

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Cooperación Técnica para el Desarrollo de la Capacidad Gerencial en Enfermería

INFORME FINAL DEL TALLER INTERNACIONAL DE GERENCIA EN ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Preparado por:

Susana Salas Segura
Rosa A. Zárate Grajales
Eneo-UNAM Centro Colaborador de la
OMS/OPS para el desarrollo de la
Enfermería Profesional

México, Agosto 1999

ÍNDICE

I

RESUMEN EJECUTIVO	
PARTE I	
1. INTRODUCCIÓN	
2. OBJETIVOS	
3. PARTICIPANTES	
4. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	
5. RESUMEN DE TEMAS TRATADOS	
5.1 NUEVOS ENFOQUES EN LA GERENCIA INSTITUCIONAL.....	
5.2 DESAFÍOS PARA LA GERENCIA EN ENFERMERÍA ANTE LOS NUEVOS ENFOQUES.....	
5.3 EXPERIENCIAS DE CAPACITACIÓN EN GERENCIA.....	
5.4 PRESENTACIÓN DE PROYECTOS E INICIATIVAS EN EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIA-.....	
5.4.1 SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	
5.4.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL.....	
5.4.3 GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROAMÉRICA.....	
5.4.4 EDUCACIÓN CONTINUA EN ADMINISTRACIÓN Y LIDERAZGO.....	
5.5 CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL.....	
5.5.1 GESTIÓN HOSPITALARIA.....	
5.5.2 GERENCIA DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL.....	
5.5.3 INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	
5.5.4 ASOCIACIONES SALUD PÚBLICA.....	
5.5.5 ASOCIACIONES ENFERMERÍA.....	
5.5.6 MOVILIZACIÓN DE RECURSOS.....	
6. RECOMENDACIONES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN LA GERENCIA DE ENFERMERÍA	
6.1 FORTALECIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES DE ENFERMERAS.....	
6.2 PROMOCIÓN Y APOYO DE PROGRAMAS COLABORATIVOS DE DESARROLLO PROFESIONAL ENTRE PAÍSES.....	
6.3 OPTIMIZACIÓN DEL VÍNCULO DOCENCIA -A SISTENCIA.....	

6.4 FORTALECIMIENTO DE LAS COMUNICACIONES E INFORMACIÓN

6.5 ESTRATEGIAS.....

PARTE II

TRABAJOS Y BIBLIOGRAFÍAS

1. NUEVOS ENFOQUES EN LA GERENCIA INSTITUCIONAL Y SUS IMPLICACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL EN ENFERMERÍA

2. DESAFÍOS DE LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD

3. DESAFÍOS PARA LA GERENCIA EN ENFERMERÍA ANTE LOS NUEVOS ENFOQUES

4. LA GESTIÓN EN ENFERMERÍA. UN PROCESO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN, COLOMBIA 1995-1998

5. PROPUESTA PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA CALIDAD EN MÉXICO

6. WINSIG ¿QUÉ ES Y QUÉ APORTA EN LOS PROCESOS DE REFORMA SECTORIAL?

7. GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROAMÉRICA.....

8. RESUMEN DE EVALUACIÓN DEL CURSO DE INICIATIVA Y DESARROLLO COMUNAL PARA LÍDERES EN ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SISTEMA SILAIS EN NICARAGUA

9. EDUCACIÓN, LIDERAZGO, ORGANIZACIÓN EN LA SALUD

10. CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL EN ENFERMERÍA DENTRO DE LA GERENCIA INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

11. SISTEMAS DE INFORMACIÓN INTEGRAL.....

12. PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN EN CONCEPTOS DE GERENCIALES DIRIGIDO A LAS ENFERMERAS DESARROLLADOS POR LA S.M.S.P.

13. ASOCIACIONES DE ENFERMERAS Y LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....

14. EXPERIENCIAS DE GESTIÓN EN ALTA DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....

ANEXO I: LISTA DE PARTICIPANTES.....

ANEXO II: CENTRO COLABORADOR ENEO-UNAM.....

ANEXO III: AGENDA.....

PARTE I

RESUMEN EJECUTIVO

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la mayoría de los países de la Región se encuentran inmersos en procesos de reforma sectorial, todos ellos encaminados a replantear el papel del Estado en el desarrollo sustentable.

Esta nueva concepción de políticas públicas debe partir del hecho que estamos frente a nuevos paradigmas tanto en lo referente a las formas en que se ha desarrollado la sociedad así como a las maneras como se solucionan sus problemas y se realizan los proyectos.

En relación a estas nuevas formas de participación gubernamental, se reconoce la necesidad de cambios en la manera de hacer políticas públicas, las cuáles a su vez dependen de la dinámica propia de cada país y de los objetivos de democracia establecidas en cada uno de ellos.

En este marco las reformas del sector salud se orienta a lograr la equidad y mayores niveles de eficiencia y eficacia en la formulación de políticas y en la regulación, financiamiento, gestión y atención, existiendo diversas razones de índole político, ideológico, económico y epidemiológico que fundamentan la reforma de los sistemas de salud.

Estas reformas en salud puestas en marcha en los diversos países de la región dan énfasis al recurso humano, destacando un nuevo rol del personal de salud que permita lograr los objetivos que se pretenden en el ámbito de la Reforma.

En particular para la Enfermería se espera que como profesional asuma un papel diferente dentro de las nuevas orientaciones de la atención a la salud que pretenden la equidad, la eficiencia el costo-beneficio y la calidad de los servicios.

Las Reformas gubernamentales puestas en marcha dan prioridad al recurso humano en concordancia con el modelo inspirador. El nuevo pensamiento gerencial que pretende dinamizar al sistema de salud a fin de lograr mayores niveles de eficiencia y eficacia.

En varios países, particularmente en desarrollo estas transformaciones han mejorado lentamente las condiciones de salud de sus comunidades. A pesar de la reforma y la descentralización, la asistencia y los sistemas sanitarios en la Región están atravesando la peor crisis de la historia reciente. En América Latina, la reforma de los sistemas se basa en los principios de los derechos universales, la equidad y la reorganización administrativa.

En este contexto la Enfermería deberá desempeñar una activa participación en la reforma de los sistemas y de los servicios de salud, en la formulación de políticas

públicas y en la dirección de grupos de trabajo en el ámbito gerencial, asistencial y educativo.

Por ello la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece una serie de estrategias a fin de fortalecer el ejercicio de la enfermería y la partería en la Región a través de programas de cooperación técnica, por lo que se organizó este taller Internacional para el Desarrollo de la Capacidad Gerencial de Enfermería dentro de la Gerencia Institucional de los servicios de Salud realizado en la Ciudad de México del 10 al 12 de Mayo de 1999, con el apoyo del Centro Colaborador OPS/OMS de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y con la participación de expertos en gerencia institucional y de enfermería de diversos países e instituciones. Su propósito es analizar los nuevos enfoque en la gerencia institucional y sus implicaciones para el desarrollo de la enfermería en esa perspectiva. Así también discutir las experiencias gerenciales exitosas realizadas en los países participantes.

A partir de estas actividades se emiten recomendaciones para la cooperación técnica, para la práctica en los sistemas de salud y para la formación en materia de gerencia de enfermería.

Estas iniciativas muestran la preocupación que los organismos internacionales tienen por el desarrollo de la Enfermería en los sistemas de salud con los nuevos enfoques gerenciales, que le permitan participar de manera asertiva en la definición de estrategias en materia de servicios de salud en su país.

2. OBJETIVOS

- Desarrollar la Capacidad Gerencial en Enfermería dentro de la Gerencia Institucional de los Servicios de Salud.
- Compartir experiencias exitosas y realizadas en la Región, en los diferentes escenarios de la practica profesional de Enfermería.
- Analizar los Desafíos para la Gerencia de Enfermería ante los nuevos enfoques de la Gerencia Institucional de los Servicios de Salud.
- Emitir recomendaciones de Cooperación técnica para el desarrollo de la capacidad gerencial en enfermería.

3. PARTICIPANTES

Para lograr los objetivos planteados se invitó a expertos en materia de gerencia y/o gerencia en enfermería de nueve países -Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Nicaragua y México. Se contó con la participación de personas responsables de enfermería en los ministerios de salud, con representantes de los Centros de Colaboración de OMS/OPS en Enfermería y Partería y con las asociaciones profesionales de enfermería. También asistieron personas fuera del ámbito de enfermería, con el fin de entender mejor las perspectivas de estos dirigentes.

Ver lista de participantes en Anexo I.

4. METODOLOGÍA

El Taller Internacional de Gerencia en Enfermería se desarrollo durante los días 10,11 y 12 de Mayo de 1999 en la Ciudad de México, con la participación de enfermeras de 10 países de la Región de las Américas.

La Sede de dicho evento fue el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Asistieron un total de 45 participantes de Instituciones Publicas y Privadas del Sector Salud así como de Instituciones educativas, Asociaciones y Colegios de profesionistas.

La metodología utilizada fue en un primer momento que los asistentes al evento conocieran el panorama general de los nuevos enfoques en la gerencia institucional y los desafíos para la gerencia en enfermería, dichas actividades fueron abordadas por expertos en el tema de los diferentes países participantes.

Posteriormente se presentó a los asistentes las diferentes experiencias en materia de capacitación en gerencia de enfermería así como de proyectos e iniciativas en el desarrollo de la capacidad gerencial.

Para concluir el primer día, se realizó un simposio sobre las consideraciones para el desarrollo de la capacidad gerencial en enfermería dentro de la gerencia institucional de los servicios de salud en los diferentes ámbitos del ejercicio de la enfermería; la Gestión Hospitalaria, la Integración de sistemas de información, la movilización de Recursos y la responsabilidad de los organismos colegiados de enfermeras.

Con este marco referencial en un segundo momento los asistentes al taller se distribuyeron en tres grupos de discusión quienes a partir de una guía de trabajo (anexo) analizaron al interior de cada grupo las experiencias en el desarrollo gerencial en enfermería, analizando en cada experiencia, Fortalezas, Debilidades, Oportunidades Aprovechadas Perdidas y Amenazas, Presentes y Futuras.

Cada equipo posterior a la discusión y análisis presento sus conclusiones en plenaria, las cuales fueron enriquecidas con el trabajo de cada uno de los grupos.

En un tercer momento y con base en el análisis realizado el día anterior los grupos de participantes en el taller realizaron recomendaciones de cooperación técnica para el desarrollo futuro de la capacidad gerencial de enfermería a los diferentes niveles: Países, Ministerios de Salud, Asociaciones y Colegios de profesionistas, Instituciones Educativas.

Así como propusieron las recomendaciones necesarias a los Organismos Internacionales como la OMS/OPS y a los Centro Colaboradores de la OMS para el desarrollo de la Enfermería y la Partería.

Estas actividades fueron presentadas y analizadas en plenaria y entregadas las conclusiones y recomendaciones para el desarrollo de la capacidad gerencial de enfermería en la Región de la Américas.

5. RESUMEN DE TEMAS TRATADOS

5.1 NUEVOS ENFOQUES EN LA GERENCIA INSTITUCIONAL

JOSÉ MARÍA MARÍN, ASESOR REGIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA OPS

En su participación aborda el Contexto en el que se desarrolla la gerencia Sanitaria entre las que destacan: la modernización del estado, la Reforma de la Administración pública, el Enfoque Gerencial sus potencialidades y limitaciones, su ámbito de competencia y por último las funciones gerenciales.

Esta participación hace énfasis en la diferencia entre los enfoques modernos de la gerencia y el tradicional, establece además los desafíos para el desarrollo gerencial a partir de nuevas capacidades y compromisos del gerente público ante los escenarios que se presentan en los sistemas de salud.

El conferencista puntualiza que la capacidad gerencial depende de un buen gerente público, el cual debe ser capaz de conducirse a través de tres funciones Planificación (Decisión), Ejecución (Aplicación) y Control (Información), dichas funciones se realizan en dos instancias que son la Conducción y la Administración ambas las funciones y su ámbito de aplicación corresponden a las funciones básicas de la Gerencia.

5.2 DESAFÍOS PARA LA GERENCIA EN ENFERMERÍA ANTE LOS NUEVOS ENFOQUES, MARIELA CATZ, CANADÁ; ROSA ZÁRATE, UNAM, MÉXICO Y GLORIA MOLINA MARÍN, COLOMBIA

En este tema participaron enfermeras de tres países Canadá, Colombia y México las cuales nos presentaron un panorama general de las Reformas en los Sistemas de Salud y cual ha sido el impacto en la práctica de la enfermería ante los proyectos de reforma institucional.

En este marco se hizo énfasis en los nuevos escenarios para la gestión de los servicios de enfermería a partir de las reformas y crisis estructurales existentes en los sistemas de salud que ocasionan un deterioro en la calidad y que necesariamente requiere de transformaciones a los sistemas de salud para lograr la equidad, eficiencia, descentralización y financiamiento. Esta situación implicará un cambio de actitud y de participación de las Enfermeras en la política pública a fin de hacer más eficiente la gestión del servicio, mejorar el uso de los recursos, la cobertura y la calidad.

5.3 EXPERIENCIAS DE CAPACITACIÓN EN GERENCIA

**CLARA INÉS SÁNCHEZ, ACOFAEN; MARINA BELLO PÉREZ, MÉXICO Y
CAROLINA GONZÁLEZ SCHLENKER, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
PÚBLICA, MÉXICO**

5.4 PROYECTOS E INICIATIVAS EN EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIA- LECCIONES APRENDIDAS

5.4.1 Sistemas de Información en Gestión de Recursos Humanos Silvia de la Fuente, Secretaría de Salud de México

En relación a los sistemas de Información se presentó el proyecto de México denominado SIARHE, Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería; cuya responsabilidad recae en la Secretaría de Salud con el apoyo de la oficina Panamericana de la Salud.

A la fecha este sistema se encuentra en desarrollo y se tiene ya un catálogo de enfermeras por Instituciones, Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS solidaridad, ISSSTE, PEMEX, entre otras. Se mencionaron los problemas para la aplicación de este proyecto y la escasa respuesta de las Instituciones privadas para la elaboración del catálogo que a la fecha integra aproximadamente al 86% de la población de enfermería en el país.

5.4.2 Sistema de Información Gerencial Winsig José María Marín, Organización Panamericana de la Salud

¿Qué es y qué aporta en los procesos de reforma sectorial?

El WINSIG es la versión más reciente del programa de cómputo del Sistema de Información Gerencial (SIG), ahora en ambiente Windows, desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que lo ha venido revisando y evolucionando en los dos últimos años, de forma que de mejor respuesta a los actuales enfoques y prácticas emergentes de los procesos de reforma sectorial sobre la eficiencia con calidad, la asignación de recursos con criterios de productividad, la contención de los costos y el cobro de los servicios. La nueva versión, llamada WINSING, además de trasladar el SIG a plataforma Windows, sobretodo agrega nuevas funciones para facilitar el análisis de la pertinencia y calidad de la producción, la negociación y control de los acuerdos de gestión y la factura de costos, al haber

agregado unos módulos para procesar la morbilidad atendida, hacer protocolos de atención, definir grupos de diagnósticos relacionados y costear los servicios prestados. Con ello se sitúa el sistema en uso en muchos países de la Región en condiciones óptimas y con ventajas comparativas para responder a los requerimientos de cooperación de los países vienen haciendo en este tema.

El SIG es, por tanto, a su vez una herramienta analítica para la toma de decisiones, enmarcada en los procesos de gerencia productiva de los sistemas de salud de la Región de ñas Américas. De hecho, su principal aporte consiste no en generar nueva información, sino en relacionar selectivamente información existente para ofrecer al gerente una visión estratégica de la gestión de establecimiento o sistemas de salud.

¿Cuál es el rol que pretende asumir el Sistema de Información Gerencial? La respuesta a esta pregunta se puede plantear con tres afirmaciones. Primero, el SIG no constituye una panacea o fórmula mágica para la solución de los problemas de conducción y gestión de los sistemas y servicios de salud, los cuales están más allá del alcance de cualquier metodología particular. Segundo, el SIG constituye una metodología de gerencia que actúa para generar la nueva cultura institucional y gerencial que caracteriza a la reforma del sector público. Tercero, el SIG prioriza la productividad, pero lo hace en el contexto de las tres dimensiones críticas de la cobertura de servicio de salud: equidad, eficacia y eficiencia.

Hay varios aspectos que es necesario destacar para entender el SIG y su potencialidad. Primero, es un instrumento gerencial y no administrativo. Y ésta no es una distinción semántica. Significa que el SIG privilegia su aplicación en las estrategias de gestión, planificación global y manejo organizacional en el más amplio sentido del término incluyendo desde luego la gestión de los recursos. Por tanto, el uso del SIG consciente en primera instancia a quienes tienen la responsabilidad formal de ejercer el liderazgo institucional al más alto nivel, y desde ahí pernea a todos los niveles de toma de decisiones.

Un primer elemento de propósito es el diagnóstico institucional, no como proceso burocrático, sino como lectura permanente, práctica e intencionada de las "alarmas" o puntos críticos que provee el SIG. La posibilidad de visualizar con rapidez un conjunto reducido y manejable de problemas determinantes del perfil de productividad, es una de las principales fortalezas del SIG.

Es frecuente inferir -erróneamente- que el SIG es una metodología para la administración hospitalaria. Sin perjuicio de la importancia que tienen los hospitales, ésta es una conclusión limitante y disminutiva del potencial del SIG. Para corregir esta distorsión, están documentadas las múltiples aplicaciones del SIG dentro y fuera del ámbito hospitalario.

Uno de estos ejemplos plantea la situación de un ministro de salud y su equipo de dirección superior que necesitan conocer cuál es el grado de éxito que tiene la red

de instituciones en la aplicación de la política de cobertura de servicios de salud. Ello requeriría conocer el efecto agregado y la situación particular de unas 400 instituciones distribuidas a lo largo y ancho del país, en siete regiones y los siguientes niveles de complejidad:

- 10 hospitales de referencia nacional (nivel terciario)
- 12 hospitales regionales (nivel secundario, unos pocos con algunas subespecialidades)
- 15 hospitales de primer nivel de referencia.
- 300 centros ambulatorios, con programas que se extienden a las comunidades servidas. propias

Lo que parecería una tarea monumental, dada la cantidad de unidades, dispersión geográfica y datos, se vuelve un proceso manejable usando las posibilidades de ordenamiento de datos que ofrece el SIG como resultado de su aplicación sistemática. Una primera posibilidad es elaborar para cada nivel los cuatro cuadros que se explican posteriormente y hacer un perfil rápido de situación (producción, rendimientos, costos, problemas relevantes y potencial productivo). De esta forma, la información del sistema nacional de salud se concentra en cuatro conjuntos de cuatro cuadros, cada uno de los cuales abarcaría la información de todos los establecimientos y niveles del sistema nacional de salud.

5.4.3 Gestión de Calidad en Centroamérica

Gladys Araya Ugalde y Elena Reyes, Grupo Centroamericano de Profesionales de Enfermería

El Grupo Centroamericano de Profesionales de enfermería está integrado por enfermeras de: El Salvador, Guatemala, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá, presentaron su experiencia de trabajo para mejorar la Gerencia. El propósito de dicho organismo es trabajar conjuntamente con el equipo de salud y otros sectores para lograr el desarrollo integral de enfermería y mejorar así la calidad. Las líneas de acción que se encuentran desarrollando son:

- enfermería y reformas en salud;
- enfermería y medio ambiente;
- funciones de enfermería;
- liderazgo en enfermería;
- investigación en enfermería;
- desarrollo de recursos humanos;
- calidad en la prestación; y
- fortalecimiento de los valores.

A la fecha los logros obtenidos son la elaboración de estándares de enfermería, Protocolos hospitalarios y comunitarios, capacitación en de calidad, elaboración y difusión de un código de ética, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en las Instituciones de Salud y Aportaciones a la curricula de las escuelas de enfermería.

En términos generales se ha fortalecido el proceso de integración docencia-servicio y gremio.

5.4.4 Educación Continua en Administración y Liderazgo

Lydia Ruth Zamora Cortés y Centro Colaborador OPS/OMS George Mason University

En el caso particular de Nicaragua se desarrolló un programa de educación continua en administración y liderazgo cuyo propósito fue mejorar las cualidades administrativas y gerenciales de las enfermeras, fortalecer el conocimiento sobre la salud comunitaria y reafirmar el liderazgo. Este proyecto ha sido financiado por el Banco Mundial y a la fecha se han capacitado 2000 enfermeras en Nicaragua.

5.5 CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL EN ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE:

5.5.1 Gestión Hospitalaria

Héctor Aguirre Gas, Instituto Mexicano del Seguro Social México

Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, es especializado en Medicina Interna en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, realiza actividades Gerenciales en el área Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social desde el año de 1975, desde 1983 se ha dedicado para proveer el mejoramiento continuo en la Calidad de la Atención Médica, habiendo publicado en numerosos trabajos y un libro sobre "La Calidad y Atención Médica", ha sido presidente de la Asociación de Medicina Interna de México del Colegio de Médicos Posgraduados del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Sociedad Mexicana de Calidad en la Atención Médica, es Consejero Emérito del Consejo Mexicano de Medicina Interna, es Miembro Numerario de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía Profesor de la maestría en Administración de Servicios de Salud y Salud Pública actualmente es Director del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Bien entrando al tema el problema de desarrollo gerencial no es un problema exclusivo de enfermería yo les puedo decir que en México, nosotros tenemos serios problemas al respecto en todas las áreas médicas y para médicas, no existe una formación, una carrera formal para desarrollar gerencialmente al personal de salud en las gentes que se han desarrollado, hace pues ya más de 30 años existió un curso de formación de directores médicos en el Seguro Social, que por allá en el año de 1975 se determinó se canceló y dejó de haber administradores médicos en esa carrera posteriormente la gente que se ha desarrollado ha sido por iniciativa propia dando cursos, diplomados inclusive maestría por iniciativa propia los cursos que la institución ha organizado y ha conocido numerosos grupos miembros de la Comunidad Médica Administrativa del Instituto pues han dado lugar a que todas estas gentes capacitadas terminan, se gradúan y casi ninguno de ellos funge en posiciones gerenciales, en tal sentido se ha propuesto se ha insistido a nivel de las autoridades de la Institución con el propósito en que desarrolle un curso para formación gerencial de personal de salud y en esas estamos esto quiere decir que no hay un sistema organizado para el desarrollo de personal de salud en gerencias de sistema de salud.

Bien ¿Qué es lo que pasa en Enfermería actualmente en nuestra Institución?

Una vez que una enfermera se acredita como Enfermera General ésta es una acreditación a Nivel Técnico, es una acreditación a nivel Técnico y de allí en adelante se parte, en nuestros hospitales, ¿Cuál es el escalafón que nosotros tenemos? 1º. La auxiliar de enfermera general que significa esto, pues una persona o una mujer que habiendo terminado su secundaria decide capacitarse como enfermera y toma un curso

de auxiliar de enfermería en alguna Institución reconocida por la Secretaría de Educación Pública, le dan su diploma y puede entrar a laborar como auxiliar de enfermería, desde el punto de vista de la formación de enfermera general a nivel técnico. Bueno existen ahí si escuelas muy formales para el desarrollo de personal de enfermería de nuestro país, la más importante la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, considero yo de la Universidad Nacional Autónoma de México, o al menos es la que tiene mayor reconocimiento y prestigio en el Mundo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social funciona también una escuela de Enfermería que nos da esta capacitación y obtienen un Título avalado por la Universidad (UNAM) o por la Secretaría de Educación Pública, según la escuela el siguiente paso es prepararse como enfermera especialista el mecanismo para prepararse como enfermera especialista, una enfermera especialista puede ascender a una enfermera de jefe de piso y tener a su cargo un servicio con un determinado número de camas y un conjunto de enfermeras generales y auxiliares cuya labor es de coordinar, después de este escalafón que hasta aquí son personal sindicalizado ya empieza el personal de confianza que es la subjefe de enfermeras de un hospital y ellas pueden ascender a ser la jefe de enfermeras de ese hospital, o de algún otro, como se lleva a cabo esta formación profesional, bueno la enfermera general toma un curso que ya mencionaba en una escuela reconocida por una Universidad o por la SEP y tiene su capacitación como enfermera general a nivel técnico después una enfermera dentro de sus propias escuelas de enfermería puede tomar cursos que se llaman posbásicos y pueden tomar un curso de especialista en alguna de las especialidades de la enfermería o podría ser enfermera pediátrica, enfermera quirúrgica, enfermera intensivista, y así varias mas o pueden tomar un curso de especialización en Administración o en docencia ya por iniciativa propia la enfermera que tiene interés en desarrollarse y evolucionar puede cursar la educación preparatoria si es que no la tenía y tomar ya la carrera de enfermería a nivel Licenciatura, sin embargo si ustedes ven no hay una secuencia establecida aquí ya va esto en mucho en base al interés personal de cada enfermera entonces tenemos el nivel auxiliar que es un curso de capacitación a nivel técnico, después el nivel profesional de ahí se puede evolucionar a la Licenciatura y nuevamente en base al interés personal de desarrollo de cada enfermera en particular si tiene el interés puede empezar a cursar maestrías, o puede llegar a cursar doctorado como acabamos de escuchar un curriculum hace un momento impresionante que ya tienen doctorados .

Qué es lo que nosotros podríamos considerar como adecuado para ese desarrollo gerencial de enfermería sin quemar etapas, sin llevar la formación en condiciones aceleradas, sino llevar paso a paso cumpliendo un paso antes de llegar a otro, si nosotros partimos del nivel operativo de una enfermera general verdad, esta enfermera general debería de fungir un mínimo de 2 años en esa posición antes de aspirar a otra es decir madurar como enfermera general antes de ser una especialista, en ese momento ella podría aspirar a ser una enfermera especialista y aquí la propuesta y esta es una propuesta, claro no hay un reglamento que lo especifique que se dedique a una sola especialidad nosotros de repente vemos que hay enfermeras que hacen enfermería intensivista, enfermera quirúrgica, enfermera pediatra como que da idea de que no hay un camino, no hay una idea predeterminada de que es lo que se quiere y a veces da la impresión que se pretende reunir muchos cursos de especialidad en

diferentes especialidades en un mismo nivel muy bien ya una vez que tiene esa especialidad yo propongo que sean 2 años en esa especialidad también para madura como especialista, después ya viene un primer puesto de nivel gerencial como enfermera jefe de un piso de atención médica y entonces aquí se propone que se tenga indudablemente una especialidad una de estas y además para aspirar este puesto que se curse ya la especialidad en administración claro quienes tengan interés por la docencia irán por el lado de la docencia que curse esta especialidad en administración y que nuevamente madure en ella un par de años.

Después viene ya el nivel gerencial hospitalario y aquí de estas enfermeras jefe de piso tendrán que participar en un proceso selectivo que nos permita determinar quien de ellas reúne los mejores requisitos y las mejores capacidades para aspirar a un puesto de subjefe que ya es un puesto Directivo dentro de la gerencia de enfermería hospitalaria. Y eso si, ya cuando se trate de escoger entre todas las subjefes de enfermeras para seleccionar a la jefe de enfermeras ella tendrá que participar antes o después debería participar antes en un proceso de desarrollo gerencial para estar en condiciones de aspirar a esa jefatura.

Y hay otro escalafón más adelante ya fuera del hospital donde vienen las coordinadoras de programas, las jefes de enfermeras de zona, las jefes de enfermeras delegaciones, la jefe de enfermera regional dentro de nuestra organización y un puesto que no existe que se dijo que iba a existir a nuestra institución y que pues no se acaba de concretar que es lo que yo entendería que es la enfermera de la triple raya que la acredita como jefe de enfermeras de la institución esto no existe ya se propuso ya hay una moción para que esto exista pero bueno todavía está en veremos. Entonces que es lo que podría corresponder a un desarrollo gerencial de enfermería adecuado ya lo habíamos dicho la carrera técnica la especialización postécnica, quienes así lo consideran de su interés cursar la licenciatura y después de todo esto ya entrar en proceso formal de desarrollo gerencial de enfermería en la línea gerencial administrativa o directiva que se considere en base haber cursado diplomados en las áreas de su interés, maestrías o doctorados pero ya con una clara directriz hacia la gerencia institucional de servicios de salud.

Y entonces en ese proceso de desarrollo de enfermería ¿Qué podría considerarse como los elementos importantes a desarrollar? bueno uno de los primeros de los principales yo considero que debe ser el manejo de la informática administrativa médica o paramédica hospitalaria desarrollarse en administración estratégica, de los servicios de salud y esto que aquí bueno pues estamos en un problema porque todavía no queda muy claramente definido si el liderazgo se tiene, se adquiere se aprende o si es algo que ya las personas tienen esa capacidad de lograr que un conjunto de personas bajo su mando interactúen en forma armónica para conseguir un objetivo ya no el mando que da una autoridad formal por alguien que le dan un puesto, una jerarquía sino el mando moral de una gente que tiene capacidad de liderazgo para poder conducir a un grupo de personas.

