso humano en materia de salud, a los que se agregan otras organizaciones cuya formación y provisión resulta indirecta, pero que también inciden de una u otra manera en la prestación de servicios de salud.

b) los recursos materiales, constituidos por la totalidad de bienes o productos provistos por organizaciones específicas o no específicas que de alguna manera contribuyen al desarrollo de actividades para la atención de la necesidad social de salud. Igualmente, las organizaciones y actividades, dedicadas a la producción y provisión de bienes y productos en materia de salud, constituyen un sector, susceptible de descomposición en subsectores más específicos.

c) los recursos financieros, son los insumos traducidos en el dinero como medio de cambio, que aportan personas y organizaciones al sistema de salud como una forma de contraprestación. Al igual que en otros sectores, por lo general esto se lleva a cabo a través de organizaciones que clasificamos sobre la base de finalidades y características diversas.

Todos los sectores proveedores de recursos al sistema de salud, intercambian con éste prestaciones y contraprestaciones. La medida del intercambio entre prestación y contraprestación es siempre, de una manera u otra, el dinero, que asume el carácter de un insumo financiero para las partes intervinientes en cada relación, al igual que sucede entre los sectores prestacionales con los usuarios de los servicios médicos.

CONFIGURACION DE UN SISTEMA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

La configuración de un sistema de prestación de servicios de salud puede estar referida a cualquiera de las unidades organizativas, constitutivas de la estructura del sistema de salud.

La seleccionada como unidad de referencia dará lugar a dos perspectivas de análisis, del

mismo modo que se ha hecho al considerar el sistema social de salud como un suprasistema. Por consiguiente, tendremos:

1. La organizacional, constituida por el sistema entendido como una organización que se utilizara como sistema de referencia y que responde a las diversas figuras jurídicas que se han expuesto precedentemente y que conforme a ello, determinará diferentes relación entre el sistema organizacional y sus usuarios.

Con respecto a los objetivos el hospital cabe en la segunda categoría de las organizaciones conforme a la clasificación de Maintz, referida a que se incluye entre las organizaciones " que tienen por objetivo actuar de una manera determinada sobre un grupo de personas que son admitidas para este fin, al menos transitoriamente, en la organización"(18)(18)(Sociología de la organización, Alianza editorial, Madrid, 1967, ps 95, 96, 97, 98 y 99). Esto puede inducir a ampliar el concepto del hospital, al de actuar sobre un sector de población específico que no ingresa a éste, tipificando así una acción sobre el contexto.

También en el caso del hospital le caben, respecto a las características y factores determinantes de las organizaciones de salud, además de la presencia de los elementos estructurales y del comportamiento que son propios de todas las organizaciones sociales o administrativas, características sustancialmente diferentes de las industriales o comerciales, y asimismo, de otras cuya función es también la provisión de servicios, pero que carecen de la complejidad, la diversidad, la necesidad del juicio profesional y la aplicación del conocimiento científico por parte de muchos miembros, como sucede en aquellas. Las organizaciones de salud poseen una gran complejidad y diversidad de funciones y tareas, y un alto grado de interrelación entre las personas que las llevan a cabo.

1.1. La estructura hospitalaria.

La organización hospitalaria desde el punto de vista de la estructura importa identificar los siguientes aspectos:

a) Las unidades hospitalarias. Parte de lo que se ha dado en denominar estructura funcional, más comúnmente conocida como organización por proceso, determina que las diversas funciones hospitalarias sean agrupadas en unidades donde convergen los respectivos especialistas,

constituyéndose así unidades organizativas de carácter permanente, dentro de las cuales se provee además a un ordenamiento jerárquico, correlacionado con el piramidal de todas las unidades. El análisis de este aspecto que se incluye en las metodologías que denominamos organizacionales y que tienen, según el caso, distintas finalidades, emplean entre sus técnicas e instrumentos de representación los diagramas de estructuras denominados organogramas u organigramas.

En la organización hospitalaria se diferencian funciones muy específicas (especialidades médicas) y por tanto, las unidades organizativas son agrupadas conforme a los tipos de medicina, preventiva, asistencial y rehabilitatoria, constituyendo así áreas funcionales como por ejemplo, la de medicina preventiva; medicina asistencial, y dentro de ésta las de servicios clínicos, de servicios auxiliares del diagnóstico, de servicios auxiliares del tratamiento y los servicios paramédicos y, por otra parte, la de servicios administrativos con sus correspondientes especialidades.

b) El sistema de cargos.

Este sistema constituye otro elemento o componente de la estructura de la organización, el hospital en nuestro caso.

El cargo es una posición o lugar que una persona ocupa en una organización que presenta características especiales, entre las cuales cabe señalar que prescribe funciones específicas a quien lo ocupa, en virtud de ciertos requisitos o exigencias que le son inherentes. El cargo es una posición propia de las organizaciones que resulta de una creación deliberada.

Los cargos se disponen en niveles jerárquicos, en una relación autoritaria descendente, respetando una cadena de mando que tiende a hacerse más rigurosa a medida que aumenta la formalidad en la organización; y por otra parte, se disponen conforme a las funciones que tienen asignadas, en una forma de división del trabajo o especialización funcional. Cada cargo tiene derechos y obligaciones que le han sido adscriptos. Los derechos conforman la autoridad y las obligaciones, la responsabilidad. Ambos, (autoridad y responsabilidad), condicionan y determinan, en gran parte, el comportamiento del ocupante del cargo y de quienes se relacionan formalmente con él. Independientemente de este comportamiento, que surge de atribuciones y requerimientos establecidos expresamente, cada ocupante confiere a su actuación una modalidad propia según las características inherentes a su personalidad, entendida ésta como el conjunto de cualidades constitutivas de la persona y que se expresan por medio de actitudes, ideas, creencias y conocimientos del medio organizacional en el cual actúa. De manera específica cada persona se

comporta conforme a las pautas propias del cargo que ocupa. Sin embargo, su conducta presenta caracteres únicos, que nunca podrían ser igualados por otra persona que hipotéticamente ocupara dicho cargo. Además, el comportamiento del ocupante de un cargo no es el resultado exacto de las normas que le han sido adscriptas. La forma como se comporta realmente una persona en una determinada posición y, en este caso, en un cargo, es diferente de la que se supone que debe hacerlo. Esto, en términos sociológicos se denomina papel. En cierto modo, el papel surge como consecuencia de la incidencia de las contingencias múltiples a que está expuesta una persona en su vida de relación social. El papel de los ocupantes de los cargos de una organización determinada, conforma en su conjunto un resultado que difiere en una marco variable con el resultado previsto o esperado.

