

Instituciones de salud

Pedro Casserly

La Salud Pública lleva a cabo sus planes a través de las instituciones de salud. Entre ellas se encuentran las que tienen una actividad directa sobre la población (Hospitales y Centros de Atención Primaria) y otras que realizan actividades complementarias a favor de la salud de la población. En este último grupo merecen mencionarse:

- Instituciones educativas: Tiene como objetivo la formación básica o superior y especializada de los integrantes del sistema de salud. Se destacan las Facultades (Medicina, Farmacia, Bioquímica, Psicología, Trabajo Social, etc.) que se orientan principalmente a la formación básica, aunque también hacen una importante contribución en la formación superior. Los Institutos Nacionales están orientados a la formación especializada¹.
- Instituciones ejecutivas. Tienen a su cargo la organización, coordinación y evaluación de las acciones de salud. Incluye los Ministerios y Secretarías de Salud (Nacional, Provinciales y Municipales) y sus diferentes dependencias, entre los cuales se destacan los Programas, como los de Control de HIV – SIDA, Control de Tuberculosis, Materno Infantil, Inmunizaciones, etc.
- Instituciones complementarias. Cumplen tareas complementarias de alta complejidad. Se destaca la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS²), con cabecera en el Instituto Malbrán, que realiza estudios de Laboratorio de mayor complejidad.
- Instituciones de control y vigilancia de la salud. Tienen como llevar a cabo acciones preventivas y de vigilancia de la salud. Se destacan la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y el Programa de Vigilancia Epidemiológica.

¹ Se destacan el Instituto Nacional de Epidemiología Juan H. Jara y el I. N. De Enfermedades Respiratorias “Emilio Coni”, que además tiene a su cargo el Programa Nacional de Tuberculosis.

² Además de la red de Laboratorios, incluye los Institutos educativos (Jara y Coni) y asistenciales, como el Instituto Udaondo, de Gastroenterología.

Los Hospitales

Antecedentes

Los hospitales nacieron en los monasterios medievales, al aplicar el principio de “hospitalidad” para los viajeros en problemas³. Esta actividad fue extendiéndose hacia los marginados por la sociedad, en especial los leprosos (constituyendo los primeros “leprosarios” o “lazaretos”), y en la medida en que la urbanización progresiva incluyó a estas instituciones derivaron hacia los hospitales de caridad, sostenidos inicialmente por religiosos y religiosas, y posteriormente por entidades laicas de beneficencia. En este período comienzan a incorporarse los médicos, quienes contribuían con trabajo voluntario en el cuidado de los menesterosos, como complemento de su actividad liberal en el consultorio; el cuidado de los pacientes quedaba a cargo de las religiosas que fueron definiendo el perfil de la enfermería⁴. A partir del siglo XX comienza a desarrollarse el Hospital moderno, que se caracteriza por una mayor organización de sus tareas y la profesionalización de su personal, que deja de ser voluntario y de beneficencia, para pasar a ser personal remunerado y dependiente de las directivas de las autoridades.

La descripción de estos antecedentes no es simplemente anecdótica, sino que pretende ayudar a entender algunas características de los hospitales actuales, muchas de ellas resabios más o menos importantes de cada una de las etapas transitadas.

El hospital moderno

El hospital tiene como funciones la asistencia, la docencia y la investigación. La primera es la función básica del hospital y define su naturaleza (el Hospital que no brinda asistencia deja de ser hospital). Las funciones de docencia e investigación mejoran la calidad del hospital, y contribuyen a los sistemas de docencia e investigación aportando la experiencia que brinda el contacto diario con los pacientes.

El modelo de hospital como institución de formación básica fue introducido por Flexner (este modelo educativo se denomina “flexneriano”) y es el que rige la formación médica en nuestro país. Consiste en que el estudiante recibe una formación inicial en la sede de las Facultades de Medicina, y completa su formación en los hospitales, junto al paciente, con la asistencia y supervisión del médico asistente – docente. Ha sido cuestionado desde hace muchos años, debido al sesgo hospitalario que le da a la formación, con escaso desarrollo de la medicina ambulatoria, preventiva o comunitaria, pero no han desarrollado efectivamente modelos alternativos.