Después vienen las maestrías que actualmente hay varias que se están desarrollando en nuestro país en la Universidad la Salle, en el Instituto Nacional de Administración Pública, y otras instituciones de carácter administrativo en la Universidad Nacional Autónoma de México sobre la administración de Instituciones de Salud y por último

Hay también ya maestrías y doctorados en alta Gerencia que desafortunadamente todavía no están dirigidos a la gerencia de Instituciones de salud o en Instituciones hospitalarias y que el cursarlos podría ser la forma de desarrollar enfermeras en alta gerencia y capaces de conducir no solo un hospital sino todo un sistema de salud de una instancia nacional.

Bien esto es lo que yo traía para ustedes estamos dentro del tiempo y ya vendrá el momento de preguntas y respuestas.

Considero que esto es un camino por andar creo que aquí el camino del desarrollo de enfermería como el de médicos también cuando menos en nuestro país y no sé si en el resto de Latino América o inclusive en el mismo Estados Unidos si ya hay un sistema organizado secuencial ordenado para el desarrollo de personal de gerencia en instituciones de salud creo que esto es un buen foro para ponernos a pensar que es necesario ya empezar a trabajar en forma organizada todo el personal de salud en el desarrollo de una secuencia formal para el personal directivo de salud.

Muchas Gracias.

5.5.2 Gerencia de Enfermería en el Hospital **Caridad Cairo Soler, Ministerio de Salud de Cuba**

Este tema fue presentado por la Vicirectora de Enfermería del ministerio de Salud de la Habana Cuba. Presenta un proyecto para mejorar la calidad de la atención a través de la Acreditación Hospitalaria, Perfeccionamiento de la organización hospitalaria y Urgencias desastres.

Plantea que en todos estos proyectos participan en comités y subcomités de Calidad de Enfermería que tienen diferentes indicadores tales como: Evaluación del Proceso Asistencial, Evaluación del Proceso quirúrgico, Prevención y control de Infecciones Hospitalarias, Evaluación de Satisfacción y Farmacéutica-medicinas.

5.5.3 Integración de Sistemas de Información **Heimar Marin, Escuela Enfermeras Universitarias Federal de Sao Paulo, Brasil**

En este rubro correspondió a la representante de la Universidad Federal de San Paulo Brasil presentar la experiencia en el desarrollo de un sistema de información en enfermería y el uso del vocabulario para describir la práctica de enfermería que a continuación se resume.

Toda y cualquier atención a la salud presupone la colaboración y participación de múltiples profesionales y distintos lugares. Para la realización de estas actividades, múltiples informaciones sobre el estado de salud del paciente son necesarias. Por otro lado, los procedimientos realizados por cada profesional también engendran otras tantas informaciones que van a garantizar la continuidad del proceso del cuidado. Son fuentes distintas de datos, generando consecuentemente distantes informaciones. Así, tales datos necesitan ser agregados y organizados de modo que produzcan un contexto que servirá para la toma de decisiones acerca del tipo de tratamiento para el cual el paciente deberá ser sometido, orientado todo el proceso de atención a la salud de un individuo y de la población. El Prontuario Electrónico del Paciente (PEP) es una forma compleja que se propone unir todos los distintos tipos de datos producidos en variados formatos, en épocas distintas, hechos por distintos profesionales del equipo de la salud. El prontuario electrónico del paciente no es simplemente la computarización de los registros hechos en papel pero en un sistema de información desarrollado para mejorar y apoyar el cuidado hecho por todos los miembros del equipo de la salud involucrados en la atención.

5.5.4 Asociaciones Salud Pública

Rita Iglesias Ramos, Sociedad Mexicana de Salud Pública

5.5.5 Asociaciones de Enfermería

María Teresa Castillo Velásquez, Colegio de Enfermeras de Chile

Para este tema se invitó a participar a la representante del Colegio de enfermeras de Chile para conocer los proyectos que un organismo colegiado propone para el desarrollo de la gerencia de enfermería.

Su participación pone de relieve el compromiso las contradicciones y los dilemas a las que se enfrenta la profesión desde seguir el camino de valores profesionales tales como el humanismo, el sentido de servicio y la responsabilidad social o bien asumir solo un compromiso sin sentido.

Para responder al compromiso social propone un modelo de gestión que favorezca que las enfermeras se desempeñen de manera ágil, tomen decisiones basadas en información confiable y oportuna que permitirá ir construyendo un liderazgo efectivo, el eje central de este modelo es la "formación continua". El modelo de Gestión hace énfasis en la responsabilidad de la enfermera en la conducción y liderazgo de los servicios de enfermería que implica por un lado un buen posicionamiento laboral ¿quién soy yo? ¿cómo me veo y me ven? y por el otro una profunda reflexión profesional (disciplinaria), ambos constituyen una base sólida para

un liderazgo efectivo que rescate las competencias y habilidades de la enfermería hasta hoy ocultas.

Que además fortalezca a la profesión y sus valores y que sea la enfermera un profesional capaz de compartir su liderazgo con la sociedad civil bajo un nuevo paradigma.

Para lograr lo anterior se requiere que los líderes de enfermería adquieran gran capacidad y visión para generar condiciones y estrategias efectivas que incluyen un diagnóstico preciso a partir de los escenarios de desempeño profesional, las tendencias de la respuesta en salud desde el curar hacia el cuidar. Se requiere analizar con mirada crítica de nuestro quehacer y la contribución a la salud individual y familiar, el enfoque de este modelo está orientado a producir cambios en la enfermería tanto en lo individual como en lo colectivo. En el ámbito educativo el modelo propone educar en el amor, revitalizar sus potencialidades y desarrollar modelos de gestión centradas en la persona.

Así también hace referencia del papel que los organismos internacionales tienen en esta tarea tales como:

Brindar una visión global de la Región, dar apoyo para la formación de enfermeras altamente calificadas y en la búsqueda de esquemas de trabajo en colaboración y fortalecer políticas generales para el personal de salud.

5.5.6 La Movilización de recursos

Eucléa Gomes Vale, Asociación de Enfermeras Brasileñas

En este rubro la Asociación Brasileña de Enfermeras (ABEN) presenta la experiencia en un proyecto de Educación, Liderazgo y Organización en Salud con Subsidio de la OPS/OMS en las acciones de cooperación técnica para la Gestión Gerencia y Calidad de los Servicios de Salud.

Propuesta de la ABEn y objetivo del Proyecto

La ABEn y sus asociados explicitan su compromiso con la ciudadanía, sin adjetivos, sin segmentación y sin distinción de clases.

La tendencia actual de desinstitucionalización como alternativa del cuidar desvincular y subsidiario del espacio hospitalario, está direccionando al enfermero a formular alternativas de trabajo, proponiéndose la equidad, la integralidad y la calidad de la asistencia de enfermería como marcos conceptuales.

Sin embargo, se acredita también como relevante contribución, la profundización de estudios y propuestas que instrumenten los enfermeros para el gerenciamiento de su trabajo en el ámbito del equipo multidisciplinario,

redireccionándolos hacia los principios de la Reforma Sanitaria, y en especial la integralidad de la asistencia de enfermería en el ámbito del Sistema Único de Salud.

Proponer el cuidar como acción terapéutica de la Enfermería en favor de la vida exige consciencia y participación crítica frente a los principales conflictos e desafíos para la enfermería en el fin del milenio.

El principal desafío de la enfermería brasileña es concretar, en la práctica técnica, social y, política la idealización y institucionalización de nuevos fundamentos para la "praxis" de la enfermería.

Su propósito básico es construir metodologías y estrategias innovadoras para la enfermería brasileña para gestión y gerencia, a través del desarrollo de sus capacidades y competencias para la mejoría de la Entidad de los servicios de salud, hacia la calidad de vida de los clientes/usuarios internos y externos.

La Asociación Brasileña de Enfermeras (ABEn) se propone a desarrollar también estudios y propuestas relacionadas con los procesos de innovación dirigidos a la actualización de todo el potencial de la enfermería en la mejoría de:

- las condiciones de la estructura de los servicios existentes;
- los procesos de Trabajo en Vigencia; y
- los resultados alcanzados.

La meta final: es contribuir desde el punto de vista técnico-político-gerencial, sea para la satisfacción de los usuarios de los servicios como para significación de los trabajadores de la salud y de la enfermería.

6. RECOMENDACIONES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN LA GERENCIA DE ENFERMERÍA

Las recomendaciones que a continuación se formulan han sido elaboradas con base en la premisa que éstas serán consideradas en las propuestas y políticas que la OPS, como organismo patrocinador de este Seminario, difunda a los gobiernos de la región, a las organizaciones representativas de las enfermeras en los respectivos países y a las organizaciones regionales de enfermeras.

Así mismo consideramos estas recomendaciones factibles, toda vez que están sustentadas en las distintas realidades de los países participantes, requiriendo para su materialización del consenso de las enfermeras y de la voluntad política de las autoridades y representantes de los organismos o agencias internacionales de cooperación.

En primer término existió absoluto consenso en la necesidad de recrear y/o fortalecer una estructura funcional de los servicios de enfermería que facilite la contribución de la profesión al efectivo mejoramiento de la salud de los individuos y colectividades.

Las experiencias de algunos países de no contar con una organización de tipo funcional han ocasionado un serio y evidente deterioro en el funcionamiento de los servicios de enfermería y también de los servicios de salud en general, por la influencia que las acciones de enfermería tienen en el sector salud.

La organización de los servicios de enfermería enmarcada en un enfoque administrativo y gerencial de carácter horizontal que favorezca la conducción y el trabajo en equipo, constituye sin duda una estrategia de fortalecimiento de la calidad de la respuesta en salud.

Lo anterior debe tener una correlación en la organización general de los servicios de salud de tal forma que no se produzcan desfases en el necesario funcionamiento armónico que requiere el sistema de salud para ser efectivo, eficiente, confiable y humanizado.

6.1 FORTALECIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES DE ENFERMERAS

Existe una evidente necesidad que las propias enfermeras fortalezcan sus organizaciones o asociaciones respectivas, a fin que sean éstas las que definan y propongan los enfoques de desarrollo de la profesión a partir del mejor y más amplio conocimiento de la realidad de salud y enfermería de sus respectivos países.

Así mismo estas organizaciones deberían ser los interlocutores válidos frente a las autoridades gubernamentales como a los organismos y agencias internacionales,

disminuyendo con ello el riesgo de relaciones solo con personas o grupos de "expertos" que no siempre asegura un óptimo aprovechamiento de las oportunidades de acceso a cooperación técnica a amplios sectores de profesionales.

Las enfermeras requieren tomar conciencia sobre el valor de la organización para contribuir el correcto ejercicio de la enfermería a la vez que resguardar los intereses comunes de las enfermeras y los derechos de las personas, familias y comunidad en lo que a salud se refiere.

Por su parte, las asociaciones de enfermeras deben asumir el desafío de reencantar a las profesionales de la enfermería para que desarrollen sus diversos y valiosos aportes bajo el respaldo de sus organizaciones profesionales, multiplicando y compartiendo ampliamente las posibilidades de desarrollo profesional (democratizar el conocimiento).

Las asociaciones de enfermeras deben participar activa y actualizadamente en el desarrollo profesional, promoviendo el fortalecimiento sobre todo en aquellas áreas que como la gestión de los servicios, se advierten con un desarrollo más débil.

En este mismo sentido, las asociaciones de enfermeras deben hacer efectivos esfuerzos por optimizar la difusión de información y los mecanismos de acceso de las enfermeras en programas o proyectos de desarrollo profesional, gestionando acuerdos de cooperación, convenios de asistencia técnica y/o apoyo financiero de manera que aseguren una participación masiva de profesionales en la actualización y perfeccionamiento de su ejercicio profesional.

6.2 LA PROMOCIÓN Y APOYO DE PROGRAMAS COLABORATIVOS DE DESARROLLO PROFESIONAL ENTRE PAÍSES

- Teniendo en cuenta las múltiples iniciativas que actualmente están llevando a cabo países de la región, se considera altamente valioso desarrollar o ampliar algunos de los mismos hacia países que no estén desarrollando estas actividades.
- Para ello resulta imprescindible definir por parte de los países (asociaciones-gobiernos) el enfoque de desarrollo de las capacidades gerenciales de las enfermeras, de tal manera que los proyectos o programas se ajusten a los particularidades de la profesión en cada país asegurando así de mejor forma un impacto positivo de los mismos.

6.3 LA OPTIMIZACIÓN DEL VÍNCULO DOCENCIA - ASISTENCIA

- Existe consenso en la necesidad de fortalecer efectivamente los dos ámbitos inseparables en la formación de enfermeras, como son la docencia académica y la docencia denominada asistencial.

- En efecto, la colaboración, la complementación y el desarrollo de un óptimo vínculo docencia-asistencia, resultan esenciales para asegurar una formación de excelencia y acorde con las necesidades del país, que necesita contar con profesionales críticos de la realidad y dispuestos a ser agentes de cambio.
- Una estrategia concreta que nos aproxime a este objetivo permanente, son la formulación de convenios entre las entidades académicas y las instituciones asistenciales, con participación de las asociaciones de enfermeras, donde se aseguren términos de referencia que apunten al gran objetivo señalado, evitando con ello dejar la gestión de los campos clínicos enmarcada en lógica economista y de competitividad lesiva muchas veces para los intereses de bien común como es una formación de profesionales homogéneamente excelente.

6.4 FORTALECIMIENTO DE LAS COMUNICACIONES E INFORMACIÓN

Teniendo en consideración la importancia que reviste el dar a conocer y masificar la riqueza de los contenidos debatidos en instancias como este Seminario-Taller, se considera altamente valioso que la OPS ampliara sus canales de información y difusión de documentos hacia las organizaciones representativas de las enfermeras, así como también reeditar la elaboración de boletines informativos, toda vez que en nuestros países la tecnología informática aún no es un hecho masivo.

En efecto, en la actualidad el canal de información mas utilizado por la OPS son las Secretarías de Salud de los países; no obstante dicho mecanismo no siempre asegura que la información llegue hasta los actores mas involucrados en este caso, las enfermeras.

En este mismo sentido, se estimo solicitar formalmente a OPS considerar la representación de enfermería en las respectivas oficinas de la organización ya sea en cada país o en áreas geográficas. Esto, como una estrategia facilitada del mutuo intercambio de información, experiencias y desarrollo de proyectos conjuntos.

6.5 ESTRATEGIAS

Ministerio de Salud

- Propiciar espacios para fortalecer la coordinación docencia-servicio-gremio y participar en los diversos órganos normativos de manera multidisciplinaria.

- Crear canales de comunicación interinstitucionales mediante página Web boletines, etc.
- Establecer perfiles de Competencia para que enfermería participe en la formulación y evaluación de políticas de salud en el ámbito institucional y comunitario.
- Educación Continua Abierta y a Distancia en Gerencia.
- Establecer estrategias de comunicación con los usuarios.
- Escribir y difundir los cambios.

Instituciones Educativas

- Fortalecer la formación integral en Gerencia en lo técnico, humano y social, generar egresados prácticos y críticos.
- Desarrollo en la curricula de los elementos de Gerencia y Reformas del Sector.
- Educación continua Abierta y a distancia en Gerencia.
- Escribir y difundir los cambios.

OPS/OMS

- Canales de comunicación para la gerencia páginas Web, medios de comunicación masiva (radio, tv, periódico).
- Red de Intercomunicación para fortalecer la gestión de enfermería para el desarrollo institucional. (Real y Virtual).
- Elaborar un diagnóstico regional de la participación de enfermería en la gerencia institucional en diferentes ámbitos (servicio, educación colegios etc.).
- Desarrollar programas de intercambio apoyados para que enfermeras realicen estancias gerenciales (ministerio de salud, Educación, etc.).
- Incorporar enfermeras en Proyectos de cooperación en Gestión de Sistemas de Salud.
- Incorporar en los términos de Referencia el desarrollo Gerencial en Enfermería de los Centros Colaboradores.

- Ofrecer Diplomados en formulación de políticas que permitan posicionar enfermeras en la Gerencia.
- Publicaciones periódicas sobre proyectos de desarrollo Gerencial.

Organismos Colegiados

- Implementar estrategias para la colegiación de enfermeras (escuelas, hospitales etc.) y crear mecanismos de participación efectiva.
- Generar estrategias para invitarlas a participar. Los organismos colegiados deberán integrarse mas a los organismos como OPS-OMS para obtener información y apoyar las estrategias tales como el desarrollo de la capacidad gerencial de sus agremiados.
- Construir un plan de trabajo a corto mediano y largo plazo, FEPPEN(Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería) que involucre los elementos de gerencia.

Recomendaciones para los países

Una primera recomendación que consideramos de carácter Gerencial está relacionada con la búsqueda de estrategias que permitan que el interés que tiene enfermería para incorporar el desarrollo gerencial en las Instituciones de salud, se transfiera a los otros integrantes del equipo de salud, sobre todo de aquellos que tienen la responsabilidad de dirigir las Instituciones.

Buscar mecanismos para disminuir la lucha de poderes e introducir el principio de que todos los integrantes del equipo de salud son igualmente importantes.

Crear una red de información que permita intercambio con OPS en materia de gerencia Institucional.

PARTE II

TRABAJOS Y BIBLIOGRAFÍAS

1. NUEVOS ENFOQUES EN LA GERENCIA INSTITUCIONAL Y SUS IMPLICACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL EN ENFERMERÍA

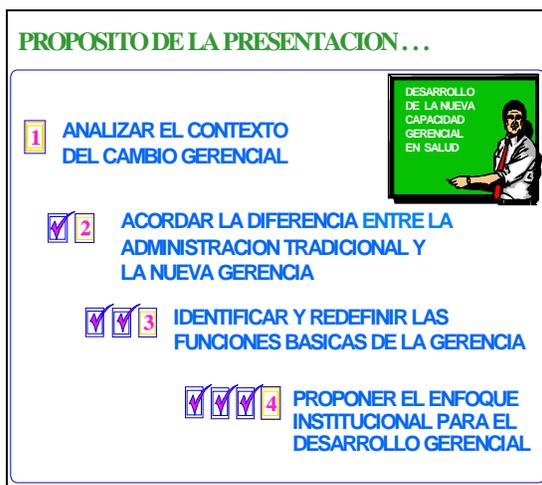
JOSÉ MARÍA MARÍN, ASESOR REGIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA OPS

1. Contexto de cambio que afecta al desarrollo de la gerencia sanitaria
 - 1.1 Modernización del Estado
 - 1.2 Reforma de la Administración Pública
 - 1.3 Reforma Sectorial
2. Enfoque Gerencial
 - 2.1 Limitaciones de enfoque tradicionales
 - 2.2 Potencialidad del enfoque gerencial
 - 2.3 Diferencia entre administración tradicional y gerencia moderna
3. Ambito de la acción gerencial
 - 3.1 Instancias de conducción y administración
 - 3.2 Funciones de información, decisión y aplicación
4. Las funciones gerenciales
 - 4.1 Planificación: toma de decisiones
 - 4.2 Ejecución: aplicación de recursos
 - 4.3 Control: información retroalimentadora
5. Desafíos y características del gerente público
 - 5.1 Evolución de la gestión pública
 - 5.2 Evolución del desarrollo gerencial
 - 5.3 Nuevos retos
 - 5.4 Nuevas capacidades
 - 5.5 La creatividad y el compromiso, bases del nuevo perfil del gerente público
6. Enfoque institucional del desarrollo gerencial
 - 6.1 El desarrollo institucional
 - 6.2 La capacitación gerencial
 - 6.3 El desarrollo gerencial en Enfermería



Los cambios en el contexto de la gestión pública y del sector salud están demandando una nueva gerencia en salud, objeto de esta presentación.

Se propone un enfoque de desarrollo de la capacidad institucional para abordar la construcción de la nueva gerencia sanitaria necesaria.



Analizados el contexto, la orientación, las funciones y las características de la nueva gerencia en salud, se propone un enfoque institucional para el desarrollo de la nueva capacidad gerencial sanitaria.



El primer factor determinante del cambio en la gerencia sanitaria es el proceso de modernización del Estado.

Superados los iniciales y parcializados enfoques que restringían la modernización a una cuestión del tamaño del aparato gubernamental o de las deficiencias de la burocracia gubernamental (clientelismo, ineficiencia, corrupción), el actual planteamiento de la modernización se focaliza en la revisión de las relaciones entre gobierno, economía y sociedad civil, orientada hacia la creación de condiciones de mayor productividad que haga a la comunidad nacional ser más competitiva en un mercado globalizado, con mayor participación de todos los ciudadanos y un reparto más equitativo de los beneficios del desarrollo.



La modernización, aunque inicialmente motivada por la necesidad de ajustes estructurales de la economía, es estimulada por la mayor conciencia y demanda de la ciudadanía por la satisfacción de sus necesidades y el respeto de sus derechos.

El propósito de la modernización, no es reducir o debilitar al gobierno, sino reconstruir la capacidad del gobierno como mecanismo de cohesión social para lograr sociedades mejor gobernadas y más dignificadas, donde haya más productividad y competitividad, a partir de mayor participación ciudadana y proyectadas a la más justa distribución social de los frutos de desarrollo nacional.



Consecuentemente, se ha replanteado también la reforma de la administración pública, entendida como desarrollo de la capacidad de gestión de políticas públicas orientadas al bienestar de la colectividad y construidas con la participación de todos los ciudadanos.

Este enfoque supera las visiones parciales de que la administración pública se mejora por la sola reorganización de las estructuras y funciones gubernamentales o por el simple incremento y calificación de los recursos públicos. Ambas acciones son necesarias, pero subsidiarias al cambio substantivo en términos de gestión de los asuntos públicos, con el público y para el público.



La nueva visión de la gestión de políticas públicas no se restringe a la administración de los recursos y los servicios públicos asignados y provistos por el sector público gubernamental; se refiere principalmente a la definición por la sociedad de los intereses y las prioridades colectivas, orientadas por y hacia un proyecto nacional de desarrollo.

La gestión de políticas públicas es sobre todo una acción de carácter político, que debe resolver los conflictos de intereses y de las relaciones de poder entre los distintos actores sociales, gubernamentales y nongubernamentales, para una movilización de voluntades y recursos hacia el logro de valores sociales vigentes en una colectividad.



Todas estas redefiniciones, junto a la crisis de credibilidad, eficiencia, eficacia, y sostenibilidad de los sistemas de salud, han originado los esfuerzos nacionales de reforma sectorial.

Procesos que, si bien no responden a un modelo predeterminado, comparten objetivos comunes y algunas características: descentralización, separación de funciones, nuevos modelos de atención y gestión.

El propósito general de las reformas del sector salud es institucionalizar una organización y un funcionamiento de los sistemas de salud que los convierta en instrumentos eficientes y eficaces para la atención universal de las necesidades de salud, en forma sostenible y con equidad.

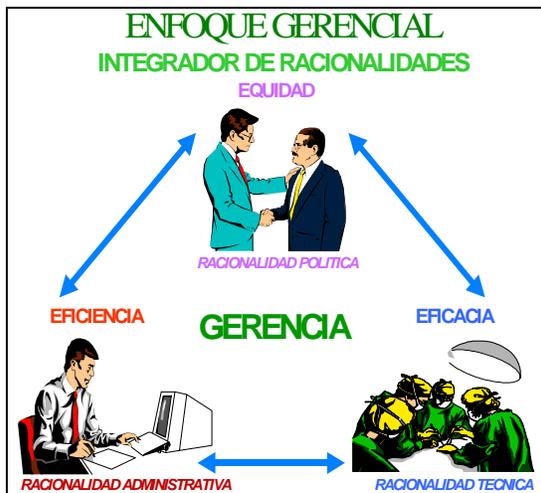


Los procesos de modernización y reforma enunciados plantean nuevas exigencias a la gerencia en salud, como función más trascendente y compleja que requiere la adecuación de formas y medios para ejercerla: pluralismo, enfoque al cliente, flexibilidad, competitividad y contractualidad.

No se trata solamente de modernizar la tradicional administración con nuevas técnicas empresariales; es un redimensionamiento de la gestión de servicios públicos con un enfoque gerencial de gestión de políticas públicas.



La administración tradicional adolece de limitaciones para responder a las exigencias de una nueva gerencia: dicotomías entre las dimensiones política y técnica, clínica y administrativa; los supuestos conflictos entre criterios de eficiencia y eficacia; la falta de integralidad sistémica entre funciones y procesos de la gestión.



El nuevo enfoque gerencial permite integrar las tres racionalidades básicas que gobiernan la gestión pública: los principios interdependientes de eficiencia, eficacia y equidad. No es posible el logro de alguno de ellos con menoscabo de los demás.

A cada área y nivel de la gestión le corresponde aportar los criterios de su especialidad, a la vez que acepta e integra los argumentos de los demás; para producir una interpretación y orientación de la gestión bajo la integración de los tres principios básicos. El peso relativo de cada uno de ellos puede variar de acuerdo al momento, espacio y actor de la gerencia institucional.

**POTENCIALIDAD DEL ENFOQUE GERENCIAL
LA NUEVA CAPACIDAD GERENCIAL EN SALUD**

*COMO ELEMENTO OBJETO Y FACTOR SUJETO
DE LOS PROCESOS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL SECTOR*

PORQUE TIENE CARACTERISTICAS DE:

- * GESTION PARTICIPATIVA DE POLITICAS PUBLICAS SOCIALES, AL SERVICIO DE UN PROYECTO NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO
- * INTEGRACION SISTEMICA, POR LA RELACION DE LOS COMPONENTES DE CONDUCCION, ACCION SUSTANTIVA Y DE APOYO ADMINISTRATIVO
- * ORIENTACION RESOLUTIVA, POR LA BUSQUEDA DE CALIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA EN RESPUESTA A PROBLEMAS DEL AMBIENTE SOCIAL
- * INTERACCION DE LAS FUNCIONES DE PLANIFICACION, EJECUCION Y CONTROL, Y DE LOS NIVELES POLITICO, TECNICO Y OPERATIVO
- * ABORDAJE ESTRATEGICO DE LA PROMOCION DE LOS CAMBIOS EN CONDICIONES DE CONFLICTO, INCERTIDUMBRE Y DEPENDENCIA
- * OPTIMIZACION PRODUCTIVA DE LOS RECURSOS CON CRITERIO DE EQUIDAD SOCIAL PARA UN DESARROLLO INTEGRADO

La nueva capacidad gerencia requerida es a la vez objeto y sujeto de los procesos de cambio para el desarrollo institucional del sector.

Su capacidad como factor de cambio reside en la posibilidad de integrar la gestión en el proceso - nacional o local- de desarrollo; en la superación de las falsas dicotomías entre las funciones, niveles y criterios; en la orientación hacia la productividad al servicio de la resolución de problemas en el ambiente social.

**PARA ENFATIZAR LA DIFERENCIA DE ENFOQUES
ES IMPORTANTE ACORDAR QUE...**

**GERENCIA Y ADMINISTRACION
SON DIMENSIONES DIFERENTES
EN LA MEDIDA QUE...**

**LA ADMINISTRACION ES LA PARTE
OPERATIVA DE LA GERENCIA, QUE
ORGANIZA Y APLICA LOS RECURSOS
PARA EJECUTAR LAS DIRECTRICES**

POR ESO...

Es conveniente diferenciar a la administración de la gerencia; en la medida que la primera es la parte operativa de la segunda. No es una cuestión semántica; tiene implicaciones operacionales. El sector ha estado orientado hacia el desarrollo de la administración; deberá fortalecer el componente estratégico de la gerencia.

LA ADMINISTRACION TRADICIONAL ES NECESARIA, PERO...

NO ES SUFICIENTE, PORQUE NECESITA DIRECCION ESTRATEGICA

YA QUE ADMINISTRAR ES SOLO OPERACION PARA ALCANZAR OBJETIVOS CAMBIANTES EN AMBIENTES COMPLEJOS E INCIERTOS

LA GERENCIA TAMBIEN ES CONDUCCION...

La gerencia, además de la necesaria administración, es la conducción estratégica del quehacer institucional. Además de recursos y procesos, gerencia implica objetivos y resultados que se definen y valoran en contextos cambiantes y conflictivos, y por ende incierto.

PACTEMOS LA DIFERENCIA, JUGANDO A... CADA OVEJA CON SU PAREJA

CONDUCCION	←	ADMINISTRACION
	<ul style="list-style-type: none"> PRESCRIPTIVA SEGURIDAD DISCRECIONALIDAD PRODUCTO HACER LO CORRECTO OBJETIVOS RUTINAS PROCESOS EFICACIA INNOVACION CIENCIA CREATIVIDAD RIESGO EFICIENCIA ARTE DISCIPLINA OBEDIENCIA CAMBIO HACERLO CORRECTAMENTE DECISIONES PROCEDIMIENTOS NORMATIVIDAD ACCION HEURISTICA 	
		
	→	

Relacionar los 24 conceptos listados para conformar dos perfiles que caractericen a las funciones de conducción y administración, puede facilitar la comprensión de las diferencias que deseamos enfatizar entre las dos dimensiones de la gerencia.

CONVENGAMOS LA DISTINCION...

