
El reto de la administración en salud

The challenge of health administration

| *O desafio de administração de saúde* |

Piedad Roldán Jaramillo¹

¹ Profesora área curricular de salud pública en la Facultad de Medicina de la Universidad CES. Nutricionista Dietista. Esp. Administración de servicios de salud. Magister en Salud Pública. Doctoranda en Estudios Organizacionales.

Hablar de administración *en* salud o de administración *de* salud puede ser tomado como un simple juego de palabras, pero en realidad es un asunto sobre el cual vale la pena reflexionar dado que puede entrañar una confusión sobre lo que es la naturaleza de la práctica y el pensamiento administrativo, trasladado a un campo del conocimiento que aun no se define con claridad. Esto es, hay una interacción pretendida entre la administración y la salud pero, por falta de claridad entre ambas, puede ser entendido de múltiples formas y no siempre las más acertadas.

¿Cuál es el campo real de conocimiento que pretende ser administrado? ¿Salud como condición esperada?... Como sistema?... Como servicio? ... Cada una de ellas hace parte de un campo de conocimiento que históricamente ha sido asumido bajo un enfoque determinista y cargado de la cientificidad metódica. La búsqueda incesante por la racionalidad ha llevado a que permanentemente se pretenda -y propenda- por un orden lógico, en procura -de lo llamaría Morín- la utopía de una sociedad sin conflicto y sin desorden (1). Este orden lógico que se busca en salud, se evidencia en la tendencia a la uniformidad, a la estandarización y a la normalización de los procesos, procedimientos y comportamientos que respaldados en leyes y normas, den garantía del control y por ende del orden en y para su administración.

Las orientaciones en las búsquedas administrativas siguen el mismo camino, un énfasis en las formas, los modos y las técnicas que mejor contribuyan a administrar, por un lado, a un “sector salud” que representa una franja importante del desarrollo del país, que debe garantizar la administración de bienes públicos y al que cada vez se le exige más transparencia, calidad, eficiencia y efectividad en términos costo – beneficio. En este marco se encuentra el sistema de seguridad social en salud, desde el cual se espera modular la acción de los diferentes actores, en procura de mantener los propósitos para los cuales fue creado: “la salud de las personas en el marco de la seguridad social”. A lo anterior, se suma la administración de las instituciones de salud que hoy hacen parte de un mercado que ofrece servicios y que fundamentan su sostenibilidad y viabilidad en la competencia regulada, pero esto, sin perder de vista que deben aportar en el logro final de los propósitos –sociales- del sistema.

Esto último podría considerarse “el desorden” que pretende desconocerse, pues es allí donde se dan las perturbaciones, las asimetrías y las incertidumbres, pues la salud está ligada al bienestar, a las dinámicas sociales y humanas que no pueden ser asumidas y entendidas a partir de un razonamiento impersonal o una objetivación determinista (2). Es ese desorden, punto de confluencia del sistema, el sector y las instituciones, el que no se ve y no se considera como un asunto sobre el cual deba interesarse la administración, y sin el cual difícilmente se encontrará la naturaleza y la razón de ser del pensamiento y hacer administrativo en la salud.

En la búsqueda por el orden y la “superación” de la incertidumbre, surge el uso de la evidencia como base fundamental para la toma de decisiones en todos los niveles de intervención (de política, comunitarias y en la prestación de la atención en salud). Esto como una respuesta a lo que ha sido en salud la

“supremacía” del método científico en el que lo válido es lo comprobable y lo generalizable que dé explicación de los hechos y con ello justificación (respaldo) a las intervenciones que del sector y sus instituciones (3).

Esta mirada simplista de la realidad se reduce aun más cuando por evidencia se asume el dato, y cuando más, una asociación estadística de datos que “ayuden” a sustentar con “evidencia” la explicación de hechos y desde allí, argumentar decisiones de inversión y destinación de recursos para intervenir y transformar lo que se ha establecido como la realidad esperada para el fenómeno en estudio.

Así las cosas, lamentablemente administrar en las organizaciones de salud y en el sistema de salud mismo, se ha circunscrito a contar con sistemas de información que permitan ver y explicar hechos y no a darles *sentido* desde el conocimiento de motivos y objetivos. Esta orientación explicativa y no comprensiva hace parte de una élite administrativa que promulga la importancia de la oportunidad en la toma de decisiones en términos de intervenciones de amplias coberturas que propenden por afianzar la subordinación a la autoridad científica tan propia del sector (4).

La situación actual de las organizaciones de salud “pide a gritos” que en su administración (intra e interorganizacional) se favorezca el encuentro dialógico, la conjugación en segunda persona que lleve a la comprensión y la interpretación de las realidades en salud a partir del cual la relación comunicativa y dialéctica permita confrontar los enunciados con los hechos. Un nosotros en el proceso de construcción del conocimiento y de transformación de realidades, pero no desde la mirada de quien interviene, sino desde la significación de quienes la viven (3). Una interpretación intersubjetiva a partir de lo cual sea posible confrontar lógicas, lecturas de la situación, saberes y percepciones que den pie a la “*transformación mutua de la propia realidad*” y con ello a un análisis interpretativo – comprensivo (5).

Las actuales dicotomías en la práctica administrativa en salud -entre lo económico y lo social-, hacen de nuestras instituciones un “híbrido” que suscita conflictos de interpretación entre los agentes encargados de conducirlas. Esto incrementa la incertidumbre y acentúa la desconfianza entre los usuarios del sistema, haciendo que las tensiones y los conflictos por los recursos y la utilización de los servicios se agraven (6). Más aun cuando por lo general, las formas de análisis y evaluación de la gestión en salud está dada por indicadores de desempeño económico y no desde dimensiones sociales y políticas.

El reto es entonces, propender por desarrollos administrativos e investigativos que sean fruto de construcciones colectivas en las que quienes hayan asumido tal responsabilidad, lo hagan decididamente desde su propia experiencia reflexiva. Es un asunto de reconocimiento propio y del otro, de reconocer la existencia de tensiones y de tomar decisiones metodológicas con sentido analítico, crítico y social, pero por sobre todo, es una responsabilidad ética.

Referencias

1. Morin E. Orden desorden y complejidad. Más allá del determinismo: el dialogo del orden y el desorden. Ciencia con conciencia. Barcelona: Anthropos; 1984.
2. Muñoz R. Propuesta de Refundamentación. Formar en administración Por una nueva fundamentación filosófica. Medellín: Siglo del hombre; 2011. p. 275–306.
3. Duica W. Subjetivo, objetivo, intersubjetivo y la comprensión metodológica de la ciencia. In: Cely F, Duica W, editors. Intersubjetividad Ensayos filosóficos sobre conciencia, sujeto y acción. Bogotá: Biblioteca abierta. Colección general filosofía. Universidad Nacional de Colombia; 2009. p. 157–97.
4. Lapièrre L. Gerenciar es crear. Texto producido por la Cátedra sobre liderazgo Pierre-Péladeau en HEC Montreal.;
5. Muñoz R. Propuesta de Refundamentación. Formar en administración Por una nueva fundamentación filosófica. Medellín: Siglo del hombre; 2011. p. 275–306.
6. Chanlat J. Ciencias Sociales y Administración. Medellín: Universidad EAFIT; 2002.