Misiones y funciones

Cuando un Hospital no tiene fines de lucro, es esencial definir claramente su misión, la que deberá ser lo más explícita posible, y compartida por la mayor parte de su personal. Esto garantiza que aún actuando en forma separada, todos sus integrantes trabajarán en una misma dirección, permitiendo la coherencia de sus acciones. A esta capacidad de actuar con los mismos criterios aún sin estar en contacto se lo denomina “enlace por la doctrina”.

La misión de un Hospital es su razón de ser, y es la guía de todas sus acciones. Llegar a definirla con claridad es esencial para su correcto funcionamiento, aunque suele ser una tarea difícil, porque requiere un trabajo prolongado de acuerdos entre sus integrantes, que muchas veces tienen opiniones distintas sobre cual debe ser esa misión. Y en

³ El caso más conocido es el de los perros de la congregación de San Bernardo que rescataban a los extraviados en los Alpes.

⁴ A partir del accionar de Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, comienza a delinearse la profesionalización de la enfermería.

muchos casos requiere que cada uno sus integrantes acepte ceder en parte de forma de poder desarrollar una actividad en común, para lo cual es necesario una actitud honesta y civilizada.

De la misión derivan las reglas generales de la organización, incluyendo las funciones y responsabilidades de cada uno de sus integrantes, y las normas de procedimiento, que permiten sistematizar las acciones. De esta manera las acciones ya no dependen tanto de la diferente capacidad y actitud de cada integrante, mejorando la calidad y coherencia del funcionamiento institucional.

A partir de la década del '70, a partir de la experiencia de “distritos de salud”⁵ desarrollada en Africa, se incorporó como función hospitalaria la responsabilidad del cuidado de la salud, no sólo de quienes se acercaban a demandarla, sino de la población que reside en el área. Este modelo de cuidado se conoció como Area Programática, y fue desarrollada en muchos casos en forma confusa y parcial por los hospitales. Este concepto no debe confundirse con el área de responsabilidad para el envío de ambulancia (aunque pueda coincidir en el área geográfica), ni con el concepto de “área de influencia”, que consiste en un “mapa” confeccionado a partir de la procedencia de los pacientes asistidos. Tampoco con un criterio para restringir la atención de quienes “no son del área”. El concepto de Area Programática es una estrategia para mejorar la cobertura y cuidado de la salud de la población, con criterio de responsabilidad⁶.

Tipos de servicios

Desde el punto de vista del tipo de actividades realizadas, los servicios pueden clasificarse en tres grupos.

- Servicios finales. Toman contacto directo con los pacientes, y son los responsables directos de los cuidados de su salud. Incluye servicios de internación y ambulatorios (consultorios y emergencias).
- Servicios intermedios. También conocidos como “servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento”. Toman contacto con el paciente sólo a través del pedido de quienes actúan en los servicios finales, aportando información valiosa para la correcta toma de decisión (incluso consejo y asesoramiento), pero sin intervenir en ella. Además de Servicios como Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes o Anatomía Patológica, podría incluirse en este tipo de servicio las interconsultas de especialidad.
- Servicios generales. Desarrollan las acciones necesarias para que la institución pueda funcionar correctamente, sin tomar contacto con los pacientes ni con los procedimientos que se les realizan. Incluye las áreas administrativas, cocina, limpieza, mantenimiento, etc.

Complejidad y perfiles

- Niveles de complejidad. Como nivel de complejidad se entiende la capacidad de un hospital de resolver problemas que requieren mayores recursos. Es conveniente contar con una red formada por instituciones de baja complejidad, capaces de resolver los problemas más frecuentes o prevalentes (en general constituido por los Centros de Atención Primaria), de mediana complejidad, que cuente con servicios de internación (incluyendo cuidados intensivos), y servicios de cirugía general, y de alta complejidad, que concentra la atención de problemas poco frecuentes pero que

⁵ Ver Mazzáfero y Col: “Estrategias para la cobertura” en “Medicina y Salud Pública”.

⁶ Ver “Estrategias para la cobertura”

requieres recursos técnicos y humanos altamente desarrollados para su resolución (cirugía cardiovascular, oftálmica, etc.) (Red vertical).