CONDUCCION	↔	ADMINISTRACION
<ul style="list-style-type: none"> HACER LO CORRECTO DECISIONES CAMBIOS CREATIVIDAD DISCRECIONALIDAD INNOVACION RIESGO OBJETIVOS EFICACIA PRODUCTOS ARTE HEURISTICA 		<ul style="list-style-type: none"> HACERLO CORRECTAMENTE PROCEDIMIENTOS RUTINAS NORMATIVA OBEDIENCIA DISCIPLINA SEGURIDAD ACCION EFICIENCIA PROCESOS CIENCIA PRESCRIPTIVA
<p>↓ ↓</p> <p>GERENCIA</p>		

La gerencia involucra y relaciona a las dos funciones: conducción y administración. La conducción que orienta el cambio hacia la búsqueda de objetivos y la administración que mantiene el proceso dentro de procedimientos normados. Ambas dimensiones de la gerencia son necesarias y se complementan mutuamente.

LA CAPACIDAD DE CONDUCCION

CARACTERISTICAS Y RETOS

LA CONDUCCION OTORGA DIRECCION INTEGRADORA A LA PARTICIPACION SOCIAL PARA LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES BASICAS Y DE LAS EXPECTATIVAS DE BIENESTAR PARA TODOS, CON EFICIENCIA, EFICACIA Y EQUIDAD, MEDIANTE LA MOVILIZACION Y LA POTENCIACION DE LAS CAPACIDADES PRODUCTIVAS DE CADA ACTOR SOCIAL Y DE TODO EL CONJUNTO PARA EL DESARROLLO HUMANO

LA CONDUCCION EN LA GERENCIA PUBLICA SE CARACTERIZA POR LA COMPLEJIDAD Y LA INCERTIDUMBRE, DADO QUE

- LA CONDUCCION DEBE RECONOCER Y TRATAR:
 - ✓ LA HISTORICIDAD DEL AMBIENTE Y DEL CONJUNTO SOCIAL
 - ✓ LOS CONTEXTOS CULTURAL, SOCIAL, ECONOMICO Y POLITICO
 - ✓ EL PLURALISMO Y LA FRAGMENTACION INSTITUCIONAL
 - ✓ EL CONFLICTO DE INTERESES Y LA LUCHA POR EL PODER
 - ✓ LA INTERDEPENDENCIA INTERNA Y EXTERNA
- LA CONDUCCION DEBE REALIZARSE CON UN ESTILO PARTICIPATIVO Y CONSENSUAL DE TODOS LOS ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS EN EL DESARROLLO
- CONSECUENTEMENTE, LA NEGOCIACION Y LA CONCERTACION SON SUS MECANISMOS FUNDAMENTALES PARA CREAR LA VIABILIDAD DE UNA INFLUENCIA GERENCIAL PARA LA ACCION CONJUNTA
- LO ANTERIOR IMPLICA LA NECESIDAD DE INCREMENTAR E INSTITUCIONALIZAR LA CAPACIDAD DE CONDUCCION ESTRATEGICA CON ENFOQUE SOCIAL



Perfil de la capacidad de conducción, caracterizado por las decisiones estratégicas en un ambiente complejo, cambiante e incierto. Donde la concertación, resultado de la negociación, es el medio para orientar a la participación de los múltiples actores sociales autónomos hacia objetivos comunes.

LA CAPACIDAD DE ADMINISTRACION

CARACTERISTICAS Y RETOS

LA ADMINISTRACION FACILITA LOS MEDIOS PARA EJECUTAR LAS DECISIONES, ORGANIZANDO Y APLICANDO TODOS LOS RECURSOS DISPONIBLES CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS OBJETIVOS Y PLANES DE ACCION CONJUNTA ELABORADOS Y CONCERTADOS POR LAS INSTANCIAS DE CONDUCCION EN LOS DIFERENTES NIVELES DEL PROCESO DE EJECUCION DE POLITICAS PUBLICAS

LA ADMINISTRACION EN GERENCIA PUBLICA SE HA DE CARACTERIZAR POR LA DESCONCENTRACION Y LA FLEXIBILIDAD, DADO QUE

- LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS DEBEN:
 - ✓ OPTIMIZAR EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS DISPONIBLES
 - ✓ RESPONDER A LOS COMPROMISOS INSTITUCIONALES FRENTE A LA SOCIEDAD
 - ✓ APOYAR AL MODELO INSTITUCIONAL DE PRODUCCION DE SERVICIOS ADOPTADO
 - ✓ INCORPORAR LA PARTICIPACION Y EL CONTROL SOCIAL
 - ✓ UTILIZAR LOS NUEVOS CRITERIOS Y MODALIDADES DE ASIGNACION DE RECURSOS Y CONTRATACION DE SERVICIOS
- CONSECUENTEMENTE, LA ADMINISTRACION CONSERVARA LA UNIDAD INSTITUCIONAL, PERO COMBINANDO SISTEMAS PLURALES Y CON LA POSIBILIDAD DE COMPLEMENTACION ENTRE LOS DIFERENTES ACTORES SOCIALES PARTICIPANTES
- LO ANTERIOR IMPLICA UN PROCESO PERMANENTE DE MEJORA Y ADAPTACION



Perfil de la capacidad de administración, caracterizado por los procedimientos para organizar y aplicar en forma óptima los recursos disponibles. La flexibilidad para adaptarse a nuevos criterios y modalidades es fundamental para que resulte útil, y no-obstáculo, en el logro de objetivos.

GERENCIA

ACCION INSTITUCIONAL que viabiliza

la **OPTIMA APLICACION DE RECURSOS**

para el **LOGRO DE OBJETIVOS** predeterminados,

mediante un proceso continuamente retroalimentado

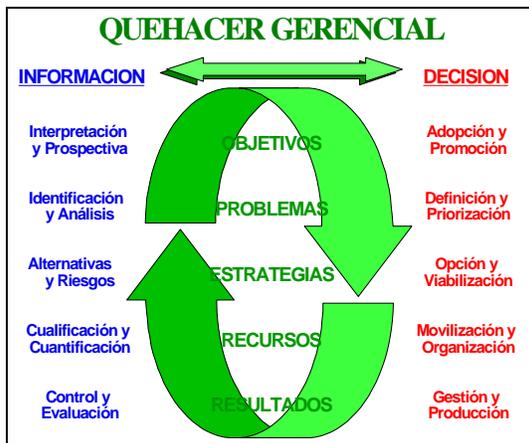
de **TOMA DE DECISIONES**

para la **ORGANIZACION Y EJECUCION DE ACTIVIDADES**

con base en **INFORMACION** cierta y pertinente



La gerencia la entendemos como acción institucional, mas que individual, que se construye con la participación de todos en las funciones de administración -aplicación de recursos- y conducción -logro de objetivos-, mediante los procesos de toma de decisiones, ejecución de actividades y de información retroalimentadora.



El quehacer gerencial se concreta en un proceso permanente de definición de objetivos, en relación a los cuales se identifican y priorizan problemas, Frente a los cuales se diseñan estrategias de intervención, que valoran y organizan los recursos necesarios para obtener los resultados esperados (de nuevo, objetivos).

Tal proceso es resultante de la interacción de informaciones y decisiones.



Lo anterior determina la función gerencial. Desde la perspectiva de proceso productivo, significa informarse para decidir la aplicación óptima de recursos, sobre lo cual se hace control para volver a planificar la ejecución.



La función gerencial, como acto humano, responde al mismo esquema: conciencia - información- mas voluntad -decisión- constituyen la actuación responsable de aplicar en forma óptima los recursos para responder a las necesidades que en el contexto social demandan la actuación de las personas e instituciones.



Desde la perspectiva pedagógica, la función gerencial implica el incremento de conocimientos -saber- para orientar la actitud -querer- para desarrollar las habilidades que constituyen el real poder resolver problemas -lograr objetivos-.



La gerencia como proceso institucional, eminente humano y participativo, requiere que la generación de la información, la toma de decisiones y la ejecución aplicativa se realicen en las dos instancias: conducción y administración.

Reservar la toma de decisiones para los niveles de conducción y la ejecución para los niveles de administración, reduciendo la información a datos archivados, significaría deshumanizar la función gerencial, hacerla improductiva y sin real poder de resolución.



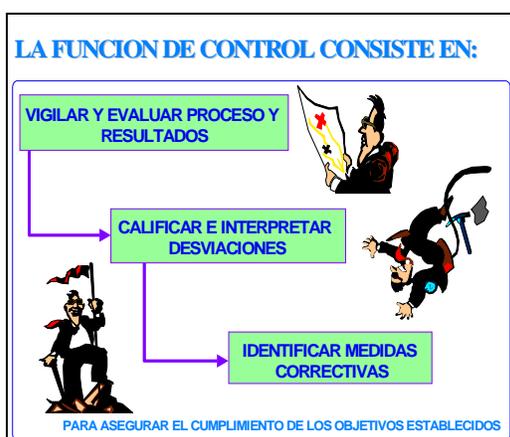
Dentro del enfoque expuesto, es conveniente repensar las funciones básicas de la gerencia, que deben mantenerse en permanente estado de interacción retroalimentadora.



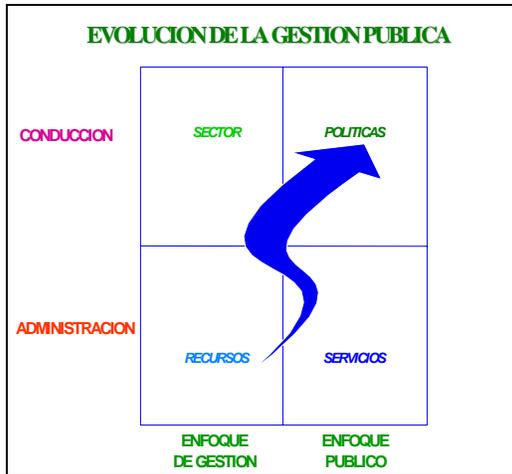
La planificación -toma de decisiones- inicia con el conocimiento -información- sobre los problemas que demandan acción -porque representan desviación de los objetivos-, continúa con la identificación y análisis de las alternativas de actuación frente a los problemas, para optar por la mejor forma de lograr una solución.



La aplicación de los recursos implica organizar, proveer y utilizar los medios para la mejor ejecución posible de lo planificado.



La función de control se realiza mediante tres subprocesos: vigilar el proceso y evaluar los resultados, para establecer y calificar las desviaciones entre lo ejecutado y lo planificado, y a partir de ello optar por las medidas correctivas Necesarias para lograr los objetivos deseables.



La gerencia en el sector público sigue lógicamente la evolución de la gestión pública: desde la administración de los recursos a la conducción de las políticas, pasando por un enfoque de gestión de recursos y del sector a un enfoque público de los servicios y las políticas. El enfoque actual es conducción de políticas públicas.



Consecuentemente, el desarrollo de la capacidad gerencial ha cambiado su énfasis desde la operación de procesos administrativos existentes a la transformación innovadora de los procesos, pasando por el diseño de nuevos sistemas de administración y las formas más efectivas de dirección. El reto actual de la capacidad gerencial es conducción de procesos de transformación

EL PERFIL DEL GERENTE PUBLICO CAMBIA PARA ...

ENFOCARSE NO SOLO EN LO TECNICO DE LA ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS PUBLICOS

TAMBIEN EN LO POLITICO DE LAS ACTIVIDADES COLECTIVAS Y DE LA GESTION PUBLICA

SER CADA VEZ MENOS ADMINISTRADOR Y PRODUCTOR DE SERVICIOS PUBLICOS

PERO MAS PROMOTOR Y CONDUCTOR DE LA PARTICIPACION SOCIAL HACIA PROBLEMAS Y VALORES COMUNITARIOS

Las evoluciones enunciadas están cambiando el perfil del gerente público: de administrador de recursos y servicios públicos para enfatizar el rol de conductor de la participación de actores sociales; desde la preocupación por la dimensión técnica a la consideración de los aspectos políticos de la gestión de políticas públicas, que cada vez más están siendo adoptadas y ejecutadas desde otras instancias no gubernamentales del Estado.

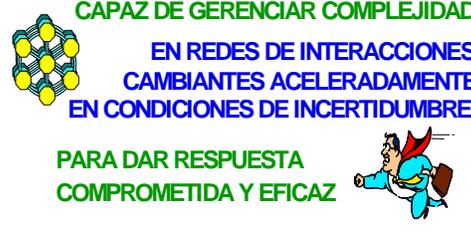
EL GERENTE PUBLICO DEBERA SER...

CAPAZ DE GERENCIAR COMPLEJIDAD
EN REDES DE INTERACCIONES
CAMBIANTES ACELERADAMENTE
EN CONDICIONES DE INCERTIDUMBRE

PARA DAR RESPUESTA
COMPROMETIDA Y EFICAZ

A INMENSAS NECESIDADES SOCIALES
CON SIEMPRE ESCASOS RECURSOS

POR ESO REQUIERE...




La capacidad del nuevo gerente público está siendo retada por la complejidad del manejo de las relaciones múltiples y cambiantes entre actores, intereses y potencialidades, para enfrentar la brecha entre recursos y necesidades sociales, mediante la organización de la mejor respuesta posible para lograr los objetivos de desarrollo de las comunidades. Complejidad, compromiso social y productividad son los tres criterios básicos para la construcción de la nueva capacidad gerencial.

NUEVAS CAPACIDADES...

CONSTRUIDAS SOBRE UNA ACTITUD CRITICA
PARA REPENSAR INTELIGENTEMENTE
Y CONSTRUIR CON ALTA CREATIVIDAD

BAJO PRESIONES Y RIESGOS
UNA RESPUESTA EFECTIVA
TECNICA Y POLITICAMENTE
AL COMPROMISO DE ALCANZAR

EL DESARROLLO HUMANO
EQUITATIVO Y SOSTENIBLE



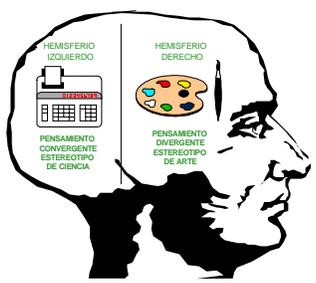

Capacidad que debe construirse sobre la base de una reflexión crítica de lo ejecutado, para aprender de la realidad, y elaborar propuestas innovadoras de actuación cada vez más concretas, pertinentes, efectivas y comprometidas para lograr el desarrollo deseable. Creatividad, riesgo y responsabilidad son los referentes de la nueva capacidad gerencial a desarrollar.

LA CAPACIDAD GERENCIAL IMPLICA CREATIVIDAD

HEMISFERIO IZQUIERDO
PENSAMIENTO CONVERGENTE
ESTRICTO DE CIENCIA

HEMISFERIO DERECHO
PENSAMIENTO DIVERGENTE
ESTEROTIPO DE ARTE

EL DESARROLLO DE LA CREATIVIDAD REQUIERE FORTALECER LA CAPACIDAD DE PENSAMIENTO DIVERGENTE



La nueva gerencia demanda el desarrollo de la capacidad creativa para buscar nuevas y mejores soluciones a los problemas no resueltos y siempre cambiantes; especialmente para una generación de gerentes formados en un modelo educativo que privilegiaba la respuesta memorizada y reprimía el pensamiento divergente.

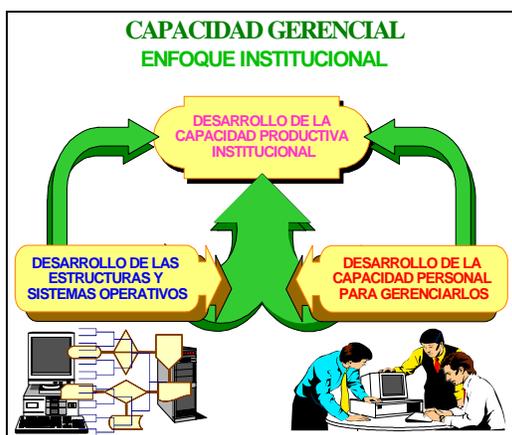
El alto grado de incertidumbre y desconocimiento de la realidad cambiante y compleja no se reducen mediante fórmulas preestablecidas y memorizadas.



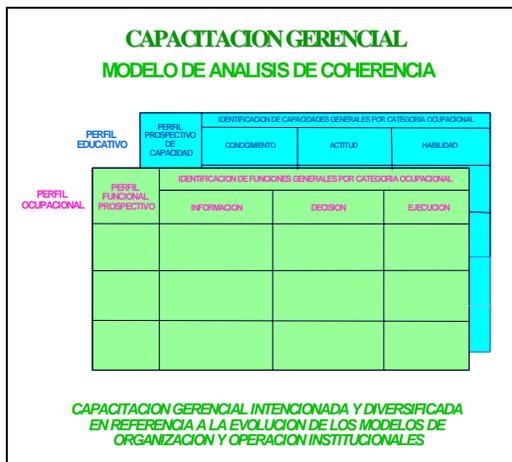
El administrador tradicional se ha caracterizado por la incapacidad de abordar situaciones nuevas o distintas a las previamente determinadas en la normativa.



En síntesis, el desarrollo de la capacidad gerencial implica una maduración personal de los gerentes para que sean capaces de comprometerse inteligentemente y responsablemente con el desarrollo de su sociedad. La sociedad actual demanda al gerente público, además de mejor técnica, un conjunto de valores que deberá promocionar y hacer efectivos en su quehacer institucional y social.



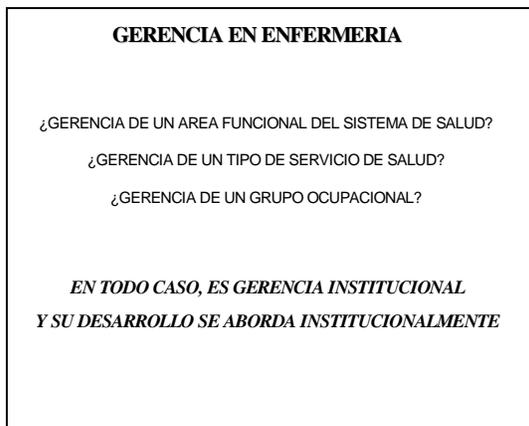
La capacidad gerencial se desarrolla en el contexto y mediante el desarrollo institucional que resulta de la interacción de los desarrollos de las estructuras, sistemas y capacidades humanas, y que se manifiesta en incremento de la capacidad de las instituciones sociales para resolver los problemas que justifican su existencia y la asignación de los recursos de la sociedad. La productividad social, medida en resolución eficiente y eficaz de los problemas de la sociedad, es el criterio de legitimización de las instituciones públicas y de su capacidad gerencial.



La capacitación gerencial debe responder a los requerimientos institucionales para operar adecuadamente los sistemas de acción substantiva y de apoyo.

Por ello se ha de planificar en relación a las funciones -información, decisión y ejecución- de cada grupo ocupacional, para que resulte un modelo de coherencia entre el perfil educativo -conocimientos, actitudes y habilidades- y el perfil ocupacional.

De ello resultarán procesos de capacitación diferenciada en función de las características ocupacionales y las necesidades educativas de cada grupo ocupacional.



El desarrollo de la capacidad gerencial en enfermería deberá partir, en primer lugar, de una clara identificación de qué se trata: de un área funcional -componente- dentro del sistema de salud, de un tipo de servicio -especialidad- dentro de la atención integrada a la salud, o de un grupo ocupacional -recurso- dentro de la estructura de la fuerza de trabajo.

Cada una de estas alternativas de dimensionar el desarrollo de la gerencia en enfermería tiene sus peculiaridades; pero, en todo caso, siempre habrá que entenderlo y abordarlo en referencia al desarrollo de la capacidad institucional -sistema, atención o conjunto laboral- para una gerencia orientada hacia la eficiencia, la calidad y la equidad.

2. DESAFÍOS DE LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**GLORIA MOLINA, DOCENTE FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA,
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUÍA, MEDELLÍN, COLOMBIA**

INTRODUCCIÓN

Una de las responsabilidades de los gobiernos es la de proveer servicios públicos a la comunidad, garantizando equidad, eficiencia, eficacia, calidad y economía. Sin embargo, dado el deficiente cumplimiento de esta función del Estado, de las crisis económicas, políticas y sociales, desde la década de 1980, se han dado tanto en países desarrollados como en aquellos de economía dependiente, una serie de cambios en la provisión de servicios públicos.

2.1 CONTEXTO PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1.1 Cambios políticos, económicos y sociales

En los países en desarrollo, las políticas de ajuste estructural y de estabilización económica han generado un mayor empobrecimiento de la población, un aumento del desempleo y disminución de los salarios, aspectos que han sido determinantes en la generación de problemas sociales, la limitación en el acceso a los servicios de públicos, etc. y por tanto a disminuir las posibilidades de bienestar de la población.

Lo anterior se confirma con la siguiente afirmación de la OMS (1998:25) "La mundialización de las políticas de ajuste estructural en el sector sanitario ha impulsado una cultura mundial de reforma de los sistemas de salud y aunque los datos no son concluyentes, varios trabajos parecen indicar que las políticas de ajuste se correlacionan con un deterioro de la salud de los grupos vulnerables, como los niños, y del bienestar de los pobres en zonas rurales y urbanas". En muchos países el ajuste económico significa también la liberalización de los mercados laborales en aras de la competencia, con la consiguiente erosión de los derechos laborales básicas y de la reglamentación sobre salud y seguridad, así como del acceso a las prestaciones tales como los servicios de guardería y la licencia de maternidad. La progresiva flexibilidad del mercado laboral conlleva nuevas formas de empleo y de producción, donde predomina los bajos salarios, precariedad de condiciones de trabajo, corta duración de los contratos, predominio de mano de obra femenina".

Sin embargo, la difusión de tecnologías modernas y de ideas entre los países brinda oportunidades prometedoras para mejorar la salud mundial en el futuro.

2.1.2 Nuevas Tendencias en la Gestión de los Servicios Públicos

La gestión pública después de la Segunda Guerra Mundial fue desarrollada dentro de organizaciones burocráticas y jerárquicas las cuales, a través del tiempo, llegaron a ser demasiado centralizadas, ineficientes y altamente costosas, con baja cobertura de los servicios y poca capacidad para satisfacer las necesidades de la población. Además alcanzaron un nivel de aislamiento y retraso tecnológico que las hizo muy lentas o incapaces de responder a las demandas de la comunidad y del mercado. Por otro lado el surgimiento de grupos sociales y políticos que exigían mayor equidad en la provisión de los servicios contribuyó a generar la necesidad de profundos cambios en la gestión del sector público.

Desde principios de la década de 1980, se evidenciaron continuos procesos en los diferentes niveles del gobierno, especialmente en los países industrializados, encaminados a garantizar la eficiencia del Estado a través de sus instituciones mejorando así la entrega de servicios públicos. Algunas estrategias como la descentralización y la participación comunitaria han sido una respuesta a la presión económica, política y social que ha demandado cambios en la distribución y el uso del poder, igualmente en el desarrollo económico y social de la sociedad. En el mismo sentido la crisis económica internacional y nacional, especialmente en los países de economía dependiente, la presión de las agencias internacionales como el Banco

Mundial y el Fondo Monetario Internacional entre otros, han exigido un cambio en la dirección y manejo del sector público.

La *antigua administración pública*, desarrollada en la postguerra y hasta la década del 1970, se caracterizaba por departamentalismo, el dominio de grupos profesionales, la centralización, el paternalismo y los procesos burocráticos. Mientras que la *Nueva Administración Pública (NAP)*, impulsada en la década de 1980, se caracteriza por descentralización, fraccionamiento de las instituciones que han sido monopolios, separación de servicios¹, definición de objetivos y gestión organizacional centrados en el usuario, en la dirección estratégica y cultura corporativa.

La N.A.P. representa entonces un desafío en el proceso de reestructurar el sector público, cambiando la estructura y el manejo de las instituciones mediante la implementación de diferentes técnicas, principios y modelos provenientes del sector privado con el objeto de lograr mayor eficiencia, eficacia, calidad, economía y equidad en los servicios. Según Ewan, F. (1997:3-4) la Nueva Administración Pública se ha caracterizada por cuatro tendencias:

Privatización a gran escala

De esta manera muchas industrias y empresas estatales de carácter nacional son vendidas a los trabajadores y/o accionistas privados. La privatización se da bajo el argumento de lograr mayor eficiencia y efectividad del sector a través de la competencia, el incremento de la responsabilidad y posibilidad de escogencia por parte de los consumidores, y la atracción de capital privado en función del servicio público (Batley, R. 1996:748). Este mecanismo es también utilizado para disminuir el déficit fiscal de los gobiernos.

Sin embargo la introducción del sector privado en la prestación servicios públicos conlleva riesgos tales como (Walsh, 1995, citado por Batley, R. 1996:748):

- la falta de voluntad de los contratistas para enfrentarse con áreas poco rentables y beneficiarios pobres generada por el ánimo de lucro;
- la presión para incrementar los precios y monopolizar situaciones;
- la falta de atención a los servicios con externalidades positivas o negativas;
- la quiebra o colapso de servicios esenciales;
- dificultades para coordinar múltiples prestadores;
- incremento de costos administrativos;
- necesidad de mayores procesos de auditoría y control; y
- el riesgo de sobresaturación

Igualmente la evidencia de una mayor eficiencia y efectividad a través de la privatización o la contratación de servicios públicos requiere ser exhaustivamente estudiada especialmente en los países de economía dependiente. Aún en los países

¹ *Vertical unbundled*: consiste en separar la generación de la distribución del servicio; *horizontal unbundled*: el servicio puede ser fraccionado geográficamente o por categoría de servicio.

desarrollados, donde la privatización ha avanzado rápidamente como en el Reino Unido, los Estados Unidos, Nueva Zelandia, Japón, Australia y donde además han habido importantes ganancias a través de la contratación, una revisión reciente reporta que es mejor ser escépticos acerca de los datos de eficiencia generados por la introducción de los mecanismos del mercado, en algunos sectores como salud (Batley, R. 1996).

Con la privatización, el rol del estado cambia con relación a la propiedad, el funcionamiento, el control y la regulación de los servicios, dado que este proceso no es siempre una transferencia de activos del sector público al privado. La capacidad de los gobiernos para asumir el rol en el manejo de las relaciones con el sector privado es un asunto político importante al cual hasta ahora se le ha dado poca importancia en la investigación de los sistemas de salud en los países en desarrollo.

Los países en desarrollo están experimentando un empuje hacia la privatización causado principalmente por el déficit fiscal y la presión de los prestamistas u organizaciones internacionales, particularmente como parte de los programas de Ajuste Estructural² impulsados por el Banco Mundial. Sin embargo el beneficio de esta tendencia es cuestionable en el contexto social, político y económico de los países menos desarrollados, dado que estos programas se toman basados en los logros en los países industrializados, en los cuales el contexto socioeconómico y político es bastante ventajoso en contraste con primero.

Administración y mercadeo

Se crea un "Quasi-market" dentro del sector público, donde las organizaciones se compran y venden servicios unas a otras, mediante mecanismos de coordinación establecidos por contrato, eliminando sus estructuras jerárquicas. El financiamiento, regulación y control del mercado es estatal y un número creciente de proveedores independientes puede competir por los contratos. Igualmente se implementan técnicas administrativas provenientes del sector privado para lograr mayor eficiencia y calidad de los servicios públicos. Muchos de los cambios recientes en la gestión del sector público han involucrado estrategias para ganar ventajas de los mecanismos del mercadeo (Walsh K, 1995). La contratación tiene una gran importancia en este esquema y la competencia busca reducir precios y mejorar la calidad de los servicios.

Las teorías sobre las fallas del Estado defienden los mecanismos del mercado competitivo sobre la base de la eficiencia, dado que la falta de competencia genera una ineficiente asignación y utilización de los recursos. Sin embargo la intervención del Estado tiene que ser decidida en las situaciones en las cuales el mercado privado falla, tales como las señaladas por Batley, R. (1996:726):

² La política de Ajuste Estructural, decisivas para la liberalización de la economía y el comercio, tienen gran repercusión en la salud pública. El objetivo de los programas de ajuste estructural es reducir el peso de las instituciones del Estado en las economías nacionales y abrir éstas a la competencia internacional mediante la reducción de las barreras comerciales y la desregulación del mercado (OMS, 1998:25).

- En los servicios o productos que son públicos por naturaleza y que las empresas privadas no los proveerían completa o adecuadamente, donde no hay un costo específico por consumirlo, no se excluye a quienes no paguen y para el cual los consumidores no tienen que competir. Ej. El servicio de policía, el alumbrado público, la limpieza pública donde los beneficiarios son colectivos. No se puede medir cuánto consume cada beneficiario y el servicio no se agota por ser consumido.
- En una variedad de circunstancias, aún donde la empresa privada opera, y pueden haber fallas para lograr eficiencia debido a diferentes causas como: una tendencia al monopolio, las inversiones necesarias son tan grandes y/o de retornos tan inciertos que las firmas privadas no están preparadas para emprenderlas; la sociedad se beneficiaría de la extensión del servicio, aunque los beneficiarios directos pueden ser involuntarios o incapaces de pagar por él, generando externalidades positivas, ejemplo la vacunación; y los consumidores y productores tienen poco conocimiento para hacer una escogencia informada.
- Productos/servicios meritorios. En cualquier sociedad deben existir compromisos básicos para garantizar que toda la población tenga acceso a ciertos productos y servicios a pesar de la falta de capacidad o voluntad de pagar el precio del mercado, ej. Educación y salud. *Por ello, los servicios públicos de beneficio colectivo, con altas externalidades no deben estar sujetos a las fuerzas del mercado privado.*

Un énfasis en hacer mas con menos

La nueva gestión del sector público debe llevar a un incremento de la productividad y la eficiencia, para lo cual son de gran importancia los indicadores de desempeño, el control financiero, los estudios de costos, el mejoramiento de los sistemas de información, la implementación de sistemas de auditoría, etc. Evaluando algunas formas de contratación utilizadas en el sector salud se podría identificar el incremento de la productividad en algunos servicios como los quirúrgicos, y cambiar así procesos administrativos y asistenciales para racionalizar los recursos mejorando la calidad.