El desarrollo de los comportamientos organizacionales presenta variaciones o cambios no previstos, a veces funcionales y otras no, surgidos en parte como consecuencia de la manera diferente que tienen las personas de desempeñarse en las funciones que les han sido asignadas. Esto ha contribuido a conformar la denominada organización informal, que expresa los comportamientos, las relaciones de poder, las variaciones estructurales y funcionales, que se producen en una organización y que ha sido reconocida como un lógico, real y efectivo complemento de la organización formal, entendida ésta como aquella prevista, reglamentada y esperada.

Cada organización y por tanto, cada tipo de hospital, posee un sistema de cargos apropiada a sus fines. De ello también deviene el sistema de ingreso y selección de las personas para ocupar los cargos, el de capacitación, promoción, de retribución y de gratificaciones y sanciones.

En el sistema de cargos de cualquier organización y por ende, de una hospitalaria, como se ha expresado, igualmente los cargos se disponen por niveles jerárquicos y por sectores de especialidad o funcionales. En ello intervienen además varios factores, por ejemplo, la naturaleza del hospital, si es estatal o no estatal, en cuyo caso la estructura de cargos podrá resultar diferente aunque la distinción sobre la base de niveles políticos o de dirección y de ejecución se mantenga, los contenidos que los regimentan han de diferir. Donde se presentará mayor coincidencia será respecto a la distinción de los cargos atendiendo al tipo de funciones operativas, auxiliares y administrativas. De esta forma en la organización hospitalaria la estructura de cargos, se determina en función de la prestación de servicio de atención médica (cargos del personal médico), de la de servicios auxiliares (cargos del personal paramédico) y de la prestación de servicios administrativos (cargos del

personal administrativo, que incluye los de mantenimiento).

c) El régimen normativo.

De igual manera que apuntamos en la configuración del sistema de salud, en el cual reconocemos la existencia de un elemento al que denominamos sistema político jurídico, en la consideración sistémica de una unidad hospitalaria identificamos como componente al sistema normativo o más precisamente régimen normativo, el que está constituido por el conjunto de disposiciones regulatorias que determinan la conducta de sus integrantes.

Este marco normativo posee dos perspectivas de análisis, una, que deviene del sistema mayor o suprasistema en el cual está inmerso, y otra constituida por el interno, donde actúan las normas propias del hospital. Las externas determinan el encuadre social del hospital, según sea estatal, no estatal solidario o estrictamente privado, además de todo el marco jurídico y reglamentario que le es propio a cada una de estas organizaciones. Las internas, son normas de estructura y funcionamiento que según el tipo de hospital -estatal o no estatal- poseen mayor o menor independencia del contexto suprasistémico del cual dependen.

El sistema normativo es propio e indispensable de cualquier organización y, su importancia, está en relación directa al grado de formalización que se le debe conferir a aquella por la naturaleza de los servicios o actividades conforme a sus fines. De ello proviene la importancia de la formalización a través de normas y reglamentaciones en la atención hospitalaria.

1.3. El funcionamiento hospitalario.

El hospital, además de ser analizado desde una perspectiva estructural la cual nos permite identificar sus elementos componentes, posee una funcional, destinada a observar su dinámica y cambio.

Desde esta perspectiva el hospital debe ser concebido como un sistema funcional en relación de un equilibrio relativo con su sistema estructural, frente a los cambios constantes del contexto y de aquellos que son el resultado de sus procesos internos.

Los aspectos referidos a esta perspectiva funcional son diversos, sin embargo, mencionaremos solo a los que consideramos de mayor importancia como son los constituidos por las funciones y los subsistemas funcionales, que analizamos a continuación:

1.3.1. Las funciones.

Esta expresión ha merecido diversas acepciones; no obstante aquí la entendemos como la conducta operativa destinada a la satisfacción de ciertos objetivos o fines. En otros términos, la función es considerada como la determinación de pautas racionalizadas y objetivos interrelacionados formalmente, por la atribución de competencias y responsabilidades a cada nivel jerárquico y orientadas a la obtención de propósitos de la organización. Aquí, la función está referida a la acción de una unidad organizativa dentro del sistema hospitalario más amplio que la comprende. Se la puede entender, además como una contribución que se presta a una situación en que esta función es algo esperado, y en general, se desarrolla por medio de procedimientos institucionalizados. Al mismo tiempo, el concepto sirve para la descripción de actividades de las unidades organizativas, y también las inherentes a los cargos existentes en ellas. Pueden ser clasificadas como:

1.3.1.1. Funciones generales y específicas.

Las funciones generales son las inherentes a la unidad organizativa que se toma como referencia, y las específicas, las desarrolladas por las unidades que forman parte de aquella en la cual se insertan. Esta distinción es aplicable, tanto a unidades (unidad mayor y unidades de dependencia) como a la relación que se establece entre la una unidad y los miembros que la integran. El primer caso ya ha sido explicitado, por lo que nos resta señalar con respecto al de la relación entre la unidad y sus miembros que las funciones generales son aquellas propias de la unidad organizativa. Son generales porque se desarrollan dentro de la unidad y por medio de ella. Las funciones específicas son aquí las que llevan a cabo los funcionarios y agentes y que les han sido adscriptas a los cargos que ocupan.