- Perfiles. Se refiere al tipo de problemas que atiende una hospital. La mayor parte de los Hospitales se denomina “polivalente” o “general”, ya que da respuesta a problemas diversos, desde el parto a los traumatismos. En algunos casos algunos hospitales generales tienen un mayor desarrollo en un área determinada, mientras que otros lo tienen en otra. Esto permite la complementación entre hospitales generales sin recurrir a los hospitales de alta complejidad (Redes “horizontales”). Los Hospitales monovalentes en cambio se ocupan sólo de determinados tipos de problemas, ya sea por tipo de prestación (H. Obstétricos), grupo de edad (H. Pediátricos) o tipo de patología (H. De Enfermedades Infecciosas o de Oncología).

Indicadores hospitalarios.

Los indicadores **cuantitativos**, tienden a medir el rendimiento del Hospital, a fin de evaluar si los recursos de los que dispone son adecuadamente utilizados, y si necesita contar con más recursos. Dentro de los indicadores cuantitativos de internación se destacan:

- Promedio de camas disponibles. Surge de sumar el número de camas disponibles cada día, y dividirlo por la cantidad de días que hemos tomado en cuenta. Puede calcularse el promedio mensual o anual. Se considera cama disponible a la cama hospitalaria en condiciones de ser utilizada, esté ocupada o no. Se excluyen las camas rotas, sin colchón o ropa de cama, y las que están en sectores inhabilitados.
- Promedio de pacientes – días. Surge de sumar el número de pacientes que se encuentran internados cada día, dividido por la cantidad de días que hemos tomado en cuenta. Al igual que el anterior se puede calcular el promedio mensual o anual. Los datos para ambos indicadores se obtienen a partir del Censo Diario, que efectúa el Servicio de Estadística.
- Porcentaje ocupacional. Resulta de dividir el promedio pacientes – días por el promedio de camas disponibles. Permite conocer el grado de utilización de los servicios de internación, con el fin de aumentar o disminuir la oferta de camas de acuerdo a la necesidad. Se recomienda, para áreas urbanas un porcentaje cercano al 80%, y un poco menor para áreas rurales.
- Promedio de días de estada. Surge de sumar los días de internación de todos los pacientes que egresaron en el período, y dividirlo por los egresos totales. El promedio de días de estada será menor para los servicios de Obstetricia, y mayor para los de Traumatología, en especial cuando realizan acciones de tracción esquelética que suelen durar mucho tiempo.
- Giro – cama. Simboliza cuantos pacientes utilizaron cada cama durante un período (mes o año). Se calcula dividiendo los egresos por el promedio de camas disponibles.

También se puede calcular la cantidad de **pacientes/ hora** atendidos por los consultorios externos, para evaluar si existe capacidad ociosa o insuficiencia médica. Una cifra esperada puede ser cercana a 3,5 pacientes por hora (cada consulta lleva entre 15 y 25 minutos), aunque varía según el tipo de especialidad y perfil hospitalario.

Los indicadores cualitativos pretenden expresar a través de un número (comparable con otras instituciones) la calidad de una institución. Entre ellos se pueden contar los siguientes:

- Tasa de Letalidad Hospitalaria. Surge de dividir los egresos por defunción por el total de egresos. Cuanto mayor sea, mayor es la probabilidad de que muera el paciente en su internación, y probablemente refleje una menor calidad de ese

hospital. Es necesario tomar en cuenta que para que tenga valor la comparación debe hacerse entre hospitales con perfiles similares, ya que es esperable que los Hospitales Obstétricos tengan una letalidad mínima, mientras que los oncológicos tengan alta tasa de letalidad.

- Tasa de autopsias. Indicador actualmente poco utilizado. Parte del principio de que un alto porcentaje de autopsias entre los fallecidos revela una actitud de querer aprender a partir de los fracasos, lo cual revela y se traduce en una elevada calidad.
- Tasa de infecciones hospitalarias. Es un muy buen indicador, ya que la infección hospitalaria, suele ser el resultado final de una serie de fallas de diversos servicios. Un indicador derivado es la tasa de infecciones quirúrgicas. Requiere un cuidadoso y honesto registro de las infecciones intrahospitalarias.

Los indicadores de **cobertura** tienen especial relevancia cuando el Hospital pretende asumir la responsabilidad del cuidado de la salud del área. Divide los servicios brindados por la población a cubrir (del área).