Mantenimiento de la Gestión para Mantener el Cambio, en otros términos, Gestión para el Cambio

Dentro de esta tendencia, los cuadros directivos en los diferentes niveles de las organizaciones deben ser profesionales con amplias habilidades administrativas y gran capacidad de liderazgo. Ellos deben ser mas proactivos para lograr un cambio efectivo dentro del sector público, introduciendo un estilo administrativo flexible y descentralizado. En esta directriz, el liderazgo carismático y transformacional tienen gran importancia para conducir las organizaciones hacia el logro de sus metas y el cumplimiento de su misión.

2.1.3 Tendencias de la Gestión de los Servicios de Salud

Como parte importante del sector público, desde la década de 1970 y con mayor énfasis en la década de 1980, los sistemas de salud han estado en la agenda de los gobiernos y han sido objeto de permanentes análisis y reformas que han implicado el desarrollo de nuevos modelos para la prestación de mas y mejores servicios para un número mayor población. Estos cambios son parte de las reformas del sector público en su totalidad y han sido iniciados en los países desarrollados y luego en aquellos de economía dependiente, buscando mayor eficiencia, equidad, economía, efectividad, calidad y solidez financiera para garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud.

Un sistema de Salud es definido como la "combinación de recursos, la organización y administración de los mismos que culmina en la entrega de servicios de salud" (Roemer, 1991). Para Hurst, 1991; Frenk, 1994 "es la naturaleza de las relaciones entre los diferentes actores lo que caracteriza el sistema de salud". Estos actores son: el Estado y sus organizaciones gubernamentales, la población, las instituciones de salud públicas y privadas, las organizaciones sociales, comunitarias y políticas, las instituciones educativas, los proveedores de insumos, etc. La gestión de los servicios de salud involucra la planeación, organización, dirección, coordinación y control de los recursos y los actores del sistema.

La OMS define *la salud como un estado de bienestar físico, mental y social o no solamente la ausencia de enfermedad*. La tarea del sistema de salud es promover la salud, prevenir los riesgos, evitar las enfermedades, las discapacidades y las muertes prematuras. "*Todas las naciones se enfrentan a la ineludible tarea de esforzarse por proveer salud para todos*". (Fry. 1995:1). El gobierno es responsable de asegurar la provisión, regular y garantizar los servicios de salud para todos los ciudadanos; su producción y entrega puede ser hecha directamente por las organizaciones de carácter público o indirectamente a través de contratación con el sector privado, organizaciones comunitarias, ONGs, etc.

Una política sanitaria es satisfactoria, cuando genera mejores condiciones de salud, satisfacción de los usuarios, mayor equidad y menores costos. Se logra igualdad en la atención a la salud cuando a igualdad de necesidades se da igual acceso e igual utilización de la atención existente, con la misma calidad de servicios para todos. (Banco Mundial. Citado por Laurel, A.C.1994:30-31).

En Latinoamérica, la mayoría de los países están introduciendo cambios en las políticas sanitarias y han emprendido reformas en el Sistema de Salud como parte de la reforma del sector público, las cuales han recibido asistencia técnica

Formas de financiación

Formas de pago de los servicios

Definición de paquetes de servicios según grupo de población

Modelos de Organización de Servicios tales como:

Política de descentralización

Reorganización interna de las organizaciones de salud

La reforma de las instituciones y el desarrollo de las mismas es esencial para el logro de las metas dado que es a través de ellas que se materializan las estrategias. Estas deben implementar mejores estilos de gestión flexibles y descentralizados y técnicas administrativas para incrementar la eficiencia, la calidad y la efectividad de los servicios. Introducción de mecanismos de garantía de calidad, auditoría y control en todos los niveles del sistema y de las organizaciones aseguradoras y prestadoras de servicios.

Mejoramiento del desempeño de los empleados del sector público

Con ello se busca emplear menos personal y mejor pagado, creando incentivos ligados al desempeño, mejorando la descripción de los puestos de trabajo, etc.

Mayor Participación del sector privado en la prestación de Servicios Públicos

El sector privado toma un rol más amplio en la prestación de servicios públicos, fortaleciendo el desarrollo de diferentes sistemas de contratación, transfiriendo técnicas administrativas del sector privado al sector público y/o vendiendo activos públicos al sector privado. Esto implica el manejo de la competencia y creación del mercado interno entre las compañías de aseguramiento y los productores que venden los servicios a múltiples compradores, las aseguradoras, el Estado, y entre las organizaciones de salud.

La OMS reconoce “ que la tendencia a la privatización del financiamiento y la asistencia, puede repercutir muy negativamente en los mas necesitados: los niños, los pobres, los discapacitados y los ancianos” (OMS, 1996-b:15).

Desarrollo de la Legislación

Este es un ingrediente esencial de la gestión de los servicios de salud y el soporte legal del sistema, donde el estado juega un rol fundamental en definir la forma de organización, el tipo, el costo, las formas de financiación y el acceso a éstos; el papel de los diferentes actores, los grupos prioritarios, el rol del sector privado y los mecanismos de control entre otros.

Todos los componentes de las reformas del sistema de salud, que se están llevando a cabo en los países menos desarrollados y dentro de ellos los países latinoamericanos, requieren la participación activa de los profesionales de la salud para su evaluación, redefinición, e implementación, buscando un equilibrio entre la marcada tendencia a la rentabilidad económica y la necesidad de una mayor contribución al desarrollo social. En estas reformas, ha estado predominando la intervención del mercado privado y su inherente ánimo de lucro, la transferencia de las responsabilidades del Estado a la población en relación a la provisión de servicios de salud, etc. lo cual no es coherente con las estrategias impulsadas por la OMS para de búsqueda de la equidad y la protección de los grupos más vulnerables.

2.1.4 Aspectos Epidemiológicos

Desde el punto de vista epidemiológico, según los datos reportados por la OMS (1997:1) “las enfermedades infecciosas son la principal causa de defunción en el mundo; anualmente mueren a causa de ellas, no menos de 17 millones de personas, en su mayoría niños pequeños. La mitad de los 5.720 millones de personas que habitan el planeta están expuestas a muchas enfermedades endémicas”. La alta prevalencia o reaparición de enfermedades prevenibles y aparición de nuevas

enfermedades que se constituyen en problemas de salud pública tales como el SIDA, demandan replanteamientos de las políticas sanitarias y de otros sectores que contribuyen directa o indirectamente con la atención de salud. Igualmente la estrecha relación entre las condiciones socioeconómicas y políticas con las condiciones de salud, llevan a la necesidad de acciones multisectoriales que contribuyan al logro de condiciones de bienestar.

La población de las Américas, especialmente de América Latina continua en crecimiento y llegará a 528 millones en el año 2000; y aunque es predominantemente joven, la proporción de mayores de 65 años se incrementa progresivamente, y la concentración de conglomerados urbanos es mayor lo cual implica aumentos importantes en la demanda de servicios de salud y de servicios sociales. Por ello “a pesar del progreso en el mejoramiento de los servicios de salud, las estimaciones disponibles señalan que se requerirán extraordinarios esfuerzos para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 (OPS 1990:3).

Lo anterior conlleva a la necesidad de fortalecer la estrategia de la *Atención Primaria en Salud en su verdadero sentido*, definida desde 1978, y encaminada a lograr salud para todos en el año 2000, la cual implica un cambio en la filosofía, las políticas, la planeación y la organización de los servicios de salud. Actualmente se requiere su aplicación en una dimensión compatible con una nueva expresión de esta materializada en la iniciativa de “Municipios/Ciudades Saludables” definida en la Carta de Ottawa e impulsada también por la OPS/OMS desde 1991.

2.2 DESAFÍOS PARA LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA

Los aspectos mencionados anteriormente como son los cambios políticos, sociales y económicos; los cambios en la gestión del sector público, las reformas del sistema de salud y de sus organizaciones, los cambios epidemiológicos, la necesidad de retomar la estrategia de Atención Primaria de Salud e impulsar la iniciativa de Municipios Saludables, entre otros, representan desafíos importantes para la gestión de los servicios de salud y por ende para la gestión de enfermería.

Los problemas sociales y económicos, la disminución de las condiciones de bienestar de la población más pobre generados principalmente por las políticas y programas de ajuste estructural y estabilización económica introducidos en los países menos desarrollados demandan políticas, estrategias y acciones de salud que amortigüen estos efectos sobre las condiciones de salud de la comunidad.

La enfermería tiene un rol clave en todos los niveles del sistema y por tanto el personal de enfermería y especialmente los profesionales de esta disciplina están llamados a hacer importantes contribuciones para el desarrollo de sistemas y servicios de salud integrales, eficientes, eficaces, equitativos, de buena calidad para lograr salud para todos. Por ello la situación descrita representa desafíos importantes para la gestión de los servicios de enfermería los cuales pueden centrarse en los siguientes ámbitos:

2.2.1 Participar e influir en la definición y análisis de políticas de salud

Los servicios de enfermería tradicionalmente han estado involucrados principalmente en la prestación directa de los servicios de salud y según la OMS (1996a) han jugado un papel decisivo en la implementación de las estrategias de Atención Primaria en Salud en todos los países. Tanto la evolución en el nivel de capacitación del personal de enfermería y su experiencia en la gestión directa de servicios, así como los profundos y variados cambios generados por las reformas del sistema y de los servicios de salud, los avances tecnológicos, la necesidad de una mayor investigación en el campo de la salud abren nuevos campos de acción para la gestión de enfermería e implican una activa participación de esta disciplina en todos los niveles y ámbitos del sistema y de sus organizaciones, incluyendo la definición de políticas.

A pesar de los avances en el mejoramiento de la cobertura de los servicios de salud, existe cada vez mayor disparidad en la accesibilidad a estos servicios entre los países desarrollados y subdesarrollados y entre ricos y pobres de los países de todas las etapas del desarrollo económico (OMS.1996). Esto implica replantear las políticas y estrategias encaminadas a lograr equidad y justicia en el acceso a la salud, las cuales van mas allá de las reformas del sistema de salud, dado que la salud esta ligada a factores socioeconómicos, políticos, laborales, etc. De acuerdo con Frenk, J. (1994:20) *"la estructura económica, las formas de organización social, los esquemas de participación política, las características del medio ambiente, el grado de urbanización, la situación de fecundidad, los niveles educativos, las expectativas sociales, los avances tecnológicos, las condiciones y los estilos de vida, son todos determinantes cruciales de la salud, a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta"*. Esto justifica la intervención intra y multisectorial en el abordaje de la problemática de salud.

Las reformas del sector salud requieren el concurso de un personal de salud capaz de aportar conocimientos técnicos y científicos para garantizar que toda la población tenga acceso a la atención básica de salud. Para ello se requiere la utilización eficaz de los recursos humanos, la cooperación intersectorial y la asociación entre individuos y comunidades. (OMS, 1996a:3). En este sentido, el ejercicio de la enfermería ha demostrado su constante flexibilidad al responder a los cambios demográficos, económicos y sociales; y por ello sus acciones son un componente clave de la asistencia sanitaria de todos los ámbitos y niveles. Se extiende desde la participación en la definición y evaluación de políticas y la realización de investigaciones hasta la prestación de toda la gama de servicios como la Atención Primaria de Salud en regiones apartadas de países en desarrollo.

Por tanto la profesión de enfermería puede influir estratégicamente en las políticas sanitarias- sea en el nivel local, regional o nacional- mediante el establecimiento de un orden de prioridades, la participación activa en la planificación de programas sanitarios y la asignación de recursos, la obtención, el análisis y suministro de información en todos los niveles. "Las enfermeras que ocupan posiciones

de liderazgo deben ser capaces de influir en los mecanismos de adopción de decisiones que establecen prioridades y asignan recursos para la atención de salud” (OMS 1996a:16).

Según la información reportada en el estudio realizado por Castrillón, C y Otros (1999:27), se afirma que “a pesar de que el personal de enfermería constituye un grupo básico en las instituciones de salud, tiene escasa participación en la vida de la empresa, es el grupo más silencioso socialmente y de menor incidencia en las decisiones políticas, de gestión y económicas”, el común denominador es que el personal de enfermería sigue estando marginado de la toma de decisiones y la definición de políticas en salud.

La definición de políticas de salud implica un análisis sectorial amplio que permita identificar las posibles formas de gestión y organización del sistema de salud, las acciones intersectoriales necesarias para lograr los objetivos de salud y la capacidad operativa de este sector con énfasis en la gerencia y producción de servicios en el nivel local (Puentes-Markides y Huertado.1994: 171).

Se requiere abrir espacios para enfermería en los niveles estratégicos del sistema y de las organizaciones de salud, para dar cabida y aprovechar las fortalezas, la experiencia en la asistencia directa y en la organización de servicios de salud de profesionales de enfermería lo cual les permite ser capaces de hacer grandes aportes para generar políticas y estrategias de salud viables. Esto implica un fortalecimiento de la capacitación para ampliar los conocimientos y habilidades requeridas para este fin.

2.2.2 Contribuir eficazmente en el Diseño y Organización de Servicios Integrales de Salud

La OMS (1996b:4-5), define la *integración en términos funcionales* como una serie de operaciones encaminadas en esencia a aunar estructuras administrativas, funciones y actitudes mentales, independientes de otros efectos, de manera que se combinen hasta formar un todo. También, se definen los servicios integrados de salud en términos de *organización* como los servicios necesarios para la protección sanitaria de una zona determinada y que se presentan con subordinación a una sola dependencia administrativa o de varias pero con los mecanismos adecuados para su coordinación. Mas específicamente *la integración de los servicios de salud consiste en reunir funciones comunes, existentes en una o varias organizaciones, para resolver problemas comunes, comprometerse con una concepción de los problemas y unas metas compartidas y utilizar tecnologías y recurso comunes para alcanzar esas metas. Se trata de promover servicios de Atención Primaria de Salud que estén plenamente integrados bajo la administración de un equipo de personal sanitario de distrito dirigido por una administrador competente con el fin de sacar el máximo rendimiento de los recursos escasos”* (OMS. 1996-b:4-5).

La Atención Primaria en Salud es una estrategia esencial para lograr mayor cobertura, equidad, accesibilidad, costos racionales, efectividad del sistema de salud y

generar mayor bienestar de la comunidad. La declaración de Alma Ata en 1978 definió la *Atención Primaria en Salud como un cuidado esencial que conduce a un mejor cuidado, mayor satisfacción, economía y efectividad; y de acuerdo con Fray, J. Light, D. (1985:XIII, 1), "esta estrategia es la piedra angular para cualquier sistema de salud y la mejor base para reducir riesgos y enfermedades"*. En los países en desarrollo se requiere retomar y adoptar directrices encaminadas a la integración de la atención en salud, impulsando las nuevas iniciativas de la OMS, en la cual la estrategia de APS es redimensionada y fortalecida mediante estrategias como los SILOS y la *iniciativa de ciudades saludables*, en Colombia Municipios Saludables por la Paz, las cuales permitirán avanzar en el mejoramiento real de las condiciones de salud de las comunidades.

"En muchos países, la salud sigue incumbiendo a un único ministerio en lugar de ser una meta a la que contribuye cada sector o ministerio de manera consciente y coordinada. Se necesita una acción integrada, pero las complejas interacciones y la creciente interdependencia internacional actual puede también obstaculizar la creación de entornos propicios para la salud. Por ejemplo, la integración-globalización de la economía, de los mercados financieros, y del comercio a escala mundial ha dado lugar, en muchos casos, a una mayor marginación de las poblaciones más pobres cuyo estado de salud era ya malo" (OMS.1998:22).

Algunas estrategias de la reforma del Sistema de Salud en Colombia iniciada en 1993, como la intervención del mercado privado en todos los niveles de atención y en el sistema de aseguramiento, sin que se contara previamente con la infraestructura técnico-administrativa básica y los mecanismos de control, han llevado a la dispersión de responsabilidades y de recursos, la desintegración de los servicios, y la disminución de los programas de promoción de la salud y

Existe entonces un gran desafío para la gestión de enfermería dentro de la gestión de los servicios de salud, el aprovechar las fortalezas de esta disciplina y su concepción y visión holística de los servicios de salud, para integrar las acciones curativas intrahospitalarias y ambulatorias en los diferentes niveles de atención con las de promoción de la salud y prevención de enfermedad en el ámbito comunitario,

desarrollando estrategias para recuperar y desarrollar servicios integrales e integrados, al menos en el primer nivel de atención.

En muchos casos las acciones comunitarias influyen en una mejor gestión institucional, en la medida en que se racionaliza la demanda de servicios, evitando la sobresaturación de las instituciones por demanda “innecesaria”, y permitiendo una mejor calidad de atención para quienes más lo necesitan.

El desarrollo de servicios integrados implica un Liderazgo de enfermería en la gestión del trabajo intersectorial. Las habilidades de enfermería para el trabajo comunitario son un ingrediente de mucha importancia para motivar el trabajo intersectorial en salud. Ha sido parte importante de la formación de personal de enfermería en trabajo interdisciplinario y con las comunidades, lo cual facilita relación y comunicación intersectorial con los diferentes grupos sociales e influir en el desarrollo de acciones conjuntas en salud.

El desafío principal está en mejorar los conocimientos y habilidades en los diferentes campos que permiten desempeñar un rol eficiente y eficaz de la gestión de los servicios de salud que repercute en las organizaciones y en el sistema. Esto implica ir más allá de la gestión específica del servicio de enfermería y del personal involucrado en este servicio para dar cabida a la gestión integral de los servicios de la organización como un todo. Para ello los profesionales de enfermería deben tener espacios de participación en los niveles estratégicos de la organización y del sistema tanto como en la prestación directa de los servicios de salud.

La integración multisectorial especialmente a nivel local/distrital es una condición necesaria para lograr un mayor desarrollo social político y económico, dado que es ampliamente reconocido que para mejorar en forma sostenida el estado de salud de la población, es indispensable avanzar conjuntamente en la solución de una amplia gama de aspectos socioeconómicos.

El trabajo intersectorial permite el diálogo de saberes entre los participantes aprovechando sus conocimientos y experiencia en función de objetivos comunes. Este supone el aprendizaje y fortalecimiento de valores de una cultura democrática para el aprovechamiento y el respeto por la diferencia, para aceptar la complementariedad interdisciplinaria e intersectorial, *dado que ninguna disciplina es suficiente en sí misma para resolver problemas complejos como los que enfrenta el sistema de salud.* Para enfermería, como para las demás profesiones, implica fortalecer la formación como ciudadanos, además de los conocimientos técnicos y científicos propios de la disciplina.

2.2.3 Participación Activa en el Desarrollo de Nuevos Modelos para la Gestión de los Servicios de Salud

Las estructuras organizacionales de las instituciones de salud se han caracterizado por su centralización y jerarquización. Dentro de ellas la gestión de los

servicios de enfermería ha reproducido este modelo jerarquizado, con una lenta capacidad de respuesta al cambio y a las demandas de los usuarios.

En las circunstancias actuales, los profesionales de la salud son los llamados a ser los protagonistas de la creación de nuevos modelos de gestión de los sistemas y de los servicios de salud, quienes trabajando conjuntamente con otras disciplinas y con otros sectores serán capaces de implementar nuevas y más apropiadas formas de gestión teniendo en cuenta los diferentes aspectos que influyen e intervienen en la efectividad, eficiencia, economía y calidad del sistema.

Teniendo como base las tendencias surgidas con la Nueva Administración Pública, algunos autores como Ewan, F. (1997) han identificado cuatro modelos o estilos de gestión que se han estado implementando en las organizaciones públicas (Figura 1), los cuales han permeado las organizaciones de salud y según el contexto político, social y económico, la legislación vigente, el nivel de desarrollo sanitario, los objetivos del sistema y las necesidades de la comunidad en cada país, entre otros aspectos, cada organización tiende más hacia uno de los modelos, involucrando algunos componentes de los demás.

Figura 1

Modelos de Gestión en la nueva Administración Pública

Búsqueda de la eficiencia	Descentralización y flexibilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del volumen de actividades con los mismos recursos • Control financiero, • Control de gestión, • Auditoría • Énfasis en la atención al cliente • Menos regulación, • Pagos según desempeño, • Menos influencia y poder de los grupos profesionales y sindicatos • Énfasis en la dirección y perfiles directivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el mercadeo, • Cambio de la administración jerárquica hacia la contratación y el desarrollo local, • Eliminación de niveles administrativos y reducción de recurso humano en los niveles centrales e intermedios de las organizaciones, • Separación de aseguradoras y productores de servicios • Cambia la dirección y control por nuevos estilos administrativos, • Estimulo a formación redes de organizaciones y alianzas estratégicas, • Flexibilidad de la gestión
Búsqueda de la excelencia (Human Relation School of Management)	Orientación al servicio público
<ul style="list-style-type: none"> • Gran importancia a la cultura y el desarrollo organizacional: valores, cultura, ritos y símbolos; • Énfasis en los procesos de aprendizaje • Manejo del cambio basado en los valores culturales de los empleados y de la organización • Enfoque humanístico que estimula el autodesarrollo y participación • Énfasis en el liderazgo carismático y transformacional mas que el liderazgo transaccional 	<ul style="list-style-type: none"> • Fusión de estilos administrativos de los sectores público y privado • Énfasis en la misión del sector público diferenciado del sector privado • Elevar la calidad administrativa involucrando prácticas del sector privado • Garantizar la responsabilidad social de los servicios • Mayor preocupación por la calidad del servicio • Enfasis en el usuario y la relación con la ciudadanía • Devolución del poder a la autoridad local • Escepticismo en el mercado en el sector público

En Colombia, en algunas organizaciones de salud se ha dado una tendencia marcada hacia la eficiencia basada en el aumento del volumen de actividades con los mismos o menos recursos, con una carencia de estrategias para garantizar la calidad, motivado especialmente, en el sector privado, por el ánimo de lucro. Esto conlleva problemas éticos en la prestación de los servicios, los cuales repercuten negativamente en los valores de los individuos y de la comunidad, desvirtuando y contradiciendo los principios sobre los cuales se fundamenta la reforma del Sistema de Salud.

En el Modelo de Orientación al Servicio Público se involucran técnicas administrativas tomadas del sector privado para mejorar la calidad, la eficiencia y la efectividad de las organizaciones, en función de cumplir los principios, los objetivos y responsabilidades del estado como garante de la atención pública.

La descentralización del Estado hacia los niveles territoriales contribuiría a un mayor desarrollo local, fortaleciendo la participación ciudadana; y al interior de las organizaciones de salud implican el desarrollo de un modelo de gestión *descentralizado y flexible*, que garantice espacios para la participación de los empleados, los usuarios y la comunidad; y que apoyados en mejores técnicas administrativas y estrategias de desarrollo del recurso humano lleven a mejorar la eficiencia, la calidad, la efectividad, la economía y la equidad de las organizaciones y del sistema como un todo.

Quinn (1988: 48-54) propone modelos de gestión basados en el análisis de los valores en función de la efectividad y la cultura de las organizaciones. Este autor identifica cuatro estilos de gestión, los cuales pueden ser aplicables a las organizaciones de salud (figura 2):

Modelo basado en las Relaciones Humanas

Hace énfasis en la cohesión, la moral y el desarrollo de los recursos humanos con el objeto de alcanzar un alto compromiso de los empleados con el logro de la misión, los objetivos y las metas de la organización y de la comunidad.

Modelo de Sistema Abierto

En el cual se enfatizan la flexibilidad, la prontitud tanto como el crecimiento, la adquisición de recursos y el soporte externo tendientes a la expansión y la adaptabilidad de la organización.

Modelo de Metas Racionales

Involucra la planeación, el establecimiento de metas, la productividad y la eficiencia tendientes a la maximización de resultados.

Modelo de Procesos Internos

El cual esta basado en el manejo de la información y la comunicación en función de la estabilidad y el control tendientes a la consolidación y la continuidad.

La combinación de los valores de los modelos uno y dos tienden a la descentralización y la diferenciación de las organizaciones. Los modelos dos y tres tienden a lograr una posición competitiva, los modelos tres y cuatro tienden a la centralización y la Integración y los modelos uno y cuatro tienden hacia el mantenimiento de un sistema socio-técnico.

Tanto los modelos de Ewan, F. como los de Quinn tiene aspectos compatibles; aunque es difícil encontrar una organización con un modelo puro. Sólo existe prevalencia de ciertas estrategias o valores en cada organización, de acuerdo con sus objetivos.

El tipo de gestión y organización de las instituciones de salud y del sistema en general requiere ajustarse a las prioridades, los recursos disponibles, las condiciones sociales, políticas y económicas y a los objetivos y metas a lograr, contribuyendo al desarrollo social y económico de cada país. Chiavenato (1992:10) afirma *“a medida que la administración se enfrenta con nuevos desafíos y nuevas situaciones que se desarrollan con el transcurrir del tiempo, las doctrinas y las teorías administrativas necesitan adaptar sus enfoques o ser modificadas completamente para continuar siendo útiles y aplicables”*.

Los sistemas y las organizaciones de salud de los países en desarrollo requieren adoptar estilos de gestión que fortalezcan el desarrollo del recurso humano como medios para lograr la eficiencia, la calidad y la equidad, apoyados en las técnicas administrativas y la tecnología moderna que agilicen los procesos y disminuyan los costos.

La gestión de enfermería puede apoyarse en estos desarrollos teóricos para impulsar una gestión flexible y participativa al interior de las organizaciones, de los programas y proyectos específicos (Figuras 3). Estos estilos deben garantizar el cumplimiento de los principios y funciones del Estado a través de la prestación de servicios salud, corrigiendo las desviaciones que se han estado dando al optar por un modelo encaminado esencialmente en la búsqueda de la eficiencia, basada en el volumen de actividades.

Los profesionales de enfermería con su formación profesional tanto de pregrado como de postgrado y su visión integral de la atención en salud pueden contribuir eficazmente tanto en el diseño como en la implementación y evaluación de modelos de gestión flexibles y descentralizados que fortalezcan el talento humano del sector, en busca de garantizar servicios de alta calidad y equidad para los individuos, las familias y la comunidad.

En el desarrollo de estos estilos de gestión es posible incorporar las herramientas y procedimientos técnicos-administrativos de la Planeación Estratégica desarrolladas por Fred, R. D.(1992); la Reingeniería desarrollada por Hammer y Champy, los procesos de Calidad Total de Ishikawa, entre otros.

El desarrollo del capital humano de salud y en particular de enfermería, implica la implementación de estrategias que lleven a alcanzar altos niveles de motivación y compromiso del personal con la comunidad en el logro de los objetivos del sistema de salud y de sus organizaciones. Para ello, es importante la capacitación, el estímulo a la autoformación, la creación de incentivos, el trabajo en equipo y el logro de valores éticos y morales, todo ello para generar personas proactivas que busquen el crecimiento individual y colectivo, comprometidos con la función redistributiva del Estado a través de los servicios públicos.

El desarrollo intelectual, técnico y humano del capital humano de enfermería en las organizaciones de salud permite la innovación y adaptación a un mundo cambiante que demanda soluciones oportunas y anticipadas a las múltiples circunstancias problemáticas que se presentan, racionalizando los recursos disponibles. En ello, el desarrollo tecnológico sería el resultado de la combinación y aprovechamiento del capital intelectual con los recursos económicos y materiales de las organizaciones para ofrecer mejores servicios.

El modelo de gestión descentralizado lleva al fortalecimiento del capital humano y al desarrollo tecnológico al interior de las organizaciones de salud en los niveles locales y regionales, dado que las nuevas funciones y el alcance de las mismas se convierten en retos que conlleva a un mayor esfuerzo intelectual y técnico de personal.

La política de descentralización en el ámbito territorial, implica para enfermería ampliar sus conocimientos y habilidades técnicas y científicas para asumir responsabilidad en la gestión de la salud pública fortaleciendo el desarrollo de la salud local y liderando los procesos de participación y empoderamiento de las comunidades en la toma de decisiones, quienes a su vez asumen una responsabilidad en la cogestión de los servicios de salud, la asignación, la vigilancia y el control de los recursos. Esto contribuiría a fortalecer los procesos democráticos y disminuir el vacío entre los ciudadanos y las organizaciones de salud públicas y de otros sectores, igualmente entre los diferentes niveles del gobierno, dado que descentralización no significa desintegración, sino que implica un esfuerzo por lograr integración de las políticas nacionales gestionadas de manera descentralizada.