1.3.1.2. Funciones medios y funciones fines.

La función como realidad dinámica genera en su desarrollo un conjunto de operaciones secuenciales. Este conjunto puede dividírselo según sea la función agotada en la unidad organizativa en que se inició, o bien debe participar en otra u otras unidades. En el primer caso, se ha dado en denominar función- fin a aquella cuyo conjunto de operaciones secuenciales finaliza al cumplirse un objetivo que es propio de determinada unidad y que no implicará otras funciones, ni intervención de otras unidades organizativas. En el segundo caso, se denomina función- medio a la que da lugar a que una vez cumplidas las operaciones secuenciales en una unidad, se genere otra función a cuyo

cargo estará otra unidad. Las funciones - fines son en realidad funciones generales, en tanto que las funciones específicas son funciones- medios. En algunos casos se ha pretendido asignar el nombre de función a la actividad de la unidad, y el de tarea, a la que individualmente desarrolla el agente, lo que puede adoptarse siempre que se deduzcan conveniencias de tipo operativo.

Esta distinción es útil para a partir de ella componer los métodos de camino crítico (PERT y CPM) y confeccionar diagramas de flujo o funcionogramas.

1.3.1.3. Funciones operativas, auxiliares y administrativas.

Las funciones consideradas según su ámbito de aplicación como generales y articulares o específicas, pueden ser clasificadas, según el carácter que revisten para el sistema, en operativas, auxiliares y administrativas. Esta distinción que se establece sobre la base del objetivo al cual se orienta la función, a su vez, permite conformar subsistemas funcionales.

En esta tesitura ha sido usual clasificar las funciones en de línea, consultivas (staff) y de servicio. Sin embargo, creemos más adecuada la que ha prosperado a posteriori, clasificándolas en operativas, auxiliares y administrativas.

La función operativa es la destinada a alcanzar un objetivo específico, por lo que reviste el carácter de una función básica, porque se define según los objetivos y metas de la organización. Su acepción es coincidente con la función que se conoce como de línea. Esta función operativa se constituye en la función central de la organización. Por su parte, la función central por su asociación directa con los objetivos principales, define la naturaleza y tipo de organización. En un primer nivel de análisis el hospital es una organización que se configura por la función curativa, esto es, de atención médica o asistencial; en un segundo nivel, en su definición actúan otros factores, como el grado de complejidad lo cual, según la organización general del sistema de salud. En el caso de la regionalización hospitalaria sobre la base del grado de complejidad (regional, distrital o rural, según la OMS). Otro nivel estaría dado por la inclusión, según se trate de hospitales estatales o no estatales, de base solidaria o estrictamente privada, de funciones en materia de medicina preventiva y a la priorización de ciertos tipos de atención médica, teniendo en cuenta especialidades.

La importancia de esta distinción radica en que es útil para configurar cada organización hospitalaria en razón de las funciones son, en realidad tecnologías, que pueden ser clasificadas según su relación directa o indirecta con los objetivos. De este modo, las funciones o tecnologías centrales de un hospital como sistemas son las curativas o de atención de enfermedades, en una

universidad las educativas, o en un club deportivo, las deportivas.

En la determinación de los tipos de organizaciones hospitalarias puede accederse implementando metodologías diversas, en una de ellas, por ejemplo, la que denominamos más adelante como organizacional descriptiva, el relevamiento de funciones se efectúa a través de los cargos, es así que a través de ésta unidad estructural, se puede determinar si una función es operativa. De igual manera, apelando a la distinción entre funciones políticas (de decisión) o ejecutivas teniendo en cuenta la capacidad para resolver, sobre determinada situación, en virtud de una decisión que obligue puede configurarse la estructura jerárquica. De este modo, es más perceptible la caracterización de este tipo de funciones según las atribuciones de quien las tiene asignadas.

Las funciones auxiliares son las que sirven de apoyo a las operativas, y pueden ser de diversas clases.

Una variedad de éstas la constituyen aquellas funciones directamente relacionadas con la atención médica, como es el caso de las auxiliares de diagnóstico, las auxiliares de tratamiento y las paramédicas. Las de asesoramiento o consultivas que revisten importancia, pero no es conveniente considerarlas como una categoría especial equiparable a las operativas o a las administrativas, sino como un subtipo dentro de las auxiliares. Estas pueden desempeñarse en forma individual o colegiada. En consecuencia, están referidas a órganos cuando constituyen unidades organizativas estructuradas, así entre éstos, pueden considerarse a las comisiones o juntas, por citar las denominaciones más usuales. Pueden ser permanentes o no, a un sólo efecto o para opinar respecto de varias cuestiones, remuneradas o ad honorem. En el ámbito de la administración estatal está muy difundido el sistema consultivo o de staff colegiado, y asume las formas más diversas, que van desde los órganos de consulta institucionalizada, es decir, que han sido asignados formando parte de determinada organización, hasta las comisiones asesoras integradas por particulares que se constituyen por invitación de las autoridades para emitir opiniones sobre problemas específicos. Otro tipo de función consultiva es la llevada a cabo por funcionarios (asesores), que forman parte de la administración y que revisten en diversos órganos.

En lo que concierne a la organización hospitalaria la función consultiva o asesora es por demás diversa en sus posibles aplicaciones, y se correlaciona con cualquier otra, ya sea operativa o administrativa. Las primeras son las llevadas a cabo por médicos consultores, ya sean residentes o regulares y que son convocados a asesorar en cuestiones propias de su especialidad. En materia administrativa son también muy variadas, y están referidas a aspectos tales como el legal, contable,

financiero, de mantenimiento, etc.

Las funciones administrativas son las destinadas a apoyar tanto a las operativas como a las auxiliares. Al igual que lo señalado respecto a las operativas y auxiliares, éstas pueden conformar áreas funcionales, como las de contabilidad, mantenimiento, compras, personal, lavandería y ropería, etc. y configurar o no, sistemas estructurales según la magnitud del servicio.