Cooperación intra e interinstitucional

- Interconsulta. Es la solicitud de asesoramiento que realiza un servicio que atiende un paciente cuando su paciente presenta problemas que superan su ámbito de conocimiento. En este caso el servicio solicitante continúa teniendo la responsabilidad del cuidado de salud del paciente y de tomar las decisiones correspondientes; el médico que solicita la interconsulta continúa siendo el médico de cabecera del paciente, y tomará en cuenta la evaluación y recomendaciones realizadas por el profesional interconsultor las tomar las decisiones. Puede realizarse dentro de una institución, cuando un paciente internado en traumatología por una fractura expuesta presenta una infección; el Infectólogo evaluará y recomendará y el traumatólogo, responsable de su tratamiento introducirá las medidas correspondientes. También puede realizarse entre instituciones de menor complejidad (pediatra de un CAPS) respecto a un servicio hospitalario especializado (cardiología, Otorrinolaringología).
- Derivación o Referencia. Es la transferencia del paciente de una institución o servicio a otro, por considerar que debido al nivel de complejidad o naturaleza de la patología debe ser atendido por el receptor. En este caso el receptor se hace responsable del cuidado del paciente.
- Contra – referencia. Luego de la realización de las actividades por las cuales un paciente fue referido o derivado, se le indica que ya está en condiciones de continuar bajo el cuidado de su médico de cabecera. Para ello es conveniente elaborar un resumen de las actividades realizadas y sus resultados y enviarlo al médico de cabecera, de manera que cuente con los elementos necesarios para el seguimiento posterior.

Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)

A partir de la Declaración de Alma Ata en 1978, una serie de establecimientos de salud, que hasta ese momento habían gozado de escasa jerarquía, como los puestos de Salud Rural o las *Salitas* de Primeros Auxilios en el ámbito urbano, pasaron a ser el centro de atención, a través de discusiones y replanteos. Sin embargo, veinte años de experiencia mundial muestran que, aunque hubo una importante proliferación de dichos Centros, no pudieron cumplir, en la mayoría de los casos, con las expectativas que habían generado. A pesar de las enormes posibilidades que ofrecen, estos Centros a menudo prestan simplemente servicios clínicos, y no siempre de manera muy eficiente. Por el contrario, las redes de centros de salud deben constituir el elemento clave de los sistemas de salud de distrito, del cual constituyen la primera línea de contacto con la población, contribuyendo a incrementar su grado de salud y desarrollo, sin descuidar la curación y la prevención.

A pesar de su variedad, existe en general acuerdo en que la expresión “centro de salud” se aplica a todos los servicios de salud de primer contacto con la población que realizan actividades de promoción, prevención, curativas y de rehabilitación, que, aunque más avanzadas en pro de la salud comunitaria, son técnicamente menos perfeccionadas que las que se llevan a cabo en los hospitales. Los cambios sociales y políticos que se han producido en los últimos años en muchos países, en los que la financiación y la gestión de la atención sanitaria estaban sumamente centralizadas, han acentuado las presiones y creado problemas debido a la mala organización, las deficiencias de la gestión, la escasez de recursos y la escasa participación de los particulares y las familias en el desarrollo sanitario. Actualmente se necesitan con carácter apremiante estrategias para apoyar su desarrollo ante el nuevo escenario: demandas sociales, descentralización e incremento de los usuarios de servicios públicos de salud.

Entre todos estos cambios, los centros de salud siguen siendo el punto de enlace entre la comunidad y el sistema sanitario. Cuánto más cerca está el centro sanitario de la población, más se espera que:

- responda a las necesidades y solicitudes locales;
- mantenga un diálogo continuo con los particulares, las familias y las comunidades;
- realice actividades de promoción, prevención, curativas y de rehabilitación;
- colabore con otros sectores en la promoción de actividades e iniciativas relacionadas con la salud;
- funcione como una “unidad de desarrollo sanitario” y no simplemente como un centro de servicios clínicos;
- proporcione una atención sanitaria equitativa y de calidad a todos los miembros de la población atendida.

Para que desempeñen esa función central, es esencial que los centros de salud estén respaldados adecuada y firmemente por la población y las comunidades, las autoridades y los hospitales de distrito, los niveles provincial y central, los centros de formación e investigación, y los sistemas de información y los medios de comunicación. Todos los niveles han de entender los retos, las dificultades y los conocimientos especializados que se necesitan para que un sistema constituido por centros de salud sea eficaz y para proporcionar el apoyo necesario para reforzarlo.