Para lograr una participación efectiva y eficiente del personal de enfermería en estos procesos, los profesionales requieren una formación gerencial que contribuya no solamente al mejoramiento de la gestión de los servicios de enfermería sino también en la gestión de las organizaciones de salud, en el liderazgo de los proyectos y programas de salud colectiva llevados a

- *Implementación de estrategias para la organización de la red de servicios de salud.* La enfermería juega un rol importante en la organización y gestión del sistema y de los servicios de salud, velando para que las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades se satisfagan de manera oportuna, enfrentando las dificultades generadas por la falta de personal suficiente e idóneo, la burocracia, etc. (OMS. 1996-a:7). Se requiere promover y fortalecer la acción intersectorial en los diferentes ámbitos, la comunidad, las organizaciones de salud, los lugares de trabajo, el ámbito educativo entre otros.
- *Desarrollo de modelos y estrategias no tradicionales de cuidado de la salud.* Esto con el objeto de racionalizar la utilización de los recursos, disminuir los costos, acercar los servicios a la comunidad y los grupos con necesidades específicas para los cuales los profesionales de enfermería pueden desarrollar nuevas formas de atención en salud extra e intramurales y a nivel domiciliario.
- *Contratación y retención del personal de enfermería.* Se requiere una política integral e integrada de las organizaciones de salud que establezca directrices y estrategias de contratación y mantenimiento del personal de enfermería en las organizaciones de salud. Esto involucra el análisis de la situación demográfica, educacional, ambiental, del mercado de trabajo, de las condiciones laborales y escalas salariales para un abordaje amplio, profundo y detallado de la problemática de la escasez de recurso humano de enfermería y la deserción de este. “Las condiciones adecuadas de trabajo tendrán un efecto positivo tanto en la contratación como en la retención del personal y en la calidad del cuidado de enfermería. Estas condiciones incluyen aspectos como el lugar de trabajo, la jornada laboral, los programas de incentivos, bienestar social (OMS. 1996-a:19). Igualmente se requiere considerar incentivos por el trabajo en las zonas rurales. Sería importante el posicionamiento individual, institucional y social del ejercicio de la enfermería, mediante la incorporación de habilidades para liderar procesos de salud en todos los niveles, llevando a situaciones que generen satisfacción e incremento de la autoestima, reconocimiento institucional y social del ejercicio de la enfermería. Las mejores condiciones laborales y salariales evitarían la migración del personal de enfermería de los países pobres hacia los países más ricos en busca de mejores salarios e incentivos, y en consecuencia la pérdida de este personal en

los países subdesarrollados quienes han invertido fondos públicos para la formación de este personal.

Sin embargo las reformas del sector público y del sistema de salud han incrementado las formas de contratación de personal de enfermería en modalidades como la contratación de servicios” la cual no ofrece estabilidad ni prestaciones sociales para el personal generando insatisfacción y alta rotación de este personal (Castrillón, C. y Otros. 1999:27)

Lograr una utilización racional del recurso humano de enfermería es una tarea en mora, como parte de los procesos de cambio organizacional y de estrategias para el logro de la eficiencia, la efectividad y la economía de las instituciones y del sistema. Esto implica un redefinición y rediseño de los puestos de trabajo, de los procesos y la consecuente asignación de funciones administrativas a otro personal y dependencia de la organización dado que no son competencia de enfermería.

2.2.4 Investigación

Una de las grandes carencias del sistema y los servicios de salud, y especialmente de los servicios de enfermería, es el bajo desarrollo de investigaciones empíricas que permitan la evaluación de políticas, programas y proyectos de salud, y en consecuencia la identificación y comprensión de las circunstancias que determinan y/o influyen en el desarrollo y la gestión de los servicios de salud.

“La evolución de la naturaleza y el alcance del ejercicio de la enfermería debe estar apoyada por la investigación, de modo que los hallazgos de las investigaciones permitan evaluar la eficacia de la enfermería y apoyar el ejercicio de la profesión”. (OMS. 1996-a:26). La metodología de investigación - acción – participación permitiría incorporar la investigación empírica con participación de la comunidad en las acciones cotidianas e identificar e introducir los mecanismos para resolver los problemas que requieren ser intervenidos.

Como estrategias para estimular el desarrollo de la investigación en enfermería el grupo de expertos de enfermería de la OMS recomienda:

- Formación básica en investigación desde el pregrado.
- Utilización de investigadores como mentores de enfermeras que trabajen en los niveles asistenciales, para apoyar técnicamente la realización de investigaciones.
- Publicación y difusión de los resultados de las investigaciones.
- Instar a los institutos de investigación del sistema de salud a que adopten un criterio interdisciplinario e incluyan en sus programas de investigación cuestiones relativas a la enfermería, de esta manera las investigaciones de esos institutos tendrían mas aplicación en los sistemas de salud y se mejoraría la calidad de las investigaciones en enfermería.
- Estableciendo cargos o proyectos nacionales o departamentales donde enfermeras capacitadas en investigación fomentaría y facilitaría el desarrollo de investigaciones

en enfermería, tanto en el nivel nacional como departamental y local, igualmente se encargarían de difundir los resultados y estimular su utilización y aplicación (OMS, 1996: 27).

Igualmente se podrían implementar otras estrategias como:

- Formación de semilleros de investigación conformados por estudiantes de enfermería, personal vinculado a los servicios y docentes de las facultades y escuelas de enfermería.
- Destinación de tiempo para la investigación dentro de la programación del trabajo.
- Establecer mecanismos de cooperación interinstitucional, nacional e internacional, para un mejor aprovechamiento de los recursos.

2.2.5 Formación del Recurso Humano de Enfermería

Todo el contexto descrito y los desafíos planteados implican cambios y retos en la formación del personal de enfermería. La construcción de una educación y formación de enfermería como un sistema y no exclusivamente la educación universitaria, busca disminuir la brecha entre las diferentes categorías de enfermería mediante el mejoramiento académico y humanístico de todo el personal, desarrollando habilidades y competencias que permitan generar y llevar a cabo el cambio en sistema y los servicios de salud (Durán de Villalobos, M. 1997)

Se requiere el mejoramiento de la calidad de los programas de formación, su adecuación técnico-científica para que los egresados sean capaces de responder y contribuir al desarrollo de nuevos servicios para atender las necesidades cambiantes de la sociedad.

En el contexto de las reformas del Estado y del Sistema de Salud, se está implementando la descentralización política y administrativa, buscando el fortalecimiento de los gobiernos locales, se requiere una mayor formación para el trabajo comunitario, la participación como estrategia de eficiencia y efectividad y como medio para fortalecer el proceso democrático, la comprensión y aplicación de la legislación. Igualmente se requieren habidas de negociación y concertación para lograr influir en las decisiones políticas.

Se debe fortalecer la formación de personal de enfermería con un enfoque integral de la atención en salud, proactivos, con habilidades para el ejercicio compartido, la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad; capaces de tomar decisiones, proponer, promover el cambio y la adaptación de los servicios a las necesidades de la comunidad y de los usuarios. Igualmente *con las aptitudes y conocimientos requeridos para trabajar con la comunidad y apreciar la labor de los colegas de otras especialidades* (OMS.1996b: 34).

Las reformas del sector generan nuevos escenarios de acción de enfermería como el nivel gerencial y estratégico, la participación en el diseño y evaluación de la

reforma y desarrollo organizacional, la acreditación de organizaciones y servicios de salud, estudios de evaluación de servicios y programas, etc. En el ámbito municipal la planeación, organización, dirección, ejecución y evaluación de servicios y programas de salud, el trabajo intersectorial, el diseño y la evaluación de proyectos de desarrollo e inversión. El trabajo con la comunidad implica capacidad de liderar procesos comunitarios, crear clima para la concertación, entre otros. El futuro de la enfermería en gran medida debe centrarse en el trabajo con las comunidades desprotegidas, con los grupos menos favorecidos.

Por otro lado, la educación continua del personal de enfermería es esencial para mejorar permanentemente la calidad de los servicios, incentivar el personal y manejar el cambio.

2.2.6 Aprovechamiento de los Recursos Disponibles de Informática

Aprovechamiento de la informática, las comunicaciones, la telemática y la información, como herramienta para mejorar gestión y racionalizar la utilización de personal de enfermería en la prestación de los servicios de salud.

La tecnología de las comunicaciones que ha permitido tejer una red mundial de comunicación, que puede ser explotada con fines sanitarios, y ahí entra la telemedicina, las redes sanitarias interactivas, los sistemas de vigilancia de las enfermedades, la comunicación entre agentes de salud, el desarrollo de recursos humanos, la formación continua y la enseñanza a distancia.

2.3 CONCLUSIONES

La gestión del sistema de salud y sus organizaciones se lleva a cabo en un contexto de donde las tendencias económicas, políticas y sociales nacionales e internacionales que afectan el desarrollo de los servicios y los sistemas de salud, así como a todo el sector público en general.

Las reformas del sector público y dentro de ello, del sistema de salud generan profundos y amplios cambios en la gestión de los servicios y del sistema mismo, para lograr mayor eficiencia, equidad, efectividad, economía, solidez financiera y sostenibilidad calidad de los servicios públicos.

Las reformas del sistema de salud crean una amplia gama de ámbitos de desempeño para los profesionales de la salud y entre ellos los profesionales de enfermería, que representan desafíos profesionales, personales y comunitarios. Estos retos pueden materializarse en lograr un posicionamiento mediante una participación efectiva en la formulación y evaluación de políticas en salud, la contribución eficaz en el desarrollo de modelos de gestión flexibles, descentralizados y eficientes en las organizaciones de salud, el liderazgo en la organización de los servicios para lograr una integración de la atención, involucrando las redes de servicios, la comunidad y los demás sectores, especialmente en el nivel local, como formas de hacer realidad las

iniciativas de la OMS sobre Atención Primaria en Salud, SILOS, integración de Servicios, Municipios Saludables, entre otros y responder a las necesidades cambiantes de los individuos y de la comunidad.

La enfermería por su formación con una visión holística de la salud y de los servicios de salud, representa un gran potencial dentro del recurso humano del sistema de salud para contribuir eficiente y eficazmente impulsando, liderando y participando en el desarrollo de políticas de atención integral, en el desarrollo institucional, en el trabajo intersectorial, creando y fortaleciendo estilos y estrategias de gestión que lleven a una mayor equidad en la prestación de los servicios y a un eficiente y eficaz desempeño de las instituciones de salud. Igualmente en el desarrollo e incorporación de la investigación como disciplina y medio para alcanzar nuevos conocimientos, el aprovechamiento de los avances tecnológicos en informática, telemática, la automatización de información como herramientas claves para la formación continua del talento humano, y el aprovechamiento de los avances tecnológicos en todos los ámbitos. Todo ello genera un gran desafío para la formación del personal de enfermería, donde se requiere fortalecer la formación holística e integral que involucre los aspectos técnicos y científicos de la disciplina, el trabajo comunitario, interdisciplinario, inter y multisectorial. Todo ello lleva al reconocimiento de los saberes de los otros, el aprovechamiento conjunto de los mismos para lograr grandes objetivos en beneficio de la comunidad y los individuos, del sistema de salud y sus organizaciones, contribuyendo también al desarrollo de las disciplinas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOFAEN e ICFES. Modernización y modernidad de los programas de enfermería. 1996-1997. Santafé de Bogotá.
2. Banco Interamericano de Desarrollo. (1998). Descentralización en Colombia. Nuevos Desafíos. RE3-98-002.
3. Batley, R. 1996. Public-Private Relationships and Performance in Service Provision. *Urban Studies*, Vol. 33, Nos 4-5, 723-751, 1996.
4. Bowling, A. (1997). *Research Methods in Health. Investigating health and health services*. Open University Press. Buckingham.
5. Bossert, T. (1996). Descentralization of the Health System in Colombia. *World Health Organisation Report*.
6. Cardenas, M.E. (1991). Descentralización y Estado Moderno. FAUS, FESCOL. Bogotá.
7. Castrillon, A. Mra C. y otros La enfermería en Colombia y la Reforma del sector Salud. *Rev. Investigación en Enfermería* Vol. XVII No. 1, Marzo de 1999. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.
8. Cassels, A. (1995). Health sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. Division of Strengthening Health Services. World Health Organisation. Geneva.
9. Collins, C. (1994). *Management and organisation of Developing Health System*. Oxford University Press.
10. Durán de Villalobos, M. Estrategias para educación de enfermería en América Latina (Siglo XXI). *Rev. Avances en Enfermería*. Vol. 15 Nos. 1 y 2. En-Dic. 1997 Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.
11. Ewan, F. (1997). *New Public Management in Action*. Oxford University Press.
12. Fedesarrollo and Instituto SER (1994). *Coyuntura Social, Impacto de la Descentralización en los Sectores Sociales*. Bogotá.
13. Forero, C. and Hidalgo, C. (1997). *Descentralización y Participación Ciudadana*. Ed: Tercer Mundo. Bogotá.
14. Fray, J. Light, D. Rodnick, J. and Orton, P. (1995). *Reviving Primary Care*. Abingdon: Radcliffe Medical.

15. Fred, R. D. 1992. La Gerencia Estratégica. Colombia: Legis. 370 Pgs.
16. Hubbard, M. (1997) Using Market to increase effectiveness and efficiency in public goods and services provision. Handout of Public Management and Economic changes course, DAG27H. Birmingham.
17. Kutzin, J. (1995). Experience with Organisational and Financing Reform of the Health Sector. Division of Strengthening of Health Services. World Health Organisation. Geneva.
18. LaFond, A. K. (1994) Sustainability and health sector Development. A review and analysis of five country case studies. Save the Children Overseas Department. Working Paper.
19. Laurel A.C. Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud 1994. Ed. Universidad Autónoma Latinoamericana. Unidad de Xochimilco. México. 1ra ed.
20. López, M.R. (1995). Fiscal Decentralization in Latin America. World Bank. Washington.
21. McPake, B. and Machray, C. (1997). International Comparisons of Health Sector Reform: Towards a Comparative Framework for Developing Countries. Journal for International Development: Vol. 9, No. 4, 621 - 629.
22. Mascareño, C. (1996). Municipalización de los Servicios Sociales en America Latina. CLAD. Caracas.
23. Ministerio de Salud de Colombia. Municipios Saludables por la Paz: Marco de referencia para su implementación en el país. Asesorado por Helena Espinosa Restrepo.
24. Moreno, C. Herrera, W. (1994) Laberintos de la Descentralización. Ed: Príncipe. Bogotá.
25. Organización Mundial de la Salud. 1991. La Participación de la Comunidad en el Desarrollo de la Salud: Un desafío para los Servicios de Salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Serie de informes técnicos 809. Ginebra.
26. Organización Mundial de la Salud. 1996a. El Ejercicio de la Enfermería. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 860. Ginebra.
27. Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, No. 861. Integración de la Atención en Salud. Informe del Comité de Expertos de la OMS. 1996b.

28. Organización Mundial de la Salud. 1997. *Ética, Equidad y Renovación de la Estrategia de Salud para Todos de la OMS*. Rev. Foro Mundial de la Salud. Vol. 18, No. 2, 1997. Ginebra.
29. Organización Mundial de la Salud. 1997. *Informe sobre la Salud en el Mundo 1996: Combatir las Enfermedades, promover el desarrollo*. Rev. Foro Mundial de la Salud. Vol. 18, No. 1, 1997. Ginebra.
30. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud a Nivel Local, Nacional y Mundial*. Rev. Salud Mundial Vol. 51 No. 2. Marzo-Abril 1998.
31. Organización Panamericana de la Salud. *La Práctica Epidemiológica en los Sistemas de Servicios de Salud*. Boletín Epidemiológico. OPS. Vol. 11 No. 3. 1990. Pg 1-9.
32. Puentes-Markides, C. y Hurtado, M. 1994. *Análisis sectorial para la formulación de políticas en salud*. Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 28, No. 2. 1994.
33. Padua, J. *et al.* (1979). *Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. Fondo de Cultura Económica. México. 359 pg.
34. Presidencia de la República de Colombia. *Constitución Nacional 1991*.
35. Quinn, R.E. 1988. *Beyond Rational Management. Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*. The Jossey-Bass Management Series. San Francisco California.
36. Presidencia de la República de Colombia, Ministerio de Salud. Law 10 (1990), Law 60 (1993), Law 100 (1993).
37. Restrepo J.H. (1998). *Monitoreo local de la reforma en el sector salud*. Rev. Coyuntura Social. Fedesarrollo. Mayo de 1998.
38. Restrepo, D. (1992). *Transformaciones Recientes en América Latina: La Descentralización, Mito y Potencia. El Caso Colombiano*. Rev. Interamericana de Planificación. Vol. XXV No. 99-100. Julio-Diciembre 1992.
39. Rofman, A. and Paganini, J. M. (1991). *Descentralización de los Servicios de Salud como estrategia para el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud*. OPS. Washington.

3. DESAFÍOS PARA LA GERENCIA EN ENFERMERÍA ANTE LOS NUEVOS ENFOQUES

ROSA A. ZÁRATE GRAJALES, CENTRO COLABORADOR OMS/OPS, ENEO/UNAM

MAYO, 1999

En México los escenarios para la gestión en Enfermería están dados por los cambios demográficos y epidemiológicos, las transformaciones económicas y políticas y las Reformas del Sector Salud. Estas situaciones tienen implicaciones para la práctica y la educación de las enfermeras ya que implican ampliar el rol de la enfermera profesional, la participación decidida en la gestión de los servicios de salud, el uso de tecnologías avanzadas, la participación multidisciplinaria y las nuevas estrategias para la gestión del cuidado de enfermería.

Sin embargo los desafíos son grandiosos en este rubro ya que para mejorar la gerencia en México nos enfrentamos a retos que debemos superar entre las que destacan: Escasez de enfermeras, desequilibrio en la combinación de personal profesional y no profesional, la difícil distribución geográfica de las enfermeras en el ámbito rural, en los grandes centros hospitalarios y en las ciudades por ejemplo.

Así también no debemos perder de vista las condiciones del empleo que imperan en las instituciones de salud con grandes diferencias entre ellas pero que han creado un clima de insatisfacción laboral y de poco compromiso profesional.

Por otro lado se encuentran la calidad dudosa de la formación de enfermeras en las diversas escuelas del país las cuales han crecido de manera considerable en los últimos años pero que sus planes y programas de estudio no garantizan que sus egresadas se incorporen al mercado de trabajo con los elementos técnicos, metodológicos y disciplinarios necesarios para el ejercicio profesional de la enfermería así como con las actitudes y valores de compromiso social para contribuir a mejorar la salud de los mexicanos.

También podemos decir que la Gerencia de Enfermería se ve limitada en nuestro país por la escasa participación de enfermería en las políticas públicas en materia de salud y la ausencia de un nivel de dirección de enfermería en el sistema de salud, responsable de regular la práctica y la educación de la enfermería nacional y de participar con otros miembros del gabinete en la formulación de estrategias para mejorar la calidad de los servicios.

Esta situación se torna aun más compleja debido al escaso, numero de profesionales de la enfermería que tienen formación específica para la gerencia institucional, a manera de ejemplo existen datos de que el 30% del personal de salud realizan funciones en el ámbito de la administración de servicios. Aproximadamente el

25% del personal de enfermería que realizan funciones de gestión institucional no tienen formación específica aproximadamente 15000 jefes y funcionarios medios.

Por lo que hemos mencionado existen una serie de desafíos para la gerencia en enfermería ante los nuevos enfoques que requieren una serie de acciones desde el ámbito público de la salud y de la educación, así como de organismos colegiados de enfermería.

Entre ellas destacan los proyectos de profesionalización de la enfermería, el establecimiento de Sistemas de acreditación y certificación Institucional, la necesidad de establecer fuentes confiables de datos para la toma de decisiones y programas de capacitación profesional continua en gestión institucional.

La situación de nuestro país en los últimos tiempos caracterizada por un período de crisis económica ha originado un déficit importante en los satisfactores básicos de la población, condicionando así en gran magnitud un vínculo determinante de riesgos y daños a la salud.

Actualmente el reto de transformación de la sociedad mexicana consiste en considerar un modelo de desarrollo que vincule los fines de estabilidad y crecimiento económico con las prioridades de bienestar social, esto expresa la necesidad de reorganizar a actividad económica a fin de superar rezagos acumulados y las desventajas que hemos tenido con nuestro lento desarrollo.

Asimismo, este proceso propiciará diversas transformaciones en el panorama nacional y en sus estilos de vida, implicando variaciones importantes en las relaciones familiares, comunitarias y sociales, así como en los reajustes poblacionales y en forma determinante en los niveles y características de la capacitación laboral para responder a los cambios en las exigencias del mercado de trabajo.

En este sentido es que la OMS declara que la salud es un bien prioritario para el desarrollo de un país y que un personaje clave es la enfermera, y dice "Las enfermeras son hoy más necesarias que nunca" ¿Por qué? Tanto para el individuo sano como para el enfermo, la vida es el bien supremo. Tal es la premisa básica de la Enfermería. Cuando el médico hace una advertencia "deje de fumar", formula un diagnóstico "tiene usted cáncer" o prescribe algún tratamiento "tome tres comprimidos cada semana", la función de la enfermera consiste en educar, en participar en la conservación de la salud, a limitar los daños o si esto no es posible, a soportar la enfermedad o bien ayudar a elaborar el duelo resultado de una pérdida.

Aunado a lo anterior y en particular en lo relacionado a la salud, no pueden soslayarse aquellas transformaciones relacionadas con los aspectos demográficos y epidemiológicos a los que el sistema de salud habrá de enfrentarse, por un lado lo relacionado al proceso de envejecimiento de la población, ya que debido al incremento en la esperanza de vida podrían existir más grupos de edad avanzada que grupos de jóvenes y por el otro los cambios drásticos en las principales causas de

morbi-mortalidad; en México enfrentamos el traslape de dos circunstancias como resultado de la transición: el rezago representado por las enfermedades propias del subdesarrollo tales como las infecciones, la desnutrición, las muertes maternas y perinatales y los problemas emergentes asociados a la industrialización y a la urbanización como las enfermedades cardiovasculares el cáncer, la hipertensión, la diabetes, las adicciones y los accidentes, etc.

Además de estos y otros aspectos epidemiológicos complejos a los que se enfrenta el país, se le adicionan una serie de cambios que apuntan todos, hacia un incremento muy importante en la demanda por servicios de salud durante las próximas décadas de los cuales se citan algunos:

En lo demográfico destaca además de lo ya mencionado, en cuanto a la edad de la población, el acelerado y no controlado proceso de migración campo-ciudad propiciado por las aspiraciones de mejores condiciones de vida, con sus consecuentes repercusiones en la salud.

En lo educativo el incremento de la escolaridad que genera mayores conocimientos y mejores práctica en salud, por lo que la demanda de servicio será cada vez más frecuente y con mayor grado de exigencia.

En lo tecnológico, los avances en el campo de la biotecnología, la informática y las telecomunicaciones se requerirá para ampliar la capacidad de los servicios en la identificación y solución de problemas de salud que demandan un alto grado de complejidad.

En lo cultural, la velocidad en la transmisión del conocimiento y de la comparación de otros estilos de vida, producirá en la población más expectativa sobre la calidad de vida individual y familiar que desean.

En lo político, la mayor participación social de la población en foros y espacios que le permiten expresar el reclamo de la atención a la Salud como un derecho social conllevará a exigir servicios de alta calidad, incluyendo libertad para que el usuario pueda elegir el servicio de atención a la salud con criterios de calidad y eficiencia.

En lo económico, la crisis económica actual, impactará en la inversión en salud y educación como los pilares del desarrollo y bienestar nacional, por lo que se exigirá que ésta se demuestre con indicadores de equidad, eficiencia y calidad.

Lo que tendrá un efecto positivo sobre todas las actividades económicas de la vida nacional ya que ello incrementará la mejor condición del capital humano, mejorará la productividad y la competencia, generará empleos y fomentará la investigación científica y la innovación tecnológica.

Es así como en respuesta a estas transformaciones, que la Enfermería Nacional se enfrentará a retos y oportunidades para transformar asimismo su práctica profesional participando activamente en las reformas con un renovado espíritu de cambio.

3.1 RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA ENFERMERÍA NACIONAL

- Las condiciones en el panorama epidemiológico y demográfico del país demandará a los hospitales mayores recursos para la atención de ancianos con enfermedades crónico degenerativas y en estado crítico, por lo que los hospitales se están convirtiendo en grandes unidades de cuidados intensivos e intermedios.

El incremento en el número de accidentes y violencias requerirá que las enfermeras adquieran conocimientos y habilidades en el manejo prehospitario y hospitalario del politrauma en los programas de prevención y rescate, así como en las habilidades básicas para la reanimación cardiopulmonar.

El incremento en la demanda de camas de hospital requerirá de estrategias para la atención a domicilio de enfermos que así lo decidan o que sus condiciones de salud lo permitan, por lo que la enfermera tendrá que ampliar su rol del eminentemente hospitalario al trabajo con el enfermo y su familia en el hogar, propiciando el autocuidado a la salud, la prevención del estado crítico y la rehabilitación.

- La reorganización de los cuidados a la salud en el futuro se proporcionará principalmente en centros de atención de alta especialidad y en centros de atención ambulatoria para enfermos crónicos.
- Es de esperarse que con las modificaciones en el panorama epidemiológico del país aumente el índice de mortalidad en las unidades de cuidado intensivo, lo que obligará a la enfermera que labora en estas áreas a desarrollar mayores conocimientos y habilidad para el apoyo a los pacientes y sus familiares durante el proceso de la enfermedad, la agonía y la muerte. Las enfermeras debemos asumir mayores responsabilidades en la atención familiar y utilizar las técnicas para el apoyo en la pérdida y la colaboración del duelo de pacientes graves; así también para el manejo de situaciones de estrés que se originan en el personal asignado a unidades de atención de alta especialidad.
- El avance en las técnicas y procedimientos para el tratamiento médico quirúrgico de enfermos con cáncer, incrementará el ingreso de este grupo de enfermos a las unidades de cuidados intensivos. Debemos considerar que esta situación obligará a modificaciones en las normas, políticas y criterios de ingreso de enfermos.

La enfermera requerirá entonces de conocimientos para valorar, planear y evaluar las intervenciones de enfermería que necesitarán los enfermos con cáncer en crisis aguda como aquellos en fase terminal.

3.2 TRANSFORMACIONES EN EL MERCADO DE TRABAJO

- El incremento en la demanda de servicios de atención de enfermos que requieren atención compleja, se acompañará de mayor demanda de enfermeras especialistas, por lo que se pueden avizorar cotizaciones altas en salarios para las enfermeras especialista que demuestren cálida y compromiso profesional.
- La cultura de la evaluación en aras de la mejora continúa en la calidad de la atención, limitará el ingreso de personal no profesional a las unidades de cuidado intensivo y demandará un número mayor de enfermeras profesionales, ya que en gran medida de esto dependerá que la institución sea acreditada e incluida en patrones de excelencia por sus servicios lo que la hará más competitiva en el mercado de la salud.
- Aparecerá un mercado de trabajo potencial para la enfermera fuera del hospital en apoyo a servicios de terapia intermedia en el hogar, para el manejo de tecnología en el domicilio, para la administración de sistemas premezclados de medicamentos, quimioterapia, equipo de perfusión ambulatoria, ventilación mecánica, telemetría, así como en el traslado aéreo y terrestre de enfermos.
- La práctica libre de la profesión será un mercado potencial para que las enfermeras se agrupen y constituyan microempresas que podrán ofertar servicios y establecer contratos con las instituciones de salud para brindar cuidados especializados a domicilio o asesoría en el área de enfermería.
- La globalización del ejercicio de la profesión de enfermería como resultado de los tratados comerciales principalmente con Canadá y Estados Unidos, requerirán de la participación de las asociaciones y grupos colegiados de enfermeras en la acreditación, certificación y recertificación del ejercicio profesional, con el propósito de garantizar la calidad del ejercicio tanto de Enfermeras Nacionales como de Extranjeras.

Por lo que hoy más que nunca es indispensable que las enfermeras se asocien y participen activamente al interior de su gremio para proponer elementos normativos, educativos y nuevos modelos de atención en el área de su competencia, así como para mantenerse vigentes en los avances científicos de la profesión.

- Es de resaltar que los conflictos éticos y legales, se intensificarán como resultado de la creciente exigencia de los usuarios por servicios de salud de alta calidad y por demandas de mala práctica en el ejercicio profesional. Así mismo la enfermera enfrentará las decisiones de enfermos relacionados con testamentos, donación de órganos y de no reanimación cardiopulmonar; estos aspectos entre otros exigirán de la enfermera mayores conocimientos sobre el tema para afrontar las decisiones ético-legales relacionadas con el enfermo, su familia o con su práctica profesional, asimismo deberá participar activamente como miembro de comités formados en los

hospitales para la normatividad, vigilancia y evaluación de los aspectos ético-legales. En este sentido es también indispensable el estar colegiado o asociado a grupos profesionales quienes de acuerdo a la Ley de Profesiones vigentes son responsables de participar en los litigios así como en la elaboración de dictámenes relacionados con mala praxis.