Expuestos los conceptos de funciones operativas, auxiliares o administrativas, es necesario efectúa las siguientes consideraciones.

La primera está referida a que, la calificación de operativa, auxiliar o administrativa, es aplicable tanto a la función en sí como a la unidad organizativa. Es decir, que se puede considerar a una organización como operativa, auxiliar o administrativa según el carácter que revista para el sistema al cual se subordina. La segunda está referida que la función administrativa, adquiere cualquier carácter de los indicados, según sea el marco de el marco de referencia en el cual está centrado el análisis. Es decir, que dentro de una unidad considerada, por ejemplo como auxiliar, es posible reconocer a su vez funciones operativas, auxiliares y administrativas.

1.3.1.4. Funciones según la actividad.

Además de las clasificaciones señaladas las funciones son consideradas según las distintas actividades que integran la acción de administrar o de dirigir.

Una de las formas de considerarlas sobre esta base de distinción es la de reconocerlas como integrantes de un proceso administrativo, identificándolas como funciones de planificación, organización, dirección de la ejecución, control y coordinación, conforme a la descripción siguiente:

1.3.1.4.1 Planificación. No ofrece mayor discrepancia el significado que merece esta función. En general, planificar consiste en la determinación de los objetivos y de los cursos de acción o modos más adecuados para su cumplimiento, lo que trae consigo la adopción de decisiones frente a alternativas diversas.

En materia de salud la planificación asume diversas formas. Una de ellas, de acuerdo a nuestro modelo sistémico, es posible considerarla como organizacional o contextual. La primera está referida a la acción que en este sentido se orienta al plano interno del sistema, ya sea del sistema de salud o de las organizaciones prestadoras, y en el externo o contextual del sistema, esto es, cuando se formulan acciones en materia de salud sobre el contexto de actuación de un sistema dado,

referido a los aspectos siguientes: a) en lo que concierne al sistema de salud, según el modelo político adoptado de integración total con el Estado o de integración parcial, como es el caso de los países de economía capitalista de mercado. La planificación en materia de salud será diferente en uno o en otro caso, así en los países de integración total del Estado con el sistema de salud, existe una política nacional de salud a cargo exclusivo del Estado, en cambio, en los de integración parcial la política en materia de salud, si bien es orientada por éste, se presenta con diferente grado de dispersión entre los diferentes sectores de prestación; y b) en lo referente a las organizaciones prestadoras la planificación concierne a la estructura o a su funcionamiento interno, por una parte, y a la acción que éstas deben realizar sobre sus respectivos contextos de actuación, en ambos casos en cualquiera de las áreas funcionales.

Otra forma de planificación esta referida a la formulación de procesos de investigación o acción ya sean organizacionales o contextuales, que se componen sobre la base de cierta finalidad o propósito. Ejemplo de esto son las metodologías que exponemos más adelante como formas de planificación metodológica.

Se ha considerado que la acción de planificar está integrada por distintos aspectos, que a su vez, constituyen en si mismos planificaciones parciales, a menudo se considera a éstas como:

a) Las políticas, que son definiciones generales que incluyen los principios básicos, sobre los cuales se sustentará la acción de dirección de la organización con relación a cuestiones concretas. Son disposiciones emergentes del más alto nivel de conducción del hospital, establecidas de tal manera que determinan la conducta a seguir por parte de una organización en su funcionamiento (política de personal, de atención a los pacientes, de administración de recursos financieros, de compras, etc.)

b) Las metas, a las que se les asigna como significado la cuantificación de objetivos y resultados, y a las cuales es admisible atribuirles esta finalidad, porque es una forma útil de medición o de determinación, aunque cabe advertir que no todos los objetivos son cuantificables, sino que la manera de valorar un resultado no siempre puede apreciarse incluso en materia de salud, exclusivamente utilizando expresiones numéricas.

Las metas se formulan con relación a los servicios de salud, ya sean de prevención, curación o rehabilitación y en igual forma, es posible distinguir en materia de metas operativas que producen

los instrumentos y las de resultados, orientadas a producir beneficios a la población.(19) (19) (Conf. Barquin, Manuel, Dirección de Hospitales, Interamericana Mc Graw-Hill, 6ta.México, edición,1994, p.110).

c) Los pronósticos, considerados como indicios que varían en su precisión, según las actividades sobre las cuales se los formula y que incluyen metas y otros objetivos, que se supone que serán alcanzados en cierto lapso y si se dan ciertas condiciones. Resultan útiles ya que permiten efectuar suposiciones fundadas sobre ciertos estados de situación a producirse, lo cual da lugar a prever otras situaciones y cursos de acción, tema éste, sobre el cual fundamos la metodología que denominamos prospectiva.

d) Los planes, programas y proyectos, son formulaciones concretas elaboradas con un alto nivel de precisión respecto de objetivos y cursos de acción a seguir para su alcance. La distinción entre plan, programa y proyecto surge de su propia combinación, de tal forma que se tiende a adoptar el criterio de que el plan puede ser dividido en programas y éstos en proyectos. En esta distinción se puede tener en cuenta el tiempo de realización, las actividades, los objetivos, la envergadura de lo planificado, etc.

e) Procedimientos y normas reglamentarias, elementos muy vinculados entre sí, si se tiene en cuenta el carácter altamente formalizado de las organizaciones hospitalarias. El procedimiento es la manera de hacer algo, y administrativamente ello se haya establecido en normas reglamentarias. Aunque siempre queda un margen de procedimientos no reglamentados, la tendencia es la de precisarlos en disposiciones escritas atendiendo a lo delicado de la función médica.