Es necesario que Hospitales y Centros de salud asuman *responsabilidad de las poblaciones* y no sólo atención sanitaria a particulares.

Los Centros de Salud constituyen una de las estrategias más efectivas para la prestación de servicios a poblaciones *insuficientemente atendidas* y *grupos de alto riesgo*, dado que se encuentran bien situados para tomar en cuenta entorno/contexto. Para ello, su personal debe ser capaz de identificar situaciones de alto riesgo y no-accesibilidad:

pobres, lactantes, niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, ancianos, discapacitados, enfermos crónicos, inmigrantes, refugiados. Ante situaciones de recursos escasos, la priorización de los grupos insuficientemente atendidos y de alto riesgo significa equidad y máximo rendimiento.

Frente a los *programas verticales*, que suelen provocar fragmentación, duplicación y consecuente confusión, quitando mucho tiempo al beneficiario y generando mayores costos, el Centro de Salud debe ser el *integrador final* de las actividades sanitarias, mejorando el acceso de la población a dichos programas. La eliminación de costos ocultos, permitirá contar con recursos que permitirán llegar a más gente.

Teniendo en cuenta que la atención de servicios básicos en Hospitales es de alto costo, el desarrollo de los Centros de Salud, permite la *utilización racional* de recursos humanos y materiales. Para ello es necesario definir la relación con otras instituciones y niveles, definiendo las funciones en cada nivel e integrando redes de atención.

La creación de un entorno propicio, que reconozca y promueva la función estratégica de Centro de Salud en el Sistema de Salud distrital requiere un marco jurídico y normativo claro, que permita la asignación de *responsabilidades de salud* sobre todos los miembros de una población determinada. La descentralización –necesaria a fin poder cumplir adecuadamente con su misión- no deberá ser un simple traspaso de responsabilidad, sin autoridad para planificar, ni recursos, ni tampoco una puerta abierta al aislamiento y la autonomía, contraria al concepto de sistema.

El otorgamiento de poder de decisión a la comunidad, sobre lo cual hay experiencias escasas y en general discontinuadas, es un elemento importante para la descentralización exitosa, aunque su implementación es sumamente compleja y con frecuencia problemática.

Los centros de salud están en condiciones de asumir una función necesaria en el área de salud y desarrollo. La función de desarrollo centrado *en la población*, significa fundamentalmente promover todo lo que propicia una buena salud al mismo tiempo que se lucha contra la mala salud y sus causas. El Centro de Salud puede transformarse en una auténtica fuerza de *actividad intersectorial* y en un defensor eficaz del *derecho a la salud* de los grupos vulnerables.

Esta jerarquización de su función en la salud y el desarrollo no significa descuidar sus funciones curativas y preventivas. En poblaciones insuficientemente atendidas la atención de las necesidades de salud inmediatas de las comunidades es prioritaria. Pero es importante, que simultáneamente los centros de salud inicien actividades de promoción de la salud y desarrollo que pueden contribuir al estado de salud a largo plazo de las comunidades, especialmente en esferas como las enfermedades crónicas, la salud materno-infantil, las enfermedades de transmisión sexual o la atención de salud mental.

En lo esencial, el objetivo es un conjunto de actividades – curativas, preventivas, de promoción y desarrollo- que respondan a las necesidades de salud de la población en la región geográfica a la que atiende el centro de salud. Las proporciones pueden cambiar con el tiempo y depender de las circunstancias concretas de cada país, pero no pueden impedirle al Centro de Salud constituir un componente esencial del sistema.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los recursos humanos, las personas que trabajan, constituyen un elemento clave en las organizaciones de servicios, entre ellos los de salud.

A partir de una concepción de planificación de acciones de salud, las características de los mismos deberá estar subordinada a los objetivos institucionales, en la medida en que se pretenda obtener resultados satisfactorios.

Para ello, a fin de definir una política de recursos humanos se deberá identificar inicialmente la misión que cumple dicha institución. En el caso de organizaciones con fines de lucro esta misión es fácil de identificar, ya que se trata de ganar dinero. En cambio, en las organizaciones sin fines de lucro, como suelen ser los sistemas sanitarios y los servicios públicos de salud es frecuente que la percepción de la misión institucional (muchas veces no explícita) difiera entre los integrantes de las organizaciones⁷.