3.3 VELOCIDAD EN LA GENERACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA TECNOLOGÍA

- Las Enfermeras utilizarán cada vez más tecnología sofisticada para el monitoreo, el diagnóstico y el tratamiento de enfermos, así como la integración de sistemas computarizados para proporcionar cuidados tanto a la cabecera del paciente como a través de sistemas de vigilancia a distancia como la telemetría.

Estos dos elementos han venido impactando en la atención de la salud de una manera muy rápida debido primordialmente a la velocidad con la que se generan nuevas tecnologías y nuevos conocimientos en el campo de la biotecnología; por tal motivo es indispensable que las enfermeras reciban y participen en programas de educación continua para mantener vigentes sus conocimientos y por lo tanto su certificación, en el caso de las especialistas. La enfermera deberá aprovechar también estas tecnologías innovadoras en su autoenseñanza a través de videos, discos compactos, teleconferencias, audioconferencia, etc.

- El uso de tecnologías no invadidas beneficiará indudablemente a los enfermos y permitirá que las enfermeras estén más tiempo junto a ellos en actividades de comunicación, confort y educación; ejemplo de estas tecnologías de vanguardia son los tratamientos con rayo láser, ultrasonido, telemetría, monitoreo de signos vitales, los oxímetros y capnógrafos entre otros.
- La tecnología simplificará también la administración de fármacos que antes requerían que la enfermera dedicara mucho tiempo en su preparación y en su vigilancia ya que era riesgosa y compleja, esto se facilitará a través de dispositivos con microprocesadores tales como bombas de infusión programadas por la enfermera y activados por ella, el paciente o la familia, como ejemplos tenemos la terapia para controlar el dolor, la quimioterapia, los antibióticos y la nutrición parenteral.

Actualmente algunos hospitales de atención especializada realizan convenio con laboratorios para que éstos instalen servicios de premezcla de medicamentos y soluciones a fin de facilitar y agilizar su administración por la enfermera.

- La participación de las enfermeras será de vital importancia en el diseño innovador de tecnologías funcionales, por lo que cada vez mayor número de ellas trabajará en la industria biomédica o farmacéutica como investigadoras, asesora o en programas de mercadotecnia de equipo electromédico y de dispositivos para la terapéutica endovenosa.

- La velocidad con la que se genera el conocimiento, el inicio de los estudios de posgrado en Enfermería, intercambio libre de profesionistas en enfermería en los países de América del Norte exigirá de las enfermeras el dominio de un segundo idioma, el uso de sistemas de cómputo así como las habilidades técnicas, científicas y humanísticas que cumplan con estándares de calidad y que compitan en el terreno nacional e internacional por mejores condiciones laborales.
- La consolidación de los programas de especialidad en enfermería requerirá de estrategias tales como la “tutoría clínica” de enfermeras especialistas expertas en los centros de atención de enfermos favoreciendo la participación de las enfermeras en estos programas de formación por lo que deberán estar preparadas para asumir también la responsabilidad docente.

No deben soslayarse en estos retos las aspiraciones de la mujer en especial y de los profesionistas de enfermería del nuevo siglo por adquirir mejores condiciones laborales que se traduzcan en salarios dignos y que nuestra profesión realmente se constituya en un proyecto de vida y de desarrollo personal y profesional.

Con todo lo anteriormente expuesto es deseable que la imagen de la enfermera destaque por su capacidad técnica y científica, así como su más acentuado espíritu humanístico en la búsqueda de un papel protagónico en el contexto del futuro del país, en los planes de desarrollo de la enfermería a nivel nacional e internacional que implican altos niveles de competencia profesional y que en el área de la salud se traducirá en servicios de calidad.

En este sentido también la función de la enfermera en la docencia se constituye en una responsabilidad trascendente para la formación de profesionales con mayor calidad en su práctica y capaces de proponer nuevos modelos de atención. Esta imagen futura de la enfermera es indispensable para lograr la transformación de servicios de salud permita la calidad y sobre todo con un alto sentido humano que deseamos y esperamos recibir todos y cada uno de nosotros.

Así los desafíos para la Gerencia de Enfermería en nuestro país las podemos resumir en estas preguntas:

¿Cómo Contribuir a mejorar la calidad del cuidado de enfermería?

¿Cómo participar en la difusión de políticas de salud?

¿Qué hacer para que los responsables de las políticas de salud, identifiquen la importancia de la gestión de enfermería?

¿Cómo lograr sistemas de información confiable y oportuna para la toma de decisiones?

¿De qué manera se fortalecerá el liderazgo de enfermería en las instituciones de salud?

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrollo de Cordero G. Perspectivas en la práctica de enfermería ante el Tratado de Libre Comercio. Mecanograma. Octubre, 1994.
2. Futuristic review of nursing in the 1990s and Beyond: Strategies to advance professionalization. Present and Future, U.S.A., 1993.
3. Marquina, Ma. del S. Retos y Oportunidades de las profesiones de la salud; Enfermería. Mecanograma. Conferencia presentada en la IX Reunión de la FENAFEE. Querétaro, 1994.
4. Zárate, Rosa A. Sistema Nacional de Regulación Profesional. Mecanograma. Conferencia en II Encuentro de la Globalización de la Profesión de Enfermería. Colegio Nacional de Enfermeras. Julio, 1994.
5. Zárate Rosa A. Retos y oportunidades de la Enfermera Especialista en Terapia Intensiva. Conferencia presentada en el Curso Postécnico del ISSSTE. Noviembre, 1994.
6. Fundación Mexicana para la Salud, Economía y Salud. México, 1994.
7. Hanel J., Huascar T. Reflexiones sobre planeación prospectiva de la educación superior en México, ANUIES. 1992.
8. OPS/OMS. La práctica de enfermería; Región de la Américas. Mecanograma. Marzo 1995.

4. LA GESTIÓN EN ENFERMERÍA -UN PROCESO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN- COLOMBIA, 1995-1998

CLARA INÉS SÁNCHEZ FRANCO, ENFERMERA MAGISTER EN SALUD PÚBLICA,
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUÍA, COLOMBIA

4.1 MARCO DE REFERENCIA

La situación de crisis económica, política y social que ha enfrentado los países Latinoamericanos incide en los diferentes estratos sociales, principalmente en los grupos humanos más vulnerables. Frente a estos procesos, los diferentes sectores encaran nuevos desafíos que exigen mayor capacidad de adaptación, innovación y gestión, para lograr metas mínimas de bienestar de la población.

Un planteamiento de aceptación universal, asegura que el crecimiento de la economía depende en gran medida de la producción de más y mejores bienes y servicios. Dado que los recursos suelen ser inferiores a las necesidades se requiere aplicar procesos efectivos, de tal manera que se garantice su aprovechamiento.

El sector salud no es ajeno a este planteamiento. Como componente fundamental del desarrollo requiere implementar estrategias acordes con esta realidad y esto exige que el rol del gerente de los servicios de salud y de enfermería sea el de un líder con una gran visión del futuro y con conocimiento del entorno en el cual está inmersa la organización. Igualmente, no sólo el desafío de la adaptación constante y la innovación continúa, sino también la necesidad de incrementar la capacidad gerencial.

El análisis del sector salud presenta tendencias de cambio en los sistemas de prestación de servicios de salud, en los paradigmas administrativos, con predominio en la modificación de los procesos de gestión, énfasis en el control de calidad, mejoramiento de la productividad, todo enmarcado por un componente tecnológico que tiene influencia en la eficacia de las operaciones del sistema.

Al avanzar en la comprensión de la participación de enfermería en este proceso y contribuir al alcance de principios comunes a las reformas, como la universalidad, calidad y equidad, se necesita comprender cómo las reformas han determinado transformaciones en la gestión y la práctica de enfermería. Entre los profesionales de salud, la enfermera es un talento fundamental que lidera cambios esenciales al interior de las organizaciones, influye en la definición y ejecución de los objetivos organizacionales, por ser una de las profesiones más conocedoras de las necesidades individuales y colectivas de salud de la población.

Los esfuerzos desplegados en materia de formación, desarrollo y mantenimiento del personal en salud, y la formulación de políticas y planes de recursos humanos, no han sido efectivos, debido a la separación existente entre las funciones de servicio y de

educación con respecto a los requerimientos de los servicios de salud y su verdadero impacto en el mejoramiento de la calidad y la disminución de la morbilidad y mortalidad innecesaria.

Es fundamental formular políticas claras y coherentes de formación del talento humano que conduzcan a la transformación e implementación de nuevos modelos gerenciales de prestación de servicios integrales, globalizadores y que sean equitativos con las necesidades de los usuarios.

En los profesionales de la salud, Enfermería representa el mayor porcentaje del total del recurso humano de los servicios de salud; por lo tanto, su papel en la transformación de los sistemas de salud es definitiva y requiere una visión de avanzada de la práctica profesional y de un proceso de capacitación en gestión por parte de las instituciones formadoras.

Lo anterior sugiere la necesidad de reorientar la capacitación de la Enfermera en administración y gerencia, hacer los sistemas formativos más flexibles para que evolucionen paralelamente al desarrollo y progreso de la ciencia y tecnología, de forma tal que faciliten la iniciación de cambios estructurales y el avance de la profesión.

Al reflexionar sobre las organizaciones y su funcionamiento encontramos que Enfermería es un sistema constituido por elementos estructurales definidos y delimitados que actúa como subsistema dentro de la organización y ésta a su vez se enmarca dentro del sistema sanitario, por lo tanto existen múltiples factores que influyen y condicionan su funcionamiento.

Los continuos cambios en el contexto de la salud han tenido influencia en el subsistema de Enfermería, originando crisis de identidad, crisis en el ejercicio profesional, conflicto en los roles interpersonales, aumento de las demandas de cuidados, que motivan la necesidad de establecer un proceso de gestión orientado al cambio, a enraizar los valores éticos de la profesión, a la incorporación de nuevos roles, a clarificar las responsabilidades y funciones de Enfermería y a hacer de esta profesión un trabajo atractivo que permita obtener los resultados esperados, de acuerdo con los recursos asignados, asegurando una atención de calidad.

Un porcentaje significativo de profesionales están vinculados de manera directa con la prestación de cuidados de enfermería; un menor número está vinculado en cargos de gestión y gerencia de servicios, proyectos y programas, y un grupo minoritario con el nivel de dirección política, de definición de planes, de procesos reglamentarios y de monitoreo de la gestión. Sin embargo, todos los niveles requieren formación gerencial con el fin de garantizar calidad, oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de enfermería.

El profesional de Enfermería requiere comprender mejor el lenguaje administrativo en la definición de los cuidados como productos finales de un proceso y

la identificación de las necesidades de los usuarios (clientes). El rol de gestor le confiere responsabilidades específicas ante el usuario, la institución y el personal a su cargo.

Esta triple responsabilidad se apoya en los elementos de calidad de cuidados, la optimización de los recursos, el costo de sus actividades y en mantener y desarrollar el talento humano a su cargo; conceptos que requieren actualización, monitoreo y sistematización para el logro de mayor calidad y pertinencia.

En la mayoría de los programas de formación básica de Enfermería continúan los esquemas tradicionales de formación en Administración, sin incorporar nuevos métodos y tecnologías que le permitan adaptarse a las variaciones de su entorno, a replantear los objetivos, las estructuras y los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades que se presentan. Estos y otros factores unidos a la incorporación de nuevas formas de Gestión, han generado la necesidad de redistribuir, asumir nuevos roles y cambiar formas de hacer que hasta ahora pudieron ser útiles pero que posiblemente hoy son inoperantes.

Es así como se considera necesario e importante desarrollar un nuevo modelo de gestión, acorde con la realidad actual y con las exigencias presentes y futuras que le permitan ejercer un liderazgo de mayor impacto en todos los niveles de la organización, intervenir en la toma de decisiones estratégicas del sector, participar activamente en la elaboración de los planes de salud, contribuir en la consecución de los objetivos y metas de las organizaciones, mediante una gestión eficiente de los recursos asignados, mejorando la productividad y la calidad de la atención.

En la medida en que Enfermería replantee su finalidad como profesional, articule sus conocimientos y experiencias para influenciar las decisiones y haga una buena utilización de la información en su gestión, contribuirá al desarrollo de la profesión, de los servicios, del sector y de la sociedad en general.

Con este marco de referencia considero que el perfil del profesional de Enfermería en gestión involucra conocimientos sobre los sistemas de salud, sus tendencias estructurales y de funcionamiento, su inserción en el entorno, manejo estratégico del futuro, procesos organizacionales y de mercadeo, desarrollo de la capacidad gerencial y de liderazgo, aspectos financieros, jurídico - legales y éticos, gerencia de calidad y del cuidado, capacidad y manejo de los recursos humanos, financieros y de tecnologías; áreas que se fundamentan en la investigación operativa como instrumentos de gestión.

Los procesos y transformaciones planteados, así como las competencias en la formación gerencial, implica redefinir y actualizar las intervenciones de enfermería que le son propias en los diferentes escenarios y niveles de atención, para transformar e impactar los servicios de salud, mediante la capacitación y entrenamiento gerencial, como estrategias claves para el desarrollo humano en las organizaciones.

Con este marco de referencia se presenta por parte de ACOFAEN (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería) al Ministerio de Salud de Colombia, un proyecto de Formación y Capacitación en Gerencia y Gestión en Enfermería para las enfermeras de las Universidades afiliadas a ACOFAEN y los profesionales de enfermería que ocupaban cargos a nivel operativo y clínico en las instituciones de salud del país.

4.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Capacitar a los profesionales de enfermería en los componentes de liderazgo y gestión con la perspectiva de mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de enfermería.
- Reorientar el rol del profesional de enfermería para lograr una óptima utilización de los recursos y mejorar la calidad del cuidado de enfermería, realizando análisis de la situación y de las perspectivas, en función de los procesos de planeación y desarrollo organizacional.
- Ubicar a los profesionales de Enfermería en el contexto del desarrollo del nuevo Sistema de Seguridad Social en Colombia.
- Identificar las tendencias y repercusiones de la prestación de los servicios de salud en Colombia, a la luz de la Ley 100 de Seguridad Social y la Ley 266 de 1996 en enfermería.
- Conocer y aplicar el manejo de las nuevas tendencias del proceso de gestión para que el profesional de enfermería participe cómo agente transformador del cambio en los servicios de salud.
- Identificar áreas críticas y fortalezas de enfermería en cada uno de los servicios, con el fin de elaborar proyectos de mejoramiento y productividad en enfermería.
- Determinar las variables sociales, políticas, económicas, educativas, profesionales etc. que tienen impacto en la profesión, para diseñar estrategias y enfrentar el futuro con mayor trascendencia e impacto.
- Promover en los profesionales de enfermería actitudes de cambio, innovación y compromiso en su gestión, para la búsqueda de la excelencia en su práctica profesional.

En el esquema que aparece a continuación se presentan los elementos centrales del proyecto de capacitación en Gerencia y Gestión. El tiempo asignado a los seminarios itinerantes fue de 24 horas, con un contenido resumen de los componentes que a continuación se describen.

Competencia Disciplinar

- teorías administrativas;
- planeación estratégica en enfermería;
- la organización de enfermería y su entorno;
- diseño organizacional en enfermería;
- gerencia del servicio en enfermería;
- calidad de atención en enfermería;
- gestión del cuidado de enfermería;
- control Interno; y
- indicadores de gestión.

Competencia Interdisciplinar

- reformas y organización de los sistemas de salud a mundial y latinoamericano
- megatendencias y cambios en el sector salud;
- sistema general de seguridad social en Colombia;
- ley 266 /96 en enfermería;
- la profesión de enfermería y el sistema general de seguridad social;
- situación actual y futura del profesional de enfermería, perspectivas de desarrollo;
- conceptos básicos de mercadeo de servicios y de enfermería; y
- costos en salud y enfermería.

Competencia Social

- liderazgo en enfermería;
- gerencia en enfermería;
- modelos de gestión en enfermería;
- dotación de recursos humanos en enfermería;
- desarrollo y gerencia a escala humana; y
- la organización como una estructura comunicacional.

Competencia Analítica

- gestión de proyectos;
- guía y metodología para la elaboración de proyectos de desarrollo institucional; y
- diseño, ejecución y evaluación de proyectos de mejoramiento, para áreas críticas de la gestión de enfermería en las instituciones de salud.

4.3 ESTRATEGIAS PARA LA EJECUCIÓN

Primera fase: elaboración y negociación del proyecto con la Dirección Ejecutiva de ACOFAEN y el Ministerio de Salud de Colombia.

Segunda fase: divulgación y coordinación realizada por ACOFAEN y la experta en el tema y Coordinadora del Centro Colaborador ACOFAEN/OPS.

Tercera fase : ejecución nivel nacional: seminarios taller: realización de 12 con una duración de 24 horas y una cobertura de 650 enfermeras.

Identificación y priorización de áreas críticas en enfermería para la aplicación de los conceptos teóricos en problemas puntuales de gestión en la organización de enfermería.

Talleres de profundización Con una duración de 24 horas y una cobertura de 180 enfermeras, con el objeto de aportar elementos específicos a los problemas detectados.

Ejecución nivel internacional: taller de FEPEN y ACOFAEN en Caracas, Venezuela sobre Gestión de Calidad para los países Andinos. 1996.

Seminario Taller en Bolivia La Paz con una intensidad de 16 horas y una participación de 55 enfermeras en cada una de las jornadas, evento patrocinado por el colegio Boliviano de enfermeras. 1997.

Cuarta fase: elaboración de la Guía de intervención de Gerencia Basada en la Evidencia Científica. Convenio Seguro Social-ACOFAN

El convenio firmado entre el Seguro Social de Colombia y ACOFAEN permitió el desarrollo de un sistema de educación permanente para profesionales de enfermería del Seguro Social.

El cual tenía como finalidad buscar el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, a través de la unificación de criterios para 12 intervenciones de enfermería en el ámbito hospitalario y comunitario.

Las tres grandes áreas en las cuales se enmarcaron los temas de las guías fueron: Asistencia hospitalaria de alto impacto para el Seguro social, Atención Ambulatoria y Domiciliaria y Gerencia del Servicio y del Cuidado de Enfermería.

Para la elaboración de las guías de las de intervención de enfermería se tuvo en cuenta la metodología de la evidencia científica comprobada, para lo cual se contó con la participación de docentes de las Facultades de Enfermería seleccionadas, personal asistencial del Seguro Social y el apoyo de grupos de expertos nacionales e internacionales.

Los procesos de validación y difusión se realizaron mediante congresos en diferentes ciudades del país, con participación masiva de profesionales del Seguro Social y otras instituciones vinculadas a él.

Quinta fase: Evaluación: el Ministerio de Salud, al evaluar el impacto que la formación gerencial tenía sobre las organizaciones, apoya el proyecto Liderazgo y Gestión para profesionales de enfermería, del cual se deriva los programas de Diplomados de Gestión y Liderazgo a nivel nacional, mediante convenios institucionales con las Universidades Nacional de Colombia, Caldas, Industrial de Santander, Libre seccional Cali, Universidad Cooperativa de Colombia, seccional Santa Marta y Bogotá y el Instituto de Ciencias de la Salud (CES).

La duración de cada Diplomado fue de 260 horas y la participación hasta la fecha ha sido de 339 enfermeros, los cuales asumieron el compromiso de desarrollar un Proyecto de Mejoramiento de la Gestión Institucional de Enfermería, que fuera innovador y dinamizador de su práctica y de beneficio para las instituciones. 1997-1998.

4.4 INDICADORES DE IMPACTO

Los siguientes son algunos de los proyectos de mejoramiento que se desarrollaron en las instituciones de salud.

- Gestión Integral del Cuidado.
- Calidad de los Registros de Enfermería.
- Participación del profesional de enfermería en la Oficina de Admisiones.
- Mejoramiento de la Central de Materiales.
- Dotación de Recursos Humanos de Enfermería para un Hospital del Tercer nivel.
- Participación del profesional de enfermería en un Programa de Atención Domiciliaria.
- Manejo Integral de las Heridas en un Hospital.
- Rol del profesional de enfermería en la ejecución y desarrollo de la Ley 100 de 1993.
- Implementación de un Sistema de Calidad a los usuarios vinculados a un Municipio.
- Estandarización de procesos en un Área Funcional de Hospitalización.
- Modelo de Organización General de los Procesos de enfermería.
- Diseño y participación de enfermería un Modelo Optimo de Facturación.
- Diseño de Estrategias de Mercadeo para un Hospital de Segundo nivel.
- Modelo de Inducción y Reinducción del personal de enfermería en un Hospital Universitario.
- Diseño de un Manual de Funciones para las Coordinadoras de Áreas Funcionales en un Hospital Universitario.

- Implementación de la Oficina de Atención a la comunidad, coordinada por un profesional de enfermería.
- Proyecto de Educación Continúa para el personal de enfermería en un Hospital Universitario.
- Proyecto para incrementar la demanda de los servicios de enfermería en el área de Consulta externa.
- Proyecto para mejorar la Imagen Corporativa de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Seccional Risaralda.

4.5 RECOMENDACIONES

- Realizar investigación sobre los resultados obtenidos con el fin de evaluar el impacto de estos proyectos en las instituciones de salud.
- Aplicar este modelo de formación y capacitación gerencial en la región de las Américas.
- Desarrollar líneas de investigación en gestión de Enfermería para mejorar áreas críticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cepeda, Cristina y Sánchez, F. Clara Inés. Modelo de formación del profesional de enfermería en gestión. Tesis de grado para optar el título de especialista en gerencia hospitalaria. Universidad EAFIT, Medellín. 1990.
2. Joy Mc Farland, Lynne, et al. Liderazgo para el siglo XXI: diálogos con 100 líderes destacados. Panamericana Formas e Impresos, McGraw Hill, Santa Fe de Bogotá. 1996.
3. Mompert García, Mari Paz. Enfermería: administración de servicios de enfermería. Ediciones Científicas y Técnicas. Serie Manuales de Enfermería, Masson - Salvat Enfermería, España.1994.

5. PROPUESTA PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA CALIDAD EN MÉXICO

CAROLINA GONZÁLEZ SCHLENKER, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

5.1 MARCO TEÓRICO

Importante: Estos conceptos presentan una versión abreviada del marco teórico de un trabajo de investigación sobre las posibilidades de éxito de la gerencia de calidad en México. Se pone a disposición (a través de una solicitud a: cgonzale@insp3.insp.mx) el texto completo con citas bibliográficas y fundamentos de lo que es aun una hipótesis. Se solicita a los lectores cualquier comentario o sugerencia que, basados en su experiencia, puedan hacer de este modelo una herramienta más útil para la realidad que se vive en las unidades operativas de salud de México.

Instrucciones: Mantenga a la vista el dibujo anexo para poder identificar, al leer el texto, los diferentes componentes y su inter-relación. Se describen los conceptos a manera de "principios", éstos son una modificación del trabajo original de John Williamson, uno de los pioneros en calidad en los estados Unidos, quien presenta cinco principios condicionantes para que la gerencia de calidad tenga éxito en el libro "Health Care Management for the 21st Century" (Gerencia de los Servicios de Salud para el Siglo 21), Cap. I. James B. Couch. editor, The American College of Physician Executives, 1991.

5.1.1 Principio # 1: Motivación

La calidad se da cuando existe motivación intrínseca

Motivación intrínseca (I): es la que se da al trabajar por vocación (satisfacción en el objeto de la profesión) y al ejercer la creatividad propia (satisfacción en el ejercicio de la profesión). Esta motivación produce *información de alta calidad*: "Te digo lo que esta pasando según yo veo la situación". Para que esta motivación pueda darse el individuo deberá desenvolverse en un ambiente de bajo riesgo en que la satisfacción de sus necesidades básicas no tome prioridad en su conciencia sino que se sienta libre de interpretar la realidad a través de su propia idiosincrasia.

Motivación extrínseca (E): es la que se da donde existe un sistema de incentivos basados en premios y castigos. Estos incentivos hacen prioritaria la propia seguridad material y psicológica en la mente del trabajador. Esta motivación produce *información de baja calidad*: "Te digo lo que quieres oír". Estructuras burocráticas de poder, además de las diferencias en salarios (y en clase social) hacen que los trabajadores en niveles jerárquicos más bajos den prioridad a sus necesidades básicas. La ausencia

estructural de conductos para el ejercicio de la motivación intrínseca crea hábitos de conformismo y poca creatividad.

La tragedia de estructurar al sistema de salud de una manera burocrática es que la información más valiosa (la que posee la persona que tiene al paciente enfrente) trata de obtenerse con motivación extrínseca. Los modelos de atención son elaborados centralmente y los reportes con los que se juzga la productividad del trabajador están cargados de información de baja calidad, proveniente de los diferentes niveles en su trayecto hacia el nivel central (ver Fig. 1). Sin embargo, es el centro donde se concentra la producción de conocimiento, que se traduce en respuestas a necesidades "documentadas" por tales reportes.

Otra desventaja de la centralización de la información es el hecho de que al salir de la unidad operativa (donde se encuentra la gente que tuvo un encuentro cara a cara con el paciente), se dicotomizan los enfermos se vuelven datos contables en el que se es o no un diagnóstico específico. Esta dicotomización pierde información de severidad, co-morbilidad, variables de pronosis, etc., específicas del contexto del usuario. Los datos centralizados carecen de los vínculos articuladores entre las variables. Estos vínculos complejos son específicos localmente y no pueden generalizarse.

Aún más problemático es el hecho de cómo la estructura burocrática, favoreciendo prácticas mecanizadas de atención, crea en los trabajadores una percepción selectiva de la situación del paciente, filtrada a través del protocolo de atención (cuando éste se hace vigente) o los reportes de productividad, previniendo un encuentro empático.

La actitud empática no solo provee al paciente con un sentimiento de haber sido comprendido por el proveedor (con el efecto curativo que este hecho ya trae consigo) sino que obtiene la información que puede determinar la exactitud del diagnóstico, la probabilidad de adherencia al tratamiento y la retroalimentación de estándares.

A diferencia de muchas industrias, las organizaciones de servicios de salud tienen una misión que es fuertemente atrayente a vocaciones de servicio humanitario. Aquí se propone que la cultura mexicana tiene una tendencia a crear conexiones interpersonales espontáneamente, comparada con otras culturas más individualistas. A pesar de los efectos de la burocracia sobre la motivación de los trabajadores y sus prácticas arraigadas, se propone que se podría esperar un cambio de actitudes al producirse el cambio estructural.

La base teórica del primer principio puede resumirse a que es prácticamente inútil esperar que la gerencia de calidad tenga éxito a menos que la razón entre la motivación intrínseca y la extrínseca con que operan los trabajadores sea mayor que 1.

Calidad necesita una razón de motivación $I / E > 1$ en sus trabajadores.

5.1.2 Principio #2: El Gerente

El (la) director(a) de la unidad operativa deberá proveer el liderazgo, la flexibilidad y los recursos para proteger y promover la producción de conocimiento dentro de la organización.

El papel del director como la autoridad máxima más cercana al encuentro con el paciente posee el mayor impacto en la reversión de la razón I/E y por lo tanto la producción de información de alta calidad dentro de la unidad.

Ese principio propone que el gerente se convierta en el líder del cambio organizacional, lo que requiere una convicción real y un compromiso con la misión de los servicios médicos que se traduzca en credibilidad a los ojos de los trabajadores: el gerente mismo deberá trabajar con motivación intrínseca, y las presiones a nivel central deberán permitir esto.

El gerente debe convertirse en el portavoz del conocimiento generado (ver Fig. 2) y validarlo ante autoridades centrales a la unidad; adquirir información, apoyo técnico y las investigaciones formales que se necesiten para complementar el trabajo interno: presentar requerimientos justificados de cambios en asignación de presupuestos y reportar a las autoridades representativas locales y a la población en general sobre el desempeño de su unidad. Como resultado de la información contextual agregada por los trabajadores, estos reportes irán evolucionando hacia una información que refleje visiones complejas de salud poblacional. Poco a poco el gerente llegará a convertirse en el eslabón inter-institucional y comunitario de la unidad.

Cada unidad, sin embargo, representa un universo único y cada gerencia un estilo propio. Las dinámicas internas de la organización proveerán espacios con susceptibilidades distintas a las expectativas de calidad. La introducción de éstas, entonces, deberá intentarse en modalidades y en espacios donde haya más oportunidad de éxito.

Calidad necesita que el director de la unidad operativa sea el abogado de la producción interna de conocimiento.

5.1.3 Principio #3: Sinergia $1 + 1 > 2$

La introducción de la “estructura flexible” entre el proveedor y el paciente es necesaria para que se canalice la sinergia hacia el servicio al paciente.

El cambio que este principio sugiere es quitar el protocolo de atención de su función de filtro entre el paciente y el proveedor y poner una “estructura flexible”. Por favor ver este anexo cuidadosamente antes de continuar y ver Fig. 2.