Los procedimientos, las normas reglamentarias e incluso, los denominados manuales, están específicamente vinculados a las funciones y áreas funcionales estructuradas que identificamos como operativas, auxiliares y administrativas a partir de la clasificación de las funciones.

f) Las estrategias y las tácticas, ambos conceptos son utilizados para indicar la habilidad o arte que se prevé aplicar o que se aplica, en la realización de algo o para alcanzar ciertos objetivos. Si bien el concepto es de difícil precisión, sirve para indicar dinámicamente cursos de acción alternativos, frente a circunstancias imprevistas que los planes no pueden predecir. Las estrategias

intervienen dentro del margen de flexibilidad de los planes. Las tácticas, concepto de uso poco común en esta materia, puede servir para indicar acciones parciales de las estrategias. Son una especie de guía de actuación aplicable a cuestiones y situaciones determinadas.

1.3.1.4.2. Organización, que consiste en determinar las actividades o acciones necesarias para alcanzar los objetivos fijados; ordenarlas siguiendo criterios de eficacia y eficiencia, asignarlas a determinadas unidades organizativas y a las personas que tendrán a su cargo su ejecución, establecer niveles de autoridad, conferir responsabilidades y, en general, adoptar todas las provisiones inherentes a formular la estructura y funcionamiento de la organización, en nuestro caso, la hospitalaria.

1.3.1.4.3. Ejecución, como la función de dirigir y que es eminente política, por ser la acción conducente a lograr que se hagan determinadas cosas. Ello surge, como es lógico en el caso concreto de la organización hospitalaria, de la autoridad y la capacidad de mando conferida a determinadas personas según los cargos que ocupan. Esta función incluye nuevamente en otro nivel de análisis, las funciones que estamos considerando, que si bien, como se ha indicado, todas incluyen a todas, en el caso de la de dirección esta condición resulta básicamente apreciable.

1.3.1.4.4. Control o evaluación, que incluye a aquellas actividades orientadas a verificar el cumplimiento de los objetivos previstos o de los cursos de acción, de los procesos o procedimientos que se desarrollan para el alcance esos objetivos y, consiguientemente, deducir las acciones correctivas si fueran necesarias. En términos sistémicos, el tema de control o evaluación, se ha expresado relacionándolo con el mecanismo o de retroalimentación o autorregulación del sistema.

1.3.1.4.5. Coordinación, como la acción de coordinar y que es principalmente, la conducente a integrar en forma coherente y armónica todas las actividades asignadas a personas y estructuras. Implica la capacidad de conciliar todos los elementos de la organización con relación a situaciones, que se dan en un tiempo determinado y conforme a los objetivos fijados.

1.4. Los subsistemas funcionales.

A partir de la clasificación de las funciones pueden componerse subsistemas funcionales o

directamente sistemas. Así por ejemplo, de acuerdo a la clasificación de las funciones en operativas, auxiliares y administrativas, pueden reconocerse tres grandes áreas o sistemas funcionales. El sistema operativo constituido en el caso del hospital por todas las funciones de prestación médica directa, tengan o no estructuras específicas. Igualmente, en el caso de las funciones clasificadas según su actividad, surgen estructurados o no, sistemas de planificación interna o externa, el sistema organizativo del hospital, el sistema de gobierno o ejecución, los sistemas de control interno o externo y los de coordinación, que incluye los instrumentales conocidos como de información o de comunicaciones.

La construcción de esta categoría analítica de sistema o subsistema funcional, está referida a la posibilidad de componer conjuntos de acciones combinando estructuras o funciones para el alcance de objetivos determinados. Esto es, una especie de sistema adicional o transitorio, orientado a ciertos objetivos de manera tal, que no se altere la estructura de la organización. Concretamente, ello puede dar lugar a la formulación de programas de acción directamente relacionados a la organización o al contexto. Un programa de capacitación del personal de enfermería, de capacitación en materia de computación para el personal administrativo, serían algunos de los ejemplos de programas intraorganizacionales; un programa de educación materno infantil llevado a cabo en una sector de la población, un programa de vacunación, son ejemplo de programas contextuales.

2. La contextual, constituida por el ambiente de la organización hospitalaria para cuyo análisis es posible emplear tres modelos o marcos teóricos, que a ese efecto serán el suprasistémico, el de demanda y el de insumos, que analizamos a continuación:

2.1. El contexto suprasistémico. Está constituido por el sistema mayor del cual depende la organización de referencia. Si se trata de un hospital provincial, el ministerio de Salud, reconociendo a su vez un contexto, está inserto en un sistema de regionalización hospitalaria (regional, distrital o rural, conforme a la clasificación que la OMS estableció en 1957). A partir de allí, el suprasistema adquiere una dimensión organizacional mayor, atendiendo a que el sistema de salud se inserta en la organización estatal. Más allá se encuentra el suprasistema que denominamos externo, constituido por el sistema de salud, subordinado al sistema político imperante que actúa como el regulador de todos los sistemas sociales mayores.

2.2. El contexto de demanda. En el caso específico de un hospital estatal está constituido, al igual que otras organizaciones de prestación, por todas las familias cuyos integrantes son considerados demandantes reales o potenciales, del servicio de salud, pero que a diferencia de entidades no estatales, se sujetan a las condiciones propias de este sistema, por ejemplo, el de la gratuidad del servicio que conlleva a la de ofrecer la prestación a un espectro más amplio y general y no particularizado, como sucede en el caso de las organizaciones prestadoras no estatales y que se orientan a un sector poblacional identificado sobre la base de una vinculación no gratuita.

Este sector de demanda está configurado como un sistema y, por tanto, es susceptible de analizar sobre la base de una estructura de componentes y de una dinámica de funcionamiento. La estructura incluye a todos aquellos elementos que contiene el sistema de salud pero que, analizados como constitutivos de un contexto de una organización determinada, tiene para ésta, un especial significado y disposición concebida como un marco especial de intereses. Por consiguiente, para cada caso, resulta necesario componer el marco situacional de cada sector de demanda según la organización que haya sido seleccionada como sistema de referencia. La dinámica o funcionamiento conduce a considerar este contexto como un ámbito altamente variable, esto es, sujeto a factores que dan lugar a un cambio en el estado de los componentes estructurales y en los requerimientos o demandas de sus integrantes.