La responsabilidad de la definición de la misión de una organización depende del tipo de organización de la que se trate:

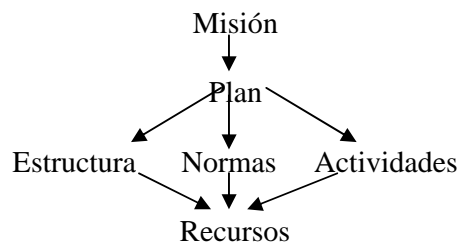
Organización jerárquica (vertical): Está en manos de sus equipos de conducción, quienes están preparados para tener una visión más amplia e integrada de las necesidades de los beneficiarios y las características de la organización, reemplazando la visión sectorial por la visión general. Por otra parte, son los responsables ante sus superiores y ante la sociedad por el grado de cumplimiento de esta misión. En este caso, el poder está asociado a la responsabilidad. Cuando esta relación no se cumple, se asiste al deterioro de la calidad institucional.

Organización participativa (horizontal): La decisión está en manos de todos los integrantes del equipo de salud, que por lo tanto pasan a ser responsables solidarios con los resultados de la gestión. Requiere un alto nivel de preparación y responsabilidad de sus integrantes, así como mecanismos para la resolución de conflictos.

Es necesario destacar dos aspectos sobre los tipos de organizaciones:

1. No hay un modo “bueno” ni “malo”, sino que las diferentes formas tener una adecuación variable al tipo de problema a enfrentar, y las actividades a realizar. Un servicio de emergencias deberá tener una estructura vertical, mientras que los comités de normatización deberán ser participativos.
2. La mayor parte de las organizaciones cuentan con elementos de ambos modelos. Tomando el ejemplo anterior, los hospitales tendrán una estructura vertical en el servicio de emergencias, y horizontal en los comités de normatización.

Definida la misión de la organización, será necesario definir los mecanismos para su cumplimiento. Para ello se deberán definir estructuras, normas y actividades a desarrollar. A partir de ello, se deberán definir los recursos necesarios y adecuados.



⁷ Drucker, P: “Administración de organizaciones sin fines de lucro”.

Criterios para la selección de recursos humanos

El perfil de los recursos humanos deberá estar relacionado con la misión, tipo de estructura y actividades que está previsto desarrollar. Se entiende por perfil, la definición del número de personas de cada profesión que se necesitará para desarrollar las actividades de la organización, así como también las funciones, responsabilidades, atribuciones y dependencias de cada uno de los puestos.

Posteriormente es conveniente definir el perfil de cada puesto. Esto incluirá los atributos que se considera debe tener la persona que ocupe cada uno de los puestos a cubrir, y deberá tomar en cuenta tipo de formación, capacidades operativas y características de personalidad. Una vez definido claramente el perfil del tipo de agente se necesita, se podrá proceder a la selección de la persona que más se adecue al puesto.

Mecanismos de selección

Existen dos mecanismos tradicionales para la selección de personal, cada uno de los cuales tiene beneficios y riesgos. Nuevamente, no hay necesariamente uno mejor que el otro, sino modelos más adecuados para cada situación; por otra parte la mayoría de los mecanismos de selección combina elementos de ambos.

1. Concurso. Es un mecanismo más objetivo, disminuyendo el nivel de discrecionalidad del seleccionador. Para cumplir adecuadamente con el fin de seleccionar a la persona más adecuada para el puesto, sus términos deberán ser redactados cuidadosamente y por personas idóneas. En caso que esto no ocurra, corre el riesgo de transformarse en un mecanismo burocrático que premie la acumulación de antecedentes, sin tomar en cuenta la adecuación de la persona para el puesto, promoviendo la “industria del coleccionista de papeles”. Por otra parte, en su versión perversa, constituye un mecanismo para dar aspecto de legitimidad a una elección discrecional, con la desventaja que quien determina la selección no se hace responsable de sus consecuencias.
2. Selección directa. Basado en la responsabilidad del seleccionador. El término no se limita a la seriedad con que haga su tarea, sino que se extiende al concepto de “dar respuesta”, hacerse responsable por el desempeño del elegido. Sin ello, se transforma en un mecanismo que favorece la ubicación de favoritos, con deterioro de la calidad institucional de los recursos humanos, y desanima la vocación de mérito de los integrantes de la organización.

Mecanismos de inducción de conductas

Dar direccionalidad a una institución implica ordenar las conductas de las personas que desarrollan la actividad, de forma que converjan sinérgicamente.