El crear expectativas de que los trabajadores operativos desarrollen propuestas formales de excepciones (léase cambios, adiciones o suspensiones) a los protocolos de atención basados en la realidad cotidiana de los servicios, desencadena una apertura de su percepción a la situación contextual del paciente (y a la laboral propia). Esta nueva información facilita el encuentro empático y provee oportunidad de estimular motivación intrínseca.

La sinergia surge cuando un grupo de personas conocen las fortalezas y debilidades de cada quien y logran una fórmula para trabajar juntos por una meta común. Estas dinámicas de sinergia se dan naturalmente en las instituciones, sin embargo, no están necesariamente enfocadas al servicio del paciente.

El trabajo en equipo es el primero de los dos pilares de las teorías de calidad. Los equipos pasan por varios estados de maduración hasta alcanzar (si es posible) la sinergia, ésta dispara procesos racionales. En el equipo de trabajo que ve al paciente (Fig. 1 y 2) hay no-solo diferentes personas sino diferentes profesiones que perciben visiones complementarias de la salud de éste, aportando así una información más rica y más cercana a la realidad.

Las posiciones jerárquicas que las diferentes disciplinas tienen en las organizaciones de salud tienden a suavizarse con la legitimización del trabajo en equipo. La misión altruista de los servicios (la meta común de ayudar a otro ser humano a sanar) deberá colocarse como el principal estímulo. “La “estructura flexible” entonces, provee el componente estructural que sirve de cuna para re-enfocar la sinergia.

Tomando el supuesto de que los trabajadores serán motivados (intrínsecamente) por el encuentro con el paciente y su habilidad para responder profesionalmente a sus necesidades, los procesos organizacionales que tienen contacto directo con el paciente se consideran los procesos clave en calidad. Otros procesos organizacionales de apoyo (mantenimiento, finanzas, almacén, etc.) deberán iniciar cambios en sus protocolos solamente en respuesta a las necesidades de los procesos clave. De esta manera se asegura el vínculo de los cambios propuestos con la misión de los servicios.

La introducción de la “estructura flexible” supone la existencia de los siguientes componentes:

- Todos los trabajadores a nivel operativo que tienen contacto con el paciente tienen conocimiento de los protocolos de atención y éstos se encuentran accesibles en su práctica cotidiana (una forma podría ser tener protocolos en forma de flujogramas en las estaciones de enfermería y cuarto de médicos).
- Las bases en que se justifica cada componente de los protocolos son explicadas de una manera sencilla y clara a los trabajadores de diferentes niveles. Áreas en que se requiera autorización médica para llevar a cabo excepciones deberán ser identificadas (pero aún sujetas a recomendaciones).

- Existe una metodología clara y sencilla para llevar a cabo excepciones: identificación del paso del proceso en el protocolo que debe modificarse, la manera de documentar las razones de la excepción y su posible aplicación mas allá del caso específico (se podrían crear formas con el flujograma y espacios para estas opciones).
- Existe una expectativa formal (en la dirección) de recibir la proposición de excepciones de parte del personal.
- Existen espacios formales adecuados para discutir las excepciones llevadas a cabo y las propuestas de modificación de protocolos.
- Representantes de equipos, directores de departamentos, supervisores, etc. tienen un método acordado para llevar la información al director de todas las excepciones realizadas y su justificación, así como propuestas que implican actividad o necesidades fuera de la organización.

Al igual que en el principio #2, la introducción de este cambio deberá hacerse en el espacio adecuado (núcleos de trabajadores con un buen grado de armonía), donde la conducta de los médicos sea abierta y en donde la producción de excepciones sea probable y significativa.

La calidad necesita que los trabajadores logren formar equipos sinérgicos y abran su horizonte de percepción para que se lleve a cabo la producción interna de conocimiento. La "estructura flexible" es el componente estructural facilitador.

5.1.4 Principio # 4: Método científico

Las propuestas de cambios deberán discutirse en un ambiente racional basado en la exploración, la prueba y el estudio.

Si existe sinergia, se puede suponer una razón $I / E > 1$, información de alta calidad e intercambios racionales. Éstos se facilitan con las herramientas y prácticas que utiliza el análisis de procesos del Mejoramiento Continuo de la Calidad (gráficas de control, estudios de variabilidad, etc.). El método científico es el segundo pilar de estas teorías de gerencia. Aunque inicialmente aprender los instrumentos requiere tiempo y esfuerzo, poco a poco pueden convertirse en mecanizaciones cotidianas. Estas herramientas sencillas de estadística y análisis pueden ser aprendidas en un curso breve de tres a cuatro días.

Los protocolos de atención, a pesar de ser una estructura rígida para la práctica cotidiana, representan el cúmulo de sabiduría de la tradición científica formal, sobre la cual los trabajadores deben justificar sus acciones.

Las capacitaciones se deberán dar inmediatamente después del evento de encontrar una excepción al protocolo que justifique su modificación. Los trabajadores involucrados deberán haber llegado a un consenso con respecto al cambio y estar dispuestos a coleccionar los datos que puedan justificar éste como un mejor servicio al paciente. Los requerimientos para este estudio deberán ser presentado al director de una manera clara y preestablecida. El consultor de calidad que proporcione la capacitación deberá iniciar un ejercicio de búsqueda de experiencias paralelas en la literatura, decidir con los trabajadores su relevancia en ese contexto particular y entonces diseñar conjuntamente la recolección de datos más fructífera.

Los documentos proporcionados por estos estudios representan la base legítima que el director posee para las negociaciones (con niveles centrales) que tendrá que llevar a cabo para satisfacer las necesidades de la unidad. También, al solicitar una investigación más formal, estos estudios internos sirven como punto de partida para quienes vienen del exterior a dar apoyo.

La calidad necesita que la producción interna de conocimiento esté basada en la evidencia de datos coleccionados oportuna y racionalmente durante la interacción entre los proveedores y los usuarios.

5.1.5 Principio #5: Evaluación

Los cambios en los protocolos deberán apoyarse con estudios de impacto a la población de usuarios a mediano y largo plazo. Estos estudios representan un apoyo del nivel central para la unidad operativa.

Es importante que la producción interna de conocimientos a nivel unidad se identifique dentro de un marco mayor de salud de la población. Estudios comparativos entre diferentes comunidades y ejercicios de meta-análisis mantendrán la producción de conocimiento a nivel central. Estos podrán ser recursos para las iniciativas descentralizadas, pero ya no una imposición que promueve actitudes defensivas e inhibe la creatividad de quienes han de hacer efectiva la calidad de atención.

También, a nivel unidad, debe haber periódicamente un “mirar atrás” de los cambios efectuados, tanto en su componente técnico como en las dinámicas interpersonales que se dieron.

El marco teórico presenta un escenario “ideal” que según esta hipótesis haría efectiva la gerencia en calidad. La función del marco teórico sería proporcionar dirección a los esfuerzos de calidad.

Las ***teorías y prácticas de la gerencia de calidad*** son herramientas cuya ausencia en una unidad operativa no quiere decir que no exista calidad en los servicios. Este supuesto es crucial en esta propuesta: no se parte de una concepción de escasez. Lo que las herramientas proveen son estructuras para canalizar la energía

(recursos humanos y materiales) de una manera más eficiente hacia la misión organizativa: la “materia prima” que esto requiere ya existe dentro de las organizaciones.

La gerencia de calidad es inclusiva no exclusiva.

6. WINSIG. ¿QUÉ ES Y QUÉ APORTA EN LOS PROCESOS DE REFORMA SECTORIAL?

JOSÉ MARÍA MARÍN, ASESOR REGIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA OPS

6.1 ANTECEDENTES DEL WINSIG

El WINSIG es la versión más reciente del programa de cómputo del Sistema de Información Gerencial (SIG), ahora en ambiente Windows, desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que lo ha venido revisando y evolucionando en los dos últimos años, de forma que de mejor respuesta a los actuales enfoques y prácticas emergentes de los procesos de reforma sectorial sobre la eficiencia con calidad, la asignación de recursos con criterios de productividad, la contención de los costos y el cobro de los servicios. La nueva versión, llamada WINSIG, además de trasladar el SIG a plataforma Windows, sobretodo agrega nuevas funciones para facilitar el análisis de la pertinencia y calidad de la producción, la negociación y control de los acuerdos de gestión y la facturación de costos, al haber agregado unos módulos para procesar la morbilidad atendida, hacer protocolos de atención, definir grupos de diagnósticos relacionados y costear los servicios prestados. Con ello se sitúa el sistema en uso en muchos países de la Región en condiciones óptimas y con ventajas comparativas para responder a los requerimientos de cooperación que los países vienen haciendo en este tema.

El SIG es, por tanto, a su vez una herramienta analítica para la toma de decisiones, enmarcada en los procesos de gerencia productiva de los sistemas de salud de la Región de las Américas. De hecho, su principal aporte consiste no en generar nueva información, sino en relacionar selectivamente información existente para ofrecer al gerente una visión estratégica de la gestión de establecimiento o sistemas de salud.

¿Cuál es el rol que pretende asumir el Sistema de Información Gerencial? La respuesta a esta pregunta se puede plantear con tres afirmaciones. Primero, el SIG no constituye una panacea o fórmula mágica para la solución de los problemas de conducción y gestión de los sistemas y servicios de salud, los cuales están más allá del alcance de cualquier metodología particular.

Segundo, el SIG constituye una metodología de gerencia que actúa para generar la nueva cultura institucional y gerencial que caracteriza a la reforma del sector público. Tercero, el SIG prioriza la *productividad*, pero lo hace en el contexto de las tres dimensiones críticas de la cobertura de servicios de salud: equidad, eficacia y eficiencia.

En todo caso, parecería evidente que no se puede privilegiar individualmente la equidad, eficacia o eficiencia sin incurrir en una seria distorsión de realidades institucionales, en las que éstos actúan con gran interdependencia, a menudo en complejas relaciones mutuas de causa y efecto. Es difícil concebir la equidad en condiciones de despilfarro de recursos, aunque podría lograrse un cierto nivel de eficiencia, sin que se produzca un impacto importante en términos de calidad y equidad.

Por ello, se ha procurado la evolución del tradicional sistema de información gerencial para relacionar mejor la eficiencia con la calidad y la pertinencia de la producción, orientadas hacia la equidad, bajo el concepto de *productividad social*.

Teniendo presentes estas relaciones de interdependencia, la nueva versión del SIG centra la atención en la productividad -eficiencia con eficacia-. El propósito subyacente es estimular un cambio de cultura institucional y estilos de gerencia en dos direcciones importantes y complementarias.

Por una parte, es esencial a los procesos de cambio, lograr un mayor sentido de responsabilidad social por el manejo de recursos que han sido confiados a quienes -en distintas funciones - forman parte e los sistemas de salud. Los sistemas de salud deben incorporar mecanismos de cuantificación de resultados y de rendición de cuentas para que la comunidad tenga una seguridad razonable que está recibiendo los servicios apropiados en calidad y cantidad a sus necesidades y coherentes con el nivel de inversión social que hace en salud.

Por otra parte, los gerentes deben asumir el reto de optimizar la productividad social de los recursos para alcanzar mayores niveles de cobertura con mas equidad. La noción de productividad, que aquí utilizamos, integra los conceptos de eficiencia (rendimiento de los recursos) y efectividad (impacto de los servicios) en una perspectiva de equidad social, y puede ser definida como la eficiencia con que los recursos son transformados en servicios con niveles de pertinencia, calidad y cobertura suficientes para la efectiva consecución de objetivos de desarrollo (medida en términos de respuesta satisfactoria a las necesidades de los ciudadanos/beneficiarios de los servicios de salud).

Es importante entender el SIG en su doble dimensión de *instrumento y proceso*.

Como instrumento ofrece básicamente información esencial en la toma de decisiones, con una visión integral, pero con estrategias selectivas de localización e intervención en áreas críticas de la gestión productiva.

Instrumentalmente, el SIG es un método para seleccionar y relacionar componentes críticos de los distintos subsistemas de información para ofrecer una visión global de la organización o las redes de establecimientos, detectar problemas estratégicos (aquellos que tienen un mayor impacto cualitativo y cuantitativo en los

servicios y en sus costos) y formular acciones para racionalizar el uso de los recursos y mejorar e incrementar la producción.

Como proceso, utiliza sus componentes instrumentales (cuadros, indicadores, etc.) para promover inteligencia y formas de comportamiento gerencial compatibles con los paradigmas de la modernización de la administración pública y la reforma sectorial. La premisa es que, no obstante las limitaciones impuestas por la primera afirmación sobre la potencialidad del SIG, éste en sus áreas de intervención toca directamente a muchos de los problemas fundamentales de organización y gestión de los servicios de salud. Su potencialidad se ve incrementada por la interacción con otros instrumentos -a los cuales, a su vez, complementa - de programación, de garantía de la calidad, de análisis funcional y de evaluación del desempeño.

En su doble dimensión de instrumento y proceso, el SIG ha tenido una amplia aceptación, dada sus características de simplicidad operativa, bajo costo de aplicación y alta eficacia para encarar problemas determinantes de los perfiles globales de desempeño tanto de unidades ambulatorias y hospitalarias, como de redes de servicios de amplitud local, regional o nacional. No es de sorprenderse, en consecuencia, que muchos países e instituciones hayan tenido experiencias exitosas en la aplicación del Sistema de Información Gerencial y que en numerosos casos esa experiencia data ya de varios años y que actualmente sea reclamado como una herramienta útil y necesaria. Y, consecuentemente, es para la Organización Panamericana de la Salud una oportunidad y un compromiso históricos que la demanda de los países y el interés de agencias de cooperación por el SIG se haya reiterado e incrementado.

6.2 PROPÓSITOS

Hay varios aspectos que es necesario destacar para entender el SIG y su potencialidad. Primero, es un instrumento gerencial y no administrativo. Y esta no es una distinción semántica. Significa que el SIG privilegia su aplicación en las estrategias de gestión, planificación global y manejo organizacional en el más amplio sentido del término, incluyendo desde luego la gestión de los recursos. Por tanto, el uso del SIG consciente en primera instancia a quienes tienen la responsabilidad formal de ejercer el liderazgo institucional al más alto nivel, y desde ahí perne a todos los niveles de toma de decisiones.

Un primer elemento de propósito es el diagnóstico institucional, no como proceso burocrático, sino como lectura permanente, práctica e intencionada de las "alarmas" o puntos críticos que provee el SIG.

La posibilidad de visualizar con rapidez un conjunto reducido y manejable de problemas determinantes del perfil de productividad, es una de las principales fortalezas del SIG.

Por otra parte, el SIG incluye una serie de instrumentos analíticos que permiten al gerente de los servicios de salud "modelar inteligentemente" con opciones de

costo/beneficio (el costo conlleva la eficiencia y el beneficio se refleja en cobertura, calidad y equidad). Una de las consecuencias de este tipo de análisis es cuantificar la capacidad productiva potencial compararla con la producción "actual" y medir objetivamente la capacidad ociosa (nivel real de productividad). Este es el segundo propósito del SIG.

El conocimiento de problemas relevantes, las causas asociadas y las posibilidades de acción, constituye los ingredientes para formular y ejecutar opciones y metas de cambio. Las características del SIG -por ejemplo, el hecho de usar un número reducido de indicadores que afectan el perfil global de desempeño organizacional y la transparencia de los problemas relevantes - permiten establecer sobre la marcha procesos de cambio dirigidos a fortalecer la relación Eficiencia/Producción/Resolución. En otras palabras, si las metas de cambio se cumplen, resultará un uso eficiente de los recursos, que producirá mayor pertinencia e incremento de la producción y, en última instancia, el mejoramiento cualitativo y cuantitativo de la cobertura. La simple lectura de la evolución de los indicadores permite monitorear el cumplimiento de las metas de cambio.

6.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL SIG

Es frecuente inferir -erróneamente- que el SIG es una metodología para la administración hospitalaria. Sin perjuicio de la importancia que tienen los hospitales, ésta es una conclusión limitante y diminutiva del potencial del SIG. Para corregir esta distorsión, están documentadas las múltiples aplicaciones del SIG dentro y fuera del ámbito hospitalario.

Uno de estos ejemplos plantea la situación de un ministro de salud y su equipo de dirección superior que necesitan conocer cuál es el grado de éxito que tiene la red de instituciones en la aplicación de la política de cobertura de servicios de salud. Ello requeriría conocer el efecto agregado y la situación particular de unas 400 instituciones distribuidas a lo largo y ancho del país, en siete regiones y los siguientes niveles de complejidad:

10 hospitales de referencia nacional (nivel terciario)

12 hospitales regionales (nivel secundario, unos pocos con algunas subespecialidades)

15 hospitales del primer nivel de referencia.

300 centros ambulatorios, con programas que se extienden a las propias comunidades servidas.

Lo que parecería una tarea monumental, dada la cantidad de unidades, dispersión geográfica y datos, se vuelve un proceso manejable usando las posibilidades de ordenamiento de datos que ofrece el SIG como resultado de su aplicación

sistemática. Una primera posibilidad es elaborar para cada nivel los cuatro cuadros que se explican posteriormente y hacer un perfil rápido de situación (producción, rendimientos, costos, problemas relevantes y potencial productivo). De esta forma, la información del sistema nacional de salud se concentra en cuatro conjuntos de cuatro cuadros, cada uno de los cuales abarcaría la información de todos los establecimientos y niveles del sistema nacional de salud.

Pero el aporte del SIG no concluye aquí. Supongamos que el macro-análisis por nivel evidencia un perfil de problemas del subsistema hospitalario, en donde se destaca los siguientes aspectos: (i) uso improductivo de las camas, como reflejo de bajos índices ocupaciones y altos niveles de permanencia por paciente hospitalizado; (ii) un gasto en apariencia excesivo de medicamentos por egreso en los servicios de medicina y cirugía; (iii) altos índices de uso del servicio de laboratorio por parte de los servicios de cirugía y medicina; y (iv) bajos niveles de rendimiento del recurso médico en la consulta externa.

La información proporcionada por los cuadros en relación con estas variables puede ser ampliada para determinar el comportamiento individual de instituciones, programas, especialidades y micro variables, de tal manera que el ministro y su equipo de dirección puedan proporcionar un mayor sentido de dirección en los procesos de cambio para mejorar la capacidad de cobertura del sistema de salud.

Una acción similar puede ejercer el director o gerente de cualquier red de servicios (v.g. un director regional o de área), mientras que el gerente de la unidad (hospital o centro ambulatorio) hace lo propio en su ámbito de responsabilidad. Pero en este último caso, el SIG llega a un nivel mayor de detalle: ofrece resúmenes individuales para cada servicio que conforma la unidad o establecimiento, con el mismo contenido de información de los cuatro cuadros mencionados.

6.4 UTILIZACIÓN DEL SIG EN LA MODERNIZACIÓN ESTATAL Y REFORMA SECTORIAL

Casi todos los países están abocados a procesos de reforma sectorial. La aceptación mayoritaria en nuestros días de necesidad de la reforma obviamente sugiere algún grado de consenso sobre la naturaleza de la crisis institucional y un cuestionamiento de fondo a los modelos de organización, financiación y funcionamiento que han prevalecido en décadas recientes.

Pero si la crisis es real y tiene un alto costo social y humano, algo se tiene que ofrecer para atacar, en el corto plazo, las causas que la generan, mientras se corrige los factores estructurales que la condicionan -tarea de mediano y largo plazos-. El SIG facilita la realización inmediata de importantes procesos de desarrollo institucional, compatibles con las metas de reforma a mediano y largo plazo. Las características mismas del SIG sustentan este planteamiento:

- Se puede implementar en períodos muy cortos, tanto en unidades individuales como en redes o sistemas de salud.
- Sus costos de operación, tanto en términos de procedimientos como de recursos, son mínimos y están al alcance de todos los países.
- La información del SIG es de fácil interpretación por los gerentes de los servicios de salud: Médicos, enfermeras, ingenieros, bioquímicos y muchos otros que practican la gerencia pero provienen de sectores profesionales y disciplinarios diferentes.
- La facilidad de uso de la información (y procesos analíticos) contrasta con su alta eficacia en los procesos de cambio.

¿Cómo se pueden llevar a cabo los procesos de cambio? Se parte de la premisa que los proyectos de modernización y reforma tienen entre sus objetivos principales mejorar la eficiencia institucional y que ésta es una condición necesaria para incrementar la equidad, eficacia, calidad y sostenibilidad de los sistemas de salud. En este contexto, la utilización del SIG puede resumirse en los siguientes elementos:

- Los niveles de decisión política y gerencia superior pueden hacer un análisis macro institucional, identifican los problemas estratégicos que condicionan los perfiles de eficiencia, determinan sus causas y plantean las posibles soluciones. Al hacer este análisis, la dirección política asume una posición rectora, fortalecida por un adecuado conocimiento de las situaciones estratégicas y la posibilidad de iniciar un diálogo constructivo con otros niveles de decisión.
- La gerencia de las distintas redes de servicios (provinciales o regionales) realiza una tarea similar (análisis de la información agregada de su propio ámbito de autoridad), cuyos resultados pueden validar, modificar o cambiar la visión del nivel de decisión política sobre problemas, causas y posibilidades de acciones correctivas. Nuevamente, la iniciativa y el liderazgo se fortalecen en este nivel.

Los sistemas de salud a nivel local conducen su propio análisis y de nuevo validan, modifican o cambian la visión del nivel inmediato superior de problemas, causas y acciones correctivas. Igualmente la iniciativa y la responsabilidad se trasladan al nivel local.

Las facilidades que tiene el SIG de agregar la información que se origina en el nivel local, permiten a cada nivel llevar un sistema de monitores (indicadores de gestión) cuya evolución verifica el éxito de los procesos de cambio (cambios en la estructura de la oferta, volúmenes de producción, niveles de rendimiento, costo de los servicios, etc.).

Este proceso tiene características especiales que vale la pena enfatizar. Primero, el carácter participativo de la conducción del cambio, tanto a cada nivel de la

organización del sistema de servicios, como internamente entre los componentes institucionales de cada nivel.

Segundo, por el ordenamiento, articulación y armonización de los procesos de cambio, surgidos del diálogo entre estos niveles.

Tercero, porque los resultados de cualquier proceso de cambio pueden ser cuantitativamente verificables. La reducción de la brecha entre producción "actual" y producción potencial se convierte en un poderoso indicador de productividad y una prueba de la capacidad del sector para hacer un uso adecuado de los recursos agregados. En un plano más operativo, es posible ver las variaciones en los volúmenes de producción de servicios, su estructura, los rendimientos, los patrones de uso de recursos (composición, distribución, etc.) y los costos.

Cuarto, los perfiles de situación generalmente presentan posibilidades de acción de alto impacto con los recursos disponibles. Siguiendo el principio de jerarquización de problemas, es posible focalizar esfuerzos y recursos en un número reducido de problemas con un alto impacto cualitativo y cuantitativo en la prestación de los servicios y en los costos de operación.

Finalmente, los procesos analíticos sustentados en el Sistema de Información Gerencial pueden contribuir a cambiar la situación de la mayoría de los esfuerzos de capacitación que se generan en forma desarticulada y con carencias de direccionalidad y que, con mucha frecuencia, obedecen a intereses particulares de grupos profesionales y técnicos y priorizan cambios específicos de capacitación. Así, los contenidos normativos caen en un vacío frente a una insuficiente capacidad operativa para conducir procesos gerenciales más globales, porque sigue modalidades centralizadas de organización, ajena al contexto local y focalizada no en la solución de problemas sino en la entrega de conocimientos, mediante el análisis de algunos factores determinantes de la capacidad operativa.

La capacitación gerencial, mediante el SIG, parte de una cuantificación de los niveles de cobertura (caracterizado por campos de actividad o programas, de acuerdo a la apertura de servicios) y su relación con la producción "real" de servicios de salud; luego se determina la capacidad potencial de producción de servicios, bajo premisas razonables y accesibles de eficiencia y calidad. La diferencia entre capacidad productiva y producción "real" provee un poderoso indicador de la posible presencia de un problema sustantivo (ineficiencia o capacidad ociosa), que puede dar lugar a acciones prácticas de cambio, incluyendo la capacitación misma. El proceso analítico concluye con la búsqueda de causas de los problemas en factores organizacionales o de uso de recursos que inciden negativamente en la capacidad productiva y, por ende, en la cobertura. Esta modalidad de análisis, conducida en el ámbito local, en forma descentralizada y participativa, permite establecer metas de desarrollo institucional y generar elementos de direccionalidad frecuentemente ausentes en los tradicionales programas de capacitación.

Estas son algunas de las orientaciones principales que han condicionado el desarrollo del Sistema de Información Gerencial en su nueva versión: WINSIG.

6.5 UNA VISIÓN DE CONJUNTO DEL WINSIG 1.0

El WINSIG 1.0 en general conserva las características básicas de las versiones anteriores del Sistema de Información Gerencial, especialmente la facilidad de uso por personal sin previa capacitación en operación de computadoras, pero incorpora otros módulos que no estaban presentes en las versiones SIG 2.0 y SIG 3.0.

Las funciones principales del WINSIG siguen siendo las mismas que ha mantenido desde su origen el SIG:

- Evaluar globalmente el desempeño de instituciones y programas de salud.
- Identificar los factores o problemas más relevantes del perfil de productividad institucional correspondiente.
- Facilitar el análisis de dichos factores o problemas a fin de determinar opciones de cambio, en el marco de los procesos de reforma sectorial y modernización de la administración de salud.
- Monitorear los procesos de cambio y la evaluación de impacto de las medidas de ajuste institucional que sean adoptadas para atacar la problemática que el propio SIG permite identificar.
- Establecer los costos de los servicios como resultantes del rendimiento en las funciones de producción.

Para cumplir con las anteriores funciones, el programa WINSIG 1.0 ofrece al gerente los productos siguientes:

- Información actualizada mes a mes para la gerencia, incluyendo *cuadros, indicadores y tendencias*. Como un nuevo aporte, WINSIG 1.0 ofrece un conjunto de *indicadores para el control por resultados* cuando hay procesos sustentados en *acuerdos de gestión*. Dichos indicadores cuantifican cobertura, producción, recursos, rendimientos y costos.
- Un módulo para el procesamiento de la *estructura de morbilidad atendida*, siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que privilegia el concepto de capacidad de resolución de la red de servicios.

- Un módulo para el diseño de *protocolos de atención* como un elemento auxiliar para programas de garantía de la calidad, articulado a la estructura de morbilidad y al sistema de programación de insumos y procedimientos.
- Un instrumento de *programación y presupuestación*, sustentado en el análisis de la capacidad institucional y en los protocolos de atención que ofrece opciones más sólidas para determinar las metas de producción, y los requerimientos de procedimientos terapéuticos, diagnósticos y de otra índole, y de insumos esenciales.
- Un mecanismo de *costeo de tratamientos*, además de los tradicionales *costos promedios -globales y unitarios-*, que incluye dos modalidades: *costo presuntivo* que emana de los protocolos de atención por grupo de diagnósticos relacionados y *costo actual*, ya sea por paciente o por procedimiento, que facilita el cobro individual o la facturación interinstitucional de servicios.
- Un esquema de *evaluación de la productividad* al comparar resultados con programación, atención brindada con protocolos, costos actuales con presuntivos.
- Un sistema de consulta en pantalla sobre la definición, fórmula, interpretación (condicionantes, implicaciones, etc.) de los indicadores que emplea el SIG en los procesos de gerencia institucional.

El programa permite la “consulta en pantalla” de la información empleada y sus productos, ahora no solo cuadros e indicadores, sino también narrativos. Los formatos de las salidas son flexibles y en gran medida determinados por el usuario.

Su diseño se ha hecho de tal manera que permita la operación local descentralizada y la conformación de sistemas de indicadores o monitores de gestión, en apoyo a la función reguladora que compete ejercer al nivel de dirección de los sistemas de servicios de salud. Su aplicación demanda el ejercicio del buen juicio para que, quienes tienen la responsabilidad de definir algunos parámetros comunes a todos los programas o establecimientos, permitan a su vez desviaciones razonables emanadas de las iniciativas regionales y locales.

En la definición y ordenamiento de los parámetros que emplea el sistema, especialmente categorías de insumos y de recursos humanos, el usuario deberá recordar la naturaleza gerencial del SIG y no reducirlas por criterios de tipo contable o fiscal, las cuales son más o menos ajenas a sus propósitos.

6.6 PRODUCTOS DEL WINSIG

De la variedad de posibilidades que tiene el WINSIG, hay algunos productos de especial importancia. Se destaca la información que se menciona a continuación:

6.6.1 Cuadros Básicos del Sistema

Cuadro 1: proporciona información global sobre los “centros productivos” (o servicios) que conforman la organización o la red; los costos totales de operación; los costos unitarios; y el rendimiento del recurso cama, si la organización es un hospital. Este cuadro ofrece al gerente y a otras partes interesadas una visión de conjunto de los resultados del proceso productivo.

Cuadro 2: define los niveles de uso de los servicios complementarios (por ejemplo: quirófanos, laboratorios, servicios de mantenimiento, administración, etc.) que forman parte integral del producto principal de la organización (v.g. la consulta). Para apreciar la importancia de los índices que registra este cuadro, debe notarse que, en los hospitales del nivel secundario y terciario los servicios complementarios absorben generalmente más del 50% de los costos totales de operación.