Así entendida la relación entre la organización y este contexto, es posible reconocer entre ambas una relación de intercambio, una suerte de oferta y demanda del servicio de salud enfermedad entre la organización y el sector específico al cual orienta su producto. La prestación de servicios de salud por parte de entidades hospitalarias no escapa a este proceso de intercambio social. De allí deviene que, el interés creciente por el estudio de las particularidades de las organizaciones destinadas a la atención de necesidades básicas, está dado por dos variables, una, la del aumento creciente de la población y, la otra, por el aumento consecuente de las necesidades a atender frente a la escasez de recursos. Ello determina que en las organizaciones se deba analizar el modo de lograr un aumento de su producto organizacional (eficacia) y el aumento de la relación costo beneficio (eficiencia). Atendiendo a ello es que resulta necesario el análisis de la interrelación oferta demanda en materia de prestación de servicios de salud, al igual que en otras actividades sociales.

2.3. El contexto de insumos. En cualquier sistema de prestación este contexto está constituido - siguiendo el concepto expuesto en este modelo teórico- por unidades concretas, proveedoras de insumos diversos, que son necesarios y contribuyen al sistema de prestación. Estas unidades pueden clasificarse de acuerdo con la naturaleza del insumo que aportan a la organización prestadora. De este modo, tenemos unidades proveedoras de insumos materiales (laboratorios, farmacias, etc.), unidades proveedoras de insumos humanos (familias, facultades o escuelas de medicina, bioquímica, enfermería, etc.), y unidades proveedoras de recursos financieros (entidades financieras estatales o no estatales)

METODOLOGIAS PARA LA INVESTIGACION Y PLANIFICACION EN MATERIA DE SISTEMAS DE SALUD

A partir del concepto de necesidad social en materia de salud- enfermedad y teniendo en cuenta la configuración del marco teórico sistémico expuesto, nos referiremos a continuación a la metodología para la investigación y la planificación de acciones en materia de salud. Ello ha de incluir el análisis de los medios y las formulaciones procesales para la investigación y la acción en esta materia, destinadas a alcanzar determinados objetivos o situaciones.

Ateniéndonos a la concepción sistémica que parte de considerar a la organización inmersa en un medio o contexto, puede concebirse que las actividades de investigación y la que denominamos de acción de política, como aquella orientada a alcanzar ciertos objetivos, se desarrollan en ambas dimensiones. Tanto una como la otra, pueden orientarse hacia la organización con mayor o menor independencia del contexto con el cual actúa, según la naturaleza de los fenómenos político administrativos vinculados al tema de la salud y sobre los cuales, centra su interés y finalidad implícita. Lo mismo es aplicable a las metodologías destinadas a la formulación de acciones sobre áreas contextuales, las cuales pueden implicar a la organización de modo diferente.

No es posible componer una tipología de metodologías teniendo en cuenta si se refieren a lo puramente investigativo o al accionar de las organizaciones, ni tampoco si están orientadas a la organización o al contexto, por la variedad de situaciones que nos impone el amplio y cambiante ámbito de la administración de la salud. No obstante, si podemos aludir a los lineamientos generales que orientan la composición de marcos teóricos, para formular metodologías específicas a través de ellos. De esta manera, el razonamiento a seguir puede plantearse según el objeto en el cual está centrado el análisis y la intención o finalidad que lo impulsa.

En el caso que nos ocupa, referido al tratamiento de la temática y problemática del sistema de salud, entendido como el marco global constituido a partir de una necesidad social básica y a las organizaciones prestadoras de los servicios de salud, cabe en primer término las dos perspectivas de orientación que están referidas a lo organizacional y a lo contextual, lo cual configura dos objetos que, aunque poseen una estrecha relación y dependencia, se presentan a menudo con una orientación de primacía, es decir, la necesidad de tratamiento se origina en uno o en el otro. En otros términos, un determinado problema puede generarse en el objeto organización- esto es, por ejemplo en el seno de una unidad prestadora de servicios de salud y transmitir sus consecuencias o no al

contexto- o, por el contrario, puede originarse en el objeto contexto, y afectar a la unidad de prestación. Llevado ello a un terreno práctico, esta relación metodológica, estaría representada por una unidad de prestación, un hospital estatal, por ejemplo, que por una o más causas, modifica su forma de actuación dando lugar a dos tipos de situaciones posibles, una, en la cual el cambio entendido en sentido amplio, obedezca a una deficiencia o a una intención de mejoramiento de la prestación, y trascienda al contexto o quede circunscripto al ámbito de la organización; y la otra, en la que el cambio, entendido también en sentido amplio, como una alteración en las condiciones de necesidad - demanda del contexto obligue al sistema, en nuestro caso, una organización hospitalaria, a modificar la forma o el tipo de prestación. De ello se infieren a su vez, dos tipos diferentes de ámbitos de origen de un problema o acción de iniciativa, dando lugar así a la formulación de la relación de primacía a la cual se ha hecho referencia.

Metodológicamente el establecimiento de esta relación de primacía del fenómeno o situación resulta indispensable, y plantea la determinación del ámbito fuentes o causas originarias y las direcciones de incidencia.