Evaluación y control

- Quien ejerce la autoridad en una institución tiene el deber de evaluar el cumplimiento del contrato, ya que es el responsable ante la sociedad.
- La evaluación y el control permiten diferenciar el capaz del incapaz, el esforzado del negligente, estimulando y premiando la actividad bien hecha, y desanimando el incumplimiento.

Los incentivos:

- Económico. El aumento selectivo de remuneraciones puede actuar como incentivo, pero suele generar malestar. La mejoría de remuneraciones permite mejor selección de personal.
- Profesional. Los sistemas de capacitación y formación en la institución son muy valorados por el personal,

- Reconocimiento. Mecanismos para la valoración del esfuerzo y la capacidad por parte de los superiores, e idealmente con el consenso de los compañeros (*ethos social*)
- Identificación. Ser partícipe de los objetivos de la institución.

Obstáculos potenciales

- Pérdida de dirección o misión de la organización. Ausencia de controles externos y rendición de cuentas. La organización es sometida a los humores de los factores con mayor capacidad de influencia, con riesgo de perversión de su finalidad⁸.
- Ausencia de pericia o responsabilidad de la conducción. Conduce a decisiones erróneas (hasta la pérdida de la dirección). Desanima a los más capaces y esforzados, y favorece los mecanismos perversos de premios y castigos (adulación, conspiración). Es conveniente que el jefe tenga reconocimiento moral, dar directivas claras, ser severo pero justo, no inmutarse ante las críticas y tener presente que mandar no es un privilegio sino una responsabilidad⁹
- Concentración de funciones. El correcto funcionamiento de una organización requiere delegación de funciones, con responsabilidad, lo cual requiere confianza en sí mismo y en los demás, conociendo a los hombres como son y no como deberían ser¹⁰.
- Deficiencias de los recursos humanos. Deficiencias de formación, de adecuación a las necesidades, de actitud (ver Formación de recursos humanos).
- Objetivos divergentes. Las organizaciones laborales tienen objetivos propios, que pueden ser justos (la defensa del bienestar y los derechos del trabajador), pero que pueden no coincidir plenamente con los objetivos institucionales. Existirán áreas de coincidencia (potenciadoras) y diferencia (conflictivas). Se deberán prever mecanismos para su resolución. El sometimiento de los objetivos institucionales a los sectoriales, implica la perversión de la organización. Se deberán definir los límites de los mecanismos de presión, diferenciando entre producción de bienes y servicios, y entre lo privado y lo público.
- Cultura de “saqueo”. Lo público no es percibido como propio, sino como ajeno. Por ello se lo percibe como un ámbito para obtener ventajas personales. Tiene especial influencia en la selección de personal.

La formación de recursos humanos

La formación básica no suele ser responsabilidad de las organizaciones ejecutivas, sino de las educativas. Deben desarrollarse mecanismos de retroalimentación, que permitan adecuar la formación de recursos humanos a las necesidades del sistema, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Por otra parte las instituciones de salud cuentan con algunos mecanismos de complementación o corrección:

- Formación complementaria. Estímulo al estudio, actividades de discusión científica, invitación de expertos, etc.
- Capacitación. Entrenamiento para actividades específicas, en especial destrezas.
- Supervisión. Consiste en una actividad de evaluación – educación. Los errores o fallas detectados en la evaluación, constituyen una oportunidad para la enseñanza. Para ello la evaluación no deberá tener consecuencias punitivas.