La distinción efectuada debe complementarse con el concepto de finalidad referida tanto al ámbito organizacional, como contextual dando lugar a las siguientes clases de formulaciones metodológicas:

1. Metodologías de primacía organizacional:

1.1. Organizacional descriptiva. Es el referido al estudio de una parte o de la totalidad de una organización, un hospital por ejemplo, y que responde a una finalidad puramente descriptiva. Reconoce dos subtipos: a) el modelo organizacional descriptivo puro o no aplicativo, cuya intención o finalidad es de investigación pura, labor ésta que realizan los teóricos de la ciencia administrativa referida en nuestro caso a la hospitalaria, a fin de conocer fenómenos particulares o para describir o establecer principios generales, interesados especialmente en lo organizacional. Ello conduce al estudio de una parte o de la totalidad de la organización a fin de formular estudios descriptivos, cuando sólo tengan por objeto relevar y exponer aspectos estructurales o funcionales de una realidad determinada, sin buscar problemas o anomalías, esto es, limitándose única y exclusivamente a su explicación.

b) el modelo organizacional descriptivo aplicativo, en el cual existe la intención de una aplicación ulterior(por ejemplo la formulación de un manual destinado a hacer conocer a los

miembros de la organización, o a terceras personas, la estructura y su funcionamiento). En este caso aunque la finalidad de la metodología seguirá siendo descriptiva, conservará la intención de ser utilizada con un fin práctico.

1.2. Organizacional modificativa. Es el referido a una parte o a toda la organización, a fin de determinar fallas o anomalías que hay que corregir, o también porque resulta necesario su reestructuración por supresión, agregado o modificación de sus objetivos. Es evidente que, aquí las circunstancias son diferentes respecto a la de los casos expuesto en la metodología anterior. Mientras en aquellos no se vislumbra una intención inicial de modificación, en este si. Por consiguiente, estamos frente a la necesidad de formular una metodología que incluye una investigación previa conducente a llevar a cabo una acción modificativa ulterior, lo cual en otros términos, implicara la formulación de un modelo organizacional modificativo o sustitutivo.

1.3. Organizacional creativa. La acción metodológica puede estar orientada a la creación de un modelo organizacional, total o de un subsistema en una organización ya existente. La creación de un hospital en un área poblacional o la ampliación de los servicios, creando a su vez unidades o formas de atención médica, son ejemplos de este tipo de metodología.

2. Metodologías de primacía contextual:

Estas metodologías están referidas a la investigación de un sector o a la totalidad del contexto o sector poblacional y pueden constituirse sobre la base de las intenciones o finalidades siguientes, consideradas individuales o constituyendo etapas de una relación secuencial:

2.1. Contextual descriptiva. Es aquella orientada a la simple conocimiento de una realidad o estado situación. Un estudio de esta naturaleza en materia epidemiológica se efectúa, a fin de obtener información que permita establecer a través de la recopilación de datos, la incidencia de enfermedades en una determinada población, como asimismo, la incidencia en el nivel de defunciones considerando ambas en un período determinado. Urquijo se refiere a esta metodología concretamente como la epidemiologia destinada a determinar el "CUANTOS" y el "DE QUE" y señala que se limita "...a enumerar los individuos que enferman o mueren en una comunidad, y a indicar las enfermedades y padecimientos que producen esa morbilidad y esa mortalidad", y agrega,

"Lo primero que ha de investigarse , por consiguiente, es el numero de los que se enferman(incidencia) y de los que mueren (mortalidad) para luego establecer, en la medida siempre limitada de las posibilidades humanas, cuales fueron las causas determinantes"(20) (20)(Urquijo, Carlos Alberto, Actividades y técnicas de salud pública, ob. cit, p.160)

2.2. Contextual explicativa. Es la metodología que adquiere una finalidad explicativa cuando no se orienta como en el caso anterior, a la mera descripción de los hechos que configuran un estado situación, sino que entraña la búsqueda y análisis de las causas determinantes de una enfermedad o de los fallecimientos. A esta Urquijo la denomina epidemiología analítica y es la orientada a la búsqueda del "POR QUE"(21) (21) (Ob. cit., p. 165)

La finalidad de esta metodología es explicativa ya sea en cuanto a la estructura o las variaciones o cambios, o a ambos aspectos del contexto analizado.

La determinación de la estructura del sector se realiza a través de la identificación de los elementos o componentes estructurales, empleando para ello ciertos indicadores o índices. Igualmente, las variaciones en el funcionamiento de este contexto implica la utilización también de ciertos indicadores, correlacionándolos con lapsos determinados.

En materia de salud enfermedad una de las áreas de estudio donde se concentra en mayor medida la atención medica es la de epidemiología, que es expresada en diversas formas pero coincidentes, en cuanto a que está referida a las causas o factores que determinan la frecuencia, la distribución y consecuencias de las enfermedades que se presentan en una determinada población humana, condicionadas por la relación con su medio natural. Sin embargo, la conceptualización de la epidemiología ha continuado evolucionando sobre la base de la cantidad de aspectos que como factores incidentes se incorporan a esta disciplina médica. Consecuentemente, por la diversidad de estos factores, la concurrencia de especialistas en distintas áreas, no sólo de la medicina sino de las ciencias sociales en general, han convertido estos estudios en interdisciplinarios. No escapa a ello, que la epidemiología también involucre a todo aquello relacionado con la organización y funcionamiento de los servicios de salud, tanto a nivel global (sistema social de salud), como en lo referido a la administración de las organizaciones prestadoras. De allí que apuntamos la importancia de la formulación de metodologías globales, con enfoque sistémico, a fin de conferir a esta disciplina epidemiológica, la integralidad necesaria de su investigación y acción consecuente. Así por ejemplo, la búsqueda de respuestas sobre las causas que determinan el estado de salud enfermedad de una

determinada población, conduce a la necesidad de formular un modelo explicativo de la situación.

2.3. Contextual prospectiva. Es la metodología orientada a formular un modelo representativo de una situación o estado futura, a partir de la ponderación, en un lapso de tiempo determinado, de las tendencias de una serie de variables que determinan un estado o situación actual.

El modelo prospectivo es un modelo de predicción, que se construye a fin de adoptar las medidas correspondientes, en función de mantener o aumentar la eficacia y eficiencia del o los sistemas intervinientes.