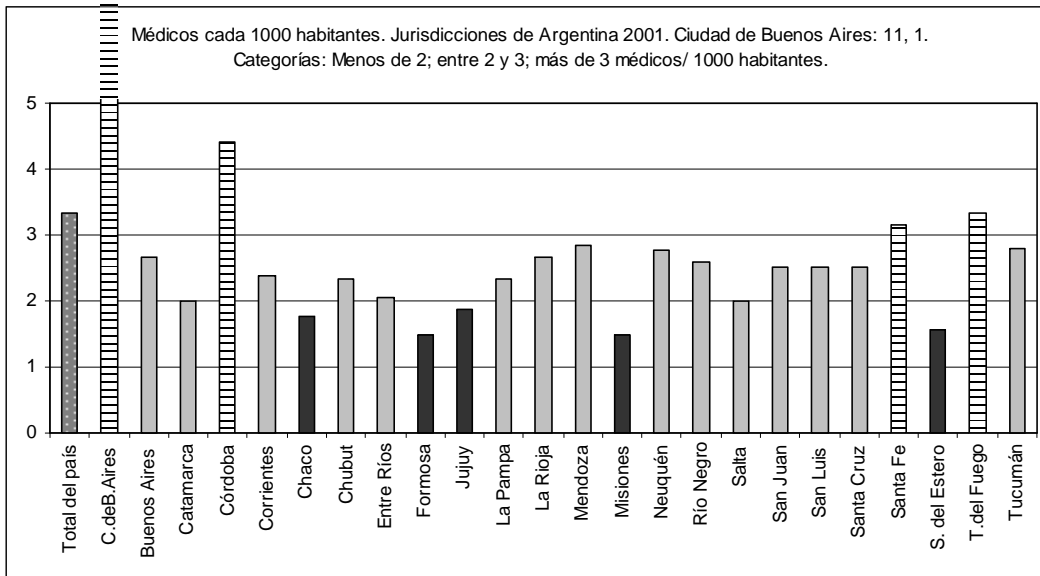
⁸ Etkin J: “La doble moral de la organizaciones” Mac Graw Hill – Interamericana, Madrid, 1993.

⁹ Mazzáfero y Col: “Medicina y Salud Pública”. EUDEBA, Buenos Aires, 1999. P. 105.

¹⁰ Mazzáfero y Col: Ibidem.

La situación de los recursos humanos

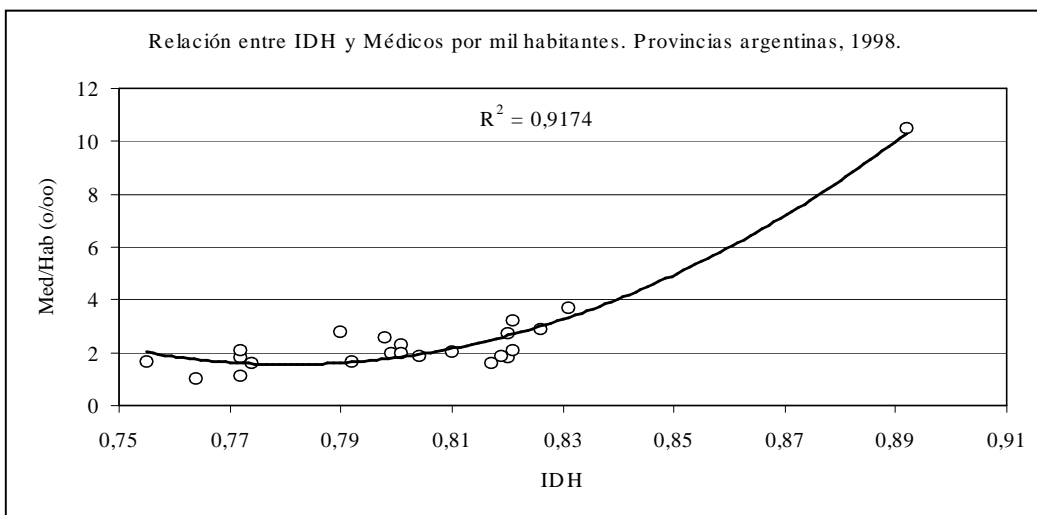
Distribución de médicos. Tomando en cuenta que los estándares mundiales recomiendan entre uno y dos médicos cada mil habitantes¹¹, identifique las provincias que tienen menos de uno, entre uno y dos, y más de dos médicos cada mil habitantes.



Distribución. La distribución de los recursos humanos en Argentina sigue una lógica de mercado: hay más médicos donde hay más recursos. Se observa una segunda variable, por la que las ciudades que cuentan con Facultad de Medicina reconocida (Buenos Aires, La Plata, Córdoba, Tucumán, Corrientes) tiene un mayor número de médicos por habitante.

Un criterio de equidad implicaría una distribución tomando en cuenta el grado de necesidad, y muy probablemente una distribución inversa a la observada.

El hecho de que el mercado actúe como determinante de la distribución indica la debilidad de las políticas de recursos humanos en el país.



¹¹ Depende de dispersión de la población, complejidad de los servicios y la existencia de “paramédicos”.