En el caso de la administración de sistemas de salud, este modelo y las metodologías para su composición son aplicables a cualquier nivel o ámbito de los señalados. El más amplio está referido a la evolución del sistema de salud, en tanto que con respecto a una unidad prestadora de atención médica, un hospital por ejemplo, a la configuración organizativa- espacios, unidades de atención, camas, personal, y demás recursos, entre otros aspectos, que requerirá en un lapso determinado, conforme al crecimiento poblacional de su área de influencia y a la evolución de ciertas enfermedades.

La formulación de modelos de prospección apunta esencialmente, a evitar estados de crisis en los sistemas, por inadaptación a los cambios contextuales permanentes.

2.4. Contextual proyectiva. Es la metodología destinada a planificar acciones orientadas a producir ciertos resultados en un área o sector contextual. Estos resultados son cambios o alteraciones positivas, que directa o indirectamente benefician a esos sectores, a una organización a través de la cual se realiza esta acción. En otros términos, tiende a modificar o crear un estado o situación prevista, en la estructura y funcionamiento de un contexto determinado, sobre estudios de descripción, explicación y prospección que denotan un estado o situación que es necesario corregir.

Estas son metodologías de acción directa. Los planes programas y proyectos, referidos a la atención de la salud, se fundan en estas metodologías.

3. Correlación de modelos.

Las diferentes metodologías básicas, ya sean de análisis como de prospección y proyección, permiten componer mediante combinaciones, otras variedades de modelos. A manera de ejemplo, tenemos entre otros:

a) Correlación entre un modelo organizacional descriptivo con un modelo contextual prospectivo.

En el caso de la administración de sistemas de salud, la configuración de un modelo organizacional descriptivo, está referido a determinar la capacidad operativa de un hospital sobre la base de diferentes indicadores(cantidad de camas, cantidad de médicos por especialidad, recursos diversos,etc.), determinando el crecimiento de la demanda real en su área poblacional de incumbencia en un lapso de tiempo determinado. Para ello, será necesario identificar las variables determinantes del crecimiento del estado de necesidad de salud-enfermedad en ese sector de incumbencia a través de indicadores o índices(ponderación de la tasa de crecimiento poblacional, de las referidas a la evolución de ciertas enfermedades,etc.).

b) Correlación entre un modelo contextual descriptivo- explicativo con un modelo organizacional creativo.

Este tipo de correlación está referida a la situación planteada en el caso de que, como resultado de un aumento poblacional en una área determinada, resulte necesario la creación de una unidad de prestación hospitalaria.

La primacía es por ende contextual, dado que el proyecto ha surgido como consecuencia de un estudio o diagnóstico de un sector poblacional. Por tanto, las características de la unidad hospitalaria en su estructura y funcionamiento han de formularse sobre las bases de los resultados en aquel estudio. De igual manera, el crecimiento de la organización hospitalaria se proveerá en función de las tendencias de crecimiento del sector poblacional de referencia y a las características que le son propias.

4. El proceso metodológico.

La formulación de metodologías para la investigación o la acción, en nuestro caso aplicados a la temática de la salud, importa la preparación de un proceso racional, ordenado y sistemático,

como "una disposición lógica y secuencial de pasos y procedimientos organizados para el desarrollo de una tarea" (22)(22) (Lardent, Metodología del análisis y diseño de sistemas administrativos; con aplicación de procesamiento de datos, 2da. edición, El Coloquio, Bs. As. 1976, p.77). Consecuentemente, comprende la elaboración de un plan o programa que es, en cierto modo, una combinación de métodos y técnicas que han de desarrollarse en un tiempo y en función de determinados objetivos.

La composición de una metodología asume características propias y emergentes de la problemática a investigar, y de las finalidades que impulsan la acción administrativa. No existen planes standar, en razón de que cada problema o conjunto de problemas, situados en una realidad y tiempo determinados, impone una particular formulación metodológica.

Todo proceso destinado a la investigación o al quehacer impone secuencias de actividades que se han de prever y ejecutar conforme a una correlatividad lógica, y que referidas a realidades determinadas se explicitan en formas diversas. Estas secuencias son etapas o fases cuya cantidad y nominación difiere según los autores. A su vez, cada etapa importa una nueva desagregación lógica de actividades o tareas, que ajustan su desarrollo a una combinación de métodos y técnicas y se valen de instrumentos apropiados a tales fines. No se circunscriben a límites precisos y rígidos "...no están separadas por fronteras que indiquen específicamente conde termina una y dónde comienza la siguiente. Existe íntima interconexión entre las mismas y es posible que cronológicamente exista algún tipo de superposición o traslape" (23)(23)(Lardent, ob. cit. p.82)

a) Etapa de prediagnóstico o de estudio preliminar

Esta primera instancia está destinada a obtener los elementos de juicio necesarios, sobre el tema que despierta el interés científico. Es evidente que sólo puede constituir esta etapa el inicio de la investigación a realizar; pero sin embargo, al finalizarla deberá tenerse una idea suficientemente clara y precisa del objeto y la finalidad.

Su amplitud dependerá del conocimiento y definición de los objetivos que se posea. Si los objetivos están suficientemente explicitados, la labor del especialista resultará mínima, pero si no es así, será amplia y minuciosa.

La determinación de los objetivos, a su vez, dependerá del reconocimiento, clasificación y selección de ciertos hechos que se presume relevantes para la formulación del problema que suscita el interés científico.

Además de definirse los objetivos, deberá determinarse, con la mayor precisión posible, el tiempo, los recursos o medios necesarios y el costo de la investigación o proyecto, para inferir su conveniencia o beneficio.

b) Etapas específicas subsecuentes

A partir de aquí la composición de las metodologías resultan de los objetivos de cada caso.

Las etapas subsecuentes en cada metodología, de acuerdo a su objeto y finalidad, serán básicamente, las de relevamiento, procesamiento de la información obtenida, composición del informe o formulación del modelo, plan, programa o proyecto, presentación, aplicación, implantación o ejecución, evaluación y corrección.