Cuadro 3: ofrece información sobre la disponibilidad y el rendimiento, y los patrones de composición y distribución del recursos humanos.

Cuadro 4: detalla la composición de los costos de operación del establecimiento o red y de cada servicio o “centro productivo” que lo conforma. Este cuadro es fundamental para analizar las funciones de producción (composición y monto de insumos asociados con un volumen de producción dado) y plantear opciones de costo/equidad y costo/eficacia.

6.6.2 Series Históricas:

Permiten conocer el comportamiento histórico de una variedad de indicadores. Por ejemplo, apoyándose en el SIG, se puede analizar la producción para un período cualquiera para planificar posibles variaciones cíclicas de la demanda.

6.6.3 Indicadores:

Permite conocer y comparar el comportamiento de una variedad de indicadores en un período de tiempo definido (v.g. cuál fue el índice ocupación en el mes de septiembre del año anterior). A diferencia de las series históricas, el indicador es un dato específico para un período determinado que establece el usuario para uno o varios centros de producción.

6.6.4 Elaboración y Negociación del Programa/Presupuesto:

La metodología implícita en esta versión pretende incorporar el análisis institucional para identificar problemas e introducir medidas correctivas para optimizar el uso de los recursos en los procesos de programación y presupuestación. El proceso analítico parte de la producción sustantiva (v.g. egresos o consultas), la producción subsidiaria (v.g. exámenes de laboratorio o raciones alimenticias) y la asignación de recursos por unidad de producción (v.g. gasto previo en medicamentos por egreso pediátrico). El programa computacional hace las sumatorias correspondientes. Como

resultado de este proceso cada unidad hace una propuesta que incluye la producción bajo ciertas premisas de eficiencia y calidad, los recursos requeridos para ello y los costos correspondientes (relación producto/insumo). Nótese aquí la vinculación entre el instrumento y los procesos. El proceso busca estimular una nueva forma de comportamiento gerencial, mediante el análisis de opciones que ofrezcan mejores relaciones de costo/equidad y costo/eficacia que las actuales forma de asignación de recursos con proyección histórica. Además, la adopción de criterios uniformes para la asignación de recursos (localizados en la optimización de la producción de cada servicio o establecimiento) pretende neutralizar el efecto distorsionante sobre la estructura de los recursos que ejercen los grupos de interés especial. Es la base para diseñar y negociar acuerdos de gestión.

Se ha agregado formatos complementarios a la metodología de programación que sustenta el Sistema que intentan plasmar el compromiso programático y presupuestal en forma resumida y simple, de tal manera que los gerentes tengan un instrumento permanente de referencia en su diálogo con las autoridades responsables de la asignación de recursos y con los equipos de trabajo.

6.6.5 Evaluación de Resultados:

El último componente a destacar es la posibilidad, dadas ciertas normas o compromisos, de llevar un control del grado de cumplimiento de un programa o acuerdo de gestión. El WINSIG permite registrar las normas y luego extraer el indicador correspondiente para determinar su nivel de aplicación. Tener parámetros de gestión constituye otro punto central a la promoción de nuevas formas de comportamiento gerencial; es una forma de control cuantitativo que hace posible ordenar la gestión sobre la base de productos y resultados y evitar ambientes inciertos que producen desgaste, fricción y conflictos. En ausencia de las normas pertinentes - frecuente carencia de los servicios de salud- la información que genera y ordena el WINSIG permite apreciar las tendencias y a partir de ellas establecer valores indicativos en sustitución temporal de las normas.

6.6.6 Análisis de Costos:

Los procesos de reforma sectorial han generado una nueva presión por afinar los procedimientos de costeo de los servicios, especialmente los hospitalarios; por lo cual el WINSIG ha incluido nuevos procedimientos de Costeo de Servicios.

Los costos hospitalarios constituyen ciertamente uno de los principales renglones del gasto del sector, no necesariamente proporcional a su aporte en el mejoramiento de la salud de la población. En esa dimensión son también un condicionante esencial del financiamiento de la salud de una manera general y de la posibilidad de expansión en programas que puedan tener una relación más favorable de costo-beneficio del gasto en salud. El análisis de los costos es una forma de llegar al mejoramiento de los servicios de salud, no sólo en términos de eficiencia, sino también de eficacia y equidad. El costo de un servicio es de hecho un reflejo de la calidad de la atención; el costo directo de un egreso o una consulta refleja los insumos

aplicados en el tratamiento de un paciente; y el costo indirecto refleja los procedimientos terapéuticos, diagnósticos y de otra naturaleza asociados en ese tratamiento; ambos representan una expresión de la calidad de la atención.

Por otra parte, el análisis comparativo de los costos ofrece elementos que permiten, bajo condiciones más o menos comparables, determinar el tipo de tratamiento que se ofrece a una comunidad con respecto a otra. En este sentido, un costo mayor en un establecimiento implica que ha habido una decisión consciente o inconsciente de asignar mayor cantidad de recursos que en otros de similar nivel de complejidad y características de demanda. Las desviaciones, cuando son substanciales, constituyen en consecuencia una posible medida de equidad en la distribución de los recursos. Por ello, es importante definir los objetivos de los costos, para establecer que método tiene una mejor relación de costo/beneficio.

Este último aspecto es crítico; la operación selectiva de los sistemas de costos implica poder seleccionar, de un universo de posibilidades más o menos amplias, las aplicaciones que sean pertinentes a los propósitos y posibilidades reales de cada institución. En general se considera que los costos promedio que ofrece el SIG en todas sus versiones satisface el propósito de racionalización institucional; los costos presuntivos pueden ser empleados para regular las relaciones interinstitucionales de compra de servicios; y finalmente, el costeo por paciente o por procedimiento facilita la relación compra individual de servicios.

Pareciera sensato que cuando existen relaciones de compra y venta de servicios entre instituciones o con individuos, el costeo debe tener un alto nivel de precisión, aunque ello representa un costo extra y una carga administrativa más sobre la frágil capacidad operativa de los sistemas y establecimientos de salud. Por esta razón, consciente de la necesidad de desarrollar procesos más exactos para satisfacer las relaciones de compra/venta, WINSIG 1.0 ofrece una opción de costeo de la atención del paciente que es tanto exacta como económica en su aplicación.

Se trata, por una parte, de registrar los procedimientos y recursos (personal y materiales que ha recibido el paciente en el curso de su tratamiento y asociarlos con una tabla de costos que el SIG mantiene actualizadas sobre bases permanentes sin esfuerzos adicionales de cálculo.

WINSIG 1.0 también ofrece la posibilidad de establecer costos presuntivos (normalizados) por tipo de patología o grupos de diagnósticos relacionados, siempre y cuando hayan sido definidos previamente los componentes de insumos y procedimientos por medio del módulo de protocolos. Esta opción parece razonable cuando las relaciones de compra/venta de servicios es de tipo institucional. La entidad contratante puede acordar con la proveedora un precio presuntivo, establecido por acuerdo mutuo -acuerdos de gestión- a partir de una definición científica de la atención -propósito principal del protocolo- y un consenso sobre criterios de rendimiento - propósito principal de los indicadores y parámetros de eficiencia-.

6.7 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA WINSIG 1.0

El menú principal conserva la misma estructura con los siguientes componentes:

- Configuración
- Datos
- Resultados
- Análisis
- Utilitarios

El SIG, en sus tres versiones, ofrece un módulo de *Configuración* con las mismas características básicas, la más importante de las cuales es la posibilidad de agregar datos desde una actividad menor o subespecialidad, hasta el servicio, el establecimiento, una red local o regional o un sistema nacional de salud. Esta capacidad de agregación es consustancial con el concepto de *red de servicios*, un factor común en el desarrollo de los sistemas de salud en el pasado y que, sin duda alguna, mantendrá su relevancia en el futuro. La posibilidad de ofrecer, en el plano de la organización sanitaria como un todo, una visión integrada, facilitar el análisis de problemas de amplio impacto y la adopción de medidas correctivas, constituye un aporte estratégico a los procesos de cambio que encaran los países de la Región.

El módulo de *Datos* ha experimentado ligeros cambios de forma y algunos importantes para registrar los datos requeridos por los nuevos módulos que se han incorporado a la versión WINSIG 1.0 y que se explican luego.

También el módulo de *Resultados* mantiene los atributos de las versiones anteriores y agrega algunos elementos nuevos. Tres productos esenciales merecen referencia: Cuadros, Indicadores y Series Históricas conservan las características básicas de versiones anteriores. Se ha agregado una opción para imprimir o consultar en pantalla un conjunto de indicadores básicos, los cuales pueden ser generados -solicitando directamente la opción- en formato carta. Esta modificación busca agilizar la difusión de información sobre un conjunto de indicadores críticos, de tal manera que estén disponibles para los gerentes de nivel nacional, regional y local en forma oportuna.

Los cambios más importantes están asociados con el módulo de *Análisis* especialmente en la formulación del programa/presupuesto (acuerdos de gestión) y en el uso de algunos instrumentos que cumplen una doble función administrativa y clínica.

Bajo el título de Protocolos aparecen tres componentes de los mismos: insumos, recursos humanos y procedimientos. Los protocolos constituyen un concepto más amplio, programación y en la promoción de la excelencia clínica -en apoyo a procesos

de garantía de la calidad-, mediante un mecanismo para establecer una relación entre las normas y los patrones de atención.

El módulo de Protocolos ofrece un mecanismo simple y transparente, por el cual cada usuario pueda definir, a su propio ritmo y según su propia percepción de prioridades, los insumos, recursos humanos y procedimientos requeridos para la eficaz atención de cada tipo de morbilidad. Dadas estas posibilidades desconcentradas, WINSIG 1.0 también abre la posibilidad de establecer dichas definiciones basadas en evidencia y definidas en forma mas o menos centralizada.

En estrecha relación con lo anterior, WINSIG 1.0 incluye también un programa para procesar la estructura de morbilidad en la forma e intensidad que decida cada usuario. Esta ha sido una deficiencia en las versiones anteriores, con frecuencia acentuada por la falta de medios apropiados y flexibles para procesar los datos y obtener los resultados en forma oportuna para la toma de decisiones. WINSIG satisface esta necesidad de relacionar la producción con la morbilidad atendida.

De esta forma, la capacidad productiva puede ahora ser asociada con la estructura de morbilidad, de tal manera que se programe no sólo producción por actividad final, sino también por tipo de patología. Su asociación con los protocolos permite definir los recursos (personal y materiales) y los procedimientos con un alto grado de racionalidad.

Conviene destacar que estos nuevos atributos de WINSIG 1.0 han sido diseñados para ofrecer *el máximo deseable de participación local y el mínimo esencial de normatización central*; prácticas coherentes con las políticas de descentralización comunes en los procesos de reforma sectorial y modernización de la administración pública. Se entiende que los países pueden optar por establecer normas indicativas de aplicación nacional, las cuales deberían permitir algún proceso de validación regional y local. Por otra parte, la capacidad para actualizar las normas a partir de las experiencias y realidades locales es un proceso que rara vez se cumple, dada la rigidez de los manuales respectivos. Con el WINSIG 1.0 es posible copiar la información pertinente en el módulo correspondiente y facilitar la actualización por parte de quienes tienen un contacto diario con el paciente en el nivel regional y local. Esto tiene dos consecuencias importantes: primero, no es necesario publicar en un manual las normas pertinentes, las cuales están disponibles “en pantalla”, y, segundo, el usuario local tiene acceso a un mecanismo operativo simple para hacer las actualizaciones que sus propias experiencias y realidades determinen. Además los ministerios e instituciones de seguridad social se ahorran el costoso e ineficaz proceso de impresión de manuales escritos. Esos cambios pueden ser recogidos en una forma sistemática (v.g. mediante la copia del archivo correspondiente) para mantener actualizadas las normas nacionales y distribuirlas por la misma vía de disquete a los usuarios pertinentes.

6.7.1 Módulo de Configuración

El módulo de configuración determina:

- Las características de un establecimiento o programa. Se utiliza aquí el concepto de establecimiento o programa de una manera flexible; al respecto conviene destacar que el WINSIG en sus distintas versiones ha sido diseñado para los programas de salud y no exclusivamente para los hospitales, aunque dada su participación en los recursos del sector, éstos tienen una importancia trascendental.

El menú de configuración busca caracterizar estos programas o establecimientos en dos sentidos generales. Primero, a partir de las variables que emplee el Sistema de Información Gerencial, es decir, categorías de insumos expresadas en términos monetarios, producción y horas recursos humanos, todo asociado a una estructura de servicios (centros de costo en la terminología convencional). Segundo, en términos de su ubicación en un sistema de servicios de salud y en un contexto geográfico y poblacional dado. Cada programa o establecimiento tiene una relación específica con un ámbito poblacional definido y se inserta en una red de servicios a partir de su nivel de complejidad institucional y su función compartida con otros programas o establecimientos.

De esta manera se puede lograr indicadores de cobertura (producción de servicios sobre población) y se puede agregar la información para facilitar el macro análisis institucional; una función esencial para orientar el cambio a la luz de los procesos de reforma o modernización sectorial. El concepto de red de servicios está asociado con las economías de escala y es un requerimiento esencial para la aplicación de los principios de equidad, eficacia y eficiencia. Sus componentes principales se describen a continuación:

- Red de Servicios: ubica el establecimiento o programa en una red local, regional y nacional de servicios de salud. Permite la conformación de cuadros e indicadores agregados en cada nivel de la red de servicios. Las posibilidades de agregación de datos, desde una especialidad, un servicio, un establecimiento o programa, hasta un sistema local, regional o nacional de salud.
- Niveles Institucionales: identifica el nivel de complejidad institucional de cada establecimiento o programa, a su vez determinado por la configuración de recursos y tecnología. La premisa subyacente en los niveles de complejidad es la diversificación de roles y el ordenamiento de los recursos y tecnología sobre bases de equidad, eficacia y eficiencia. El ordenamiento de los aportes de cada componente del sistema de servicios y la coordinación entre ellos dependen en gran medida de la aplicación de este concepto. El sistema de referencia constituye, desde el punto de vista del usuario, un componente esencial de este ordenamiento.

Clases de Servicios: constituyen agrupaciones de servicios, de acuerdo a su similitud, de tal manera que se pueda aplicar criterios afines en el análisis.

- Además permite darle un tratamiento especial a servicios tales como las unidades de cuidados intensivos que, siendo elementos de apoyo (es decir, no generan

egresos) comparten indicadores comunes con los servicios finales (v.g índice ocupacional, promedio de estancia, índice de rotación e intervalo de sustitución).

- **Categorías de Insumos:** establece un número limitado de categorías de insumos empleados, usualmente de 20 a 30, en los procesos de producción de servicios y determinantes del costo de los mismos. En general, el sistema funciona con tres categorías principales: servicios personales, insumos y servicios no personales, aunque el usuario determina su clasificación, desagregación y ordenamiento. El ordenamiento de dichas categorías debe hacerse de acuerdo a su importancia relativa en el costo de los servicios, para algunas funciones de programación y presupuesto, para los indicadores de los acuerdos de gestión, y para facilitar su lectura por parte de los gerentes. En general se considera importante limitar la aplicación de criterios contables o fiscales de ordenamiento.

Recursos Humanos: facilita la clasificación de un número reducido de categorías de recurso humano que conforman el “equipo productivo” de cada servicio o centro de costos. Emplea el concepto de “Recurso Nuclear”, es decir, el recurso en torno al cual gira el equipo de trabajo, (v.g. el médico en la atención médica, el farmacéutico en la gestión de la farmacia, el bioquímico en el laboratorio clínico, etc.).

De esta manera es posible obtener mejores indicadores de distribución y composición del personal. Se destaca que el Recurso Nuclear no está necesariamente asociado con jerarquía ni jefatura.

- **Servicios:** define la estructura programática de la unidad respectiva. Un servicio debe tener unidad cuantificable de producción y recursos claramente reconocibles, sin que ello implique un costo excesivo en el procesamiento de datos.

6.7.2 Módulo de Datos

Como su nombre lo indica, este módulo permite la captura y el procesamiento de los datos que demandan otros componentes de WINSIG 1.0. La función principal es el ingreso y edición de datos, aunque los mismos pueden constituirse por sí mismos en instrumentos básicos de trabajo, v.g. el uso de la planilla de datos para efectos presupuestarios. Además, contiene un programa para el procesamiento de estructuras de morbilidad, protocolos, formatos auxiliares para programación y presupuesto y su nuevo procedimiento para el costeo por paciente. Estos componentes principales se describen a continuación:

- **Captura Mensual:** abre un formato tipo hoja electrónica, con las características del programa o establecimiento, para que se ingresen los datos del mes correspondiente.

- **Matriz de Datos:** permite obtener matrices, con o sin datos, para ingresar o verificar la corrección de los datos o para otros efectos programáticos, presupuestales o financieros.
- **Formularios:** ofrece algunos formatos auxiliares para la recolección de datos para evitar las dificultades de diseño e impresión de formularios especiales. La experiencia de muchos años de uso del WINSIG sugiere la conveniencia de mantener los formatos en uso y emplear los formatos auxiliares solo en forma excepcional y con el acuerdo de cada responsable de unidad y sus técnicos.
- **Indicadores:** ofrece una ayuda sobre los indicadores que utiliza el Sistema. De esta manera cuando el usuario tenga alguna duda puede acudir a este componente del menú, abrirlo y hacer las consultas pertinentes; además podrá editar o cambiar la información que ha sido incorporada inicialmente, borrar, agregar nuevos indicadores. Para cada indicador se ofrece:
 - Nombre del indicador
 - Descripción
 - Fórmula
 - Ubicación del Indicador
 - Condicionantes de su comportamiento
 - Análisis e Implicaciones
- **Morbilidad:** permite el ingreso de datos para establecer la estructura de morbilidad atendida en los períodos correspondientes. Constituye un elemento esencial de la gestión de establecimientos de salud, generalmente ignorado. Está estrechamente ligado a los protocolos y al programa/presupuesto.
- **Procedimientos, Insumos esenciales y Unidades:** permite el ingreso de las definiciones, criterios y medidas de uso de los procedimientos e insumos que van a ser incluidos en los protocolos.
- **Protocolos:** a partir de la estructura de morbilidad, posibilita la definición de insumos esenciales (v.g. medicamentos y material medico/quirúrgico) y procedimientos (v.g. tipo de intervención quirúrgica y exámenes de laboratorio) por morbilidad específica.

Es esencial para lograr una buena programación de insumos y metas de producción de servicios; además, facilita procesos de desarrollo de garantía de la calidad, mediante la comparación entre estándar y resultados, y la ejecución de programas de capacitación en servicio.

- **Costos:** incluye dos elementos adicionales de costeo al costo promedio: uno presuntivo que emana de los protocolos de atención y otro actual por paciente o procedimiento, que incorpora en un proceso de bajo costo todos los aportes de insumos y procedimientos al usuario de los servicios de salud. También permite

registrar a las entidades de donde provienen los pacientes y a quienes habría que facturar la atención brindada.

6.7.3 Módulo de Resultados

Los resultados constituyen las principales salidas del programa. Se destacan los cuadros tradicionales del SIG: el primero de los cuales ofrece información general sobre estructura de servicios de cada unidad, la unidad de producción definida para cada uno, la producción, el costo de operación del servicio, el costo unitario y algunos indicadores de rendimiento específico o general. El segundo ofrece información sobre el comportamiento de los servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, administrativo y general, incluyendo producción del período e índices de uso por unidad de producción de los servicios finales. El tercero se refiere a los patrones de dotación, distribución, composición y productividad del recurso humano; se separa en un Cuadro 3 A para los servicios finales y un 3 B para los servicios complementarios. El Cuarto tiene los costos directos e indirectos de cada servicio y de la unidad como un todo. Completan a estos cuadros los indicadores y las series históricas, con sus respectivas opciones de graficación. Los componentes principales se describen a continuación:

Cuadros: genera los cuatro cuadros del WINSIG, según formato determinado por el usuario, los cuales pueden ser consultados “en pantalla” o impresos. Hay tres formatos optativos: general, consistente en planillas globales con todos los servicios; general con aquellos servicios que ha “marcado” el usuario; e individual, con los datos de los cuatro cuadros para cada servicio.

Series Históricas: genera indicadores de tendencias por períodos definidos por el usuario.

Indicadores: genera los indicadores para un período dado. Hay una opción para generar un conjunto de indicadores que cada país podría considerar oportuno publicar en forma periódica y rutinaria.

Morbilidad: genera informes sobre la morbilidad atendida en números absolutos y relativos, en formatos alfabéticos, por código y por frecuencia en forma ascendente y descendente, por servicio o establecimiento.

Instituciones Compradoras: genera reportes de los pacientes atendidos y sus costos por cada institución compradora o aseguradora.

6.7.4 Módulo de Análisis

Aún cuando en apariencia este módulo conserva el mismo contenido del SIG 3.0, hay cambios importantes de fondo. El principal es que ahora, si cada institución quiere hacer un esfuerzo más serio en la programación de insumos y procedimientos (producción de servicios de apoyo), éstos pueden sustentarse en el uso de los

protocolos, la estructura de morbilidad y las metas de producción. Los componentes principales se describen a continuación:

- **Parámetros:** permite registrar los valores estándar o que una unidad o programa desea alcanzar como meta en un período dado en cuanto a cobertura, normas de rendimiento y de utilización de servicios. Debe destacarse que la intención implicada es estimular el diseño de estas normas con carácter local y no necesariamente definidas en forma imperativa desde niveles centrales. Obviamente, ciertas normas deben ser producto de un proceso negociado entre niveles del sistema, pero la presunción de una norma universal para distintos contextos regionales o locales, generalmente resulta inapropiada y producto de un enfoque centralista, que se trata de superar en los nuevos modelos de gestión. Las normas incluyen cobertura, índices de utilización del *recurso cama*, tasa de uso de los servicios complementarios por unidad de producción final y productividad del recurso humano.
- **Programa/Presupuesto:** toma como premisa la necesidad de un análisis institucional, que se constituya el programa/presupuesto como un compromiso de mejoramiento, y las decisiones sobre el reordenamiento acorde de programas y recursos. Parte de la cobertura, la producción que dicha cobertura demanda y los recursos necesarios y costos bajo parámetros preestablecidos de equidad (distribución relativa de recursos), eficacia (estructura de programas y recursos) y eficiencia (rendimiento de los recursos). Del programa/presupuesto se derivan los indicadores esenciales para hacer los acuerdos de gestión, para el control por resultados, y en general para una gestión descentralizada. Permite incorporar la programación de insumos y procedimientos sustentados en el uso de los protocolos.
- **Control por Resultados:** constituyen salidas del programa/presupuesto, relativas a las *metas y resultados* en términos de cobertura, producción, indicadores de rendimientos y uso de recursos. Las salidas se expresan en índices de desviación de los resultados con respecto a las metas, de tal manera que se tenga en todo momento elementos cuantitativos (y algunos cualitativos) del desempeño institucional. La información local se integra al proceso de rendición de cuentas, mientras que su integración en niveles superiores permite el establecimiento de *monitores de gestión por resultados o productos*.
- **Evaluación de Productividad:** permite comparar los niveles de eficiencia de una unidad o conjunto de ellas en referencia a las normas o criterios programáticos predefinidos.
- **Protocolos:** permite la consulta de las previsiones o guías técnicas para el tratamiento de las morbilidades que, selectiva y progresivamente, vayan siendo establecidas como referencia para apoyar la calidad de la atención.

6.7.5 Mantenimiento del Sistema

El WINSIG tiene el mismo contenido que tenía el SIG 3.0 bajo el menú de Utilitarios, con la única excepción del componente *Cambio Código de Rubros*, cuya función está asociada con la generación de indicadores de gestión por resultados. Contiene procesos auxiliares de mantenimiento del programa. Los componentes principales se describen a continuación:

- Respaldo de Datos: permite guardar los datos de un período dado en disquete flexible, con dos propósitos principales: guardar copias de seguridad, en caso de pérdida de información por razones fortuitas y trasladar la información para generar cuadros e indicadores agregados en redes locales, regionales o nacionales.
- Recuperar Respaldos: permite recuperar los datos conservados en un disquete flexible, en caso de pérdida fortuita o para agregar datos en redes de servicios.
- Reordenar y Regenerar Datos: permiten optimizar las base de datos, superando problemas de organización de los datos y las estructuras generados por caídas del programa o su propio uso. Estos son procesos rápidos y simples que es conveniente emplear con alguna frecuencia y siempre que se hace una salida anormal del programa.
- Cambiar Clave: permite establecer claves para distintos niveles de usuarios del programa.

El programa contempla cuatro niveles de usuario: el **Supervisor** que tiene acceso irrestricto al programa y establece los códigos y normas de aplicación nacional; el **Encargado** con capacidad para caracterizar un establecimiento; el de **Consulta**, con capacidad para generar cuadros e indicadores, consultarlos e imprimirlos; y el de **Captura** que puede ingresar datos, pero no cambiar las variables que caracterizan el establecimiento o programa.

- Mantener Usuarios: permite llevar un registro de usuarios en cada una de las categorías definidas en el punto anterior.
- Transferencia Electrónica: permite el traslado electrónico de información de un punto a otro por vía de módem y línea telefónica. Se tiene proyectado agregar la opción de transferencia por internet.
- Cambio Código de Rubros: este es un nuevo componente del sistema y está asociado con el programa/presupuesto y los acuerdos de gestión. Para poder asegurar las salidas de indicadores de cobertura, producción, rendimiento, recursos y costos, el SIG necesita totalizar los insumos según categorías, v.g. servicios personales, insumos y servicios no personales. A menos que se creen estas categorías globales, el sistema no puede agregar la información para generar los indicadores de control por resultado. Para los países que ya vienen aplicando el

SIG, este componente permite un reordenamiento de los rubros y la creación de las categorías generales que consideren necesarias.

- Bases de Datos: incorpora y ordena las diversas bases de datos para diferentes conjuntos de establecimientos que es posible procesar en un computador.
- Equivalencias y Codificaciones: permite homologar las definiciones de código de distintos ambientes de aplicación del sistema para efectos de consolidación y comparación entre ellos, especialmente a nivel supra nacional.

6.8 PROCESOS DE APLICACIÓN Y REQUERIMIENTOS OPERACIONALES

La aplicación del WINSIG a cualquier tipo de establecimiento o red de servicios de salud es posible en la medida que tengan productos y recursos cuantificables (única condición necesaria), y requiere las condiciones y los procesos siguientes si se desea utilizar en todas sus opciones y potencialidades:

- a) Aplicación de WINSIG 1.0: demanda un proceso previo de definición y codificación de las variables que usa el sistema.

Es posible realizar aplicaciones individuales a nivel de una unidad o establecimiento sin que medie la codificación de variables por una autoridad central, la cual se hace con frecuencia con propósitos demostrativos y para estimular su uso en un ámbito mayor. Sin embargo, la agregación de información y la creación de un sistema nacional de indicadores de gestión requieren que el universo de códigos sea establecido por una autoridad central una sola vez.

- b) Caracterización de un establecimiento o unidad: demanda que todas las variables anteriores hayan sido definidas y codificadas mediante el módulo de Configuración.
- c) Reproducción de la matriz básica de datos: la matriz vacía, para efectos de ordenamiento de la información, requiere que el establecimiento sea previamente definido y caracterizado. La matriz con datos requiere contar con información de un mes como mínimo.
- d) Generar los cuadros: requiere información de un mes como mínimo.
- e) Generar indicadores: requiere información de un mes como mínimo.
- f) Generar series históricas: requiere información de dos meses como mínimo.
- g) Empleo de instrumentos auxiliares de programación y presupuesto: se facilita si se cuenta con la información de un año o la "anualización" de la información existente.

- h) Evaluación de productividad: requiere la definición previa de parámetros o normas de rendimiento y uso.
- i) Diseño de protocolos: requiere la definición previa de las siguientes tablas:
- Morbilidad (incluida la CIE-10).
 - Procedimientos diagnósticos, terapéuticos y afines.
 - Insumos (personal, medicamentos, material médico quirúrgico, etc.)
- j) Estructura de morbilidad: requiere la creación de la tabla de morbilidad y la incorporación de datos del período correspondiente. WINSIG 1.0 ya lleva incorporada la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE.10).
- k) Indicadores de Control por Resultados: requiere que el programa-presupuesto haya incluido la planilla auxiliar de programación que contiene WINSIG 1.0.
- l) Costo Promedio: surge de la operación normal del WINSIG y de los cuadros mencionados anteriormente.
- m) Costos Presuntivos: surgen de la aplicación de los protocolos y conllevan los mismos requerimientos, además de la definición de los días estancia por patología.
- n) Costos Actuales (Paciente o Procedimiento): tiene los siguientes requerimientos:
- Costos de operación (los procesa el sistema).
 - Tablas de procedimientos para los servicios respectivos.
 - Producción de procedimientos para el período respectivo (se registra de la historia clínica).
 - Ordenamiento de rubros por categorías (lo hace el sistema con Utilitarios).
 - Definición de las tablas de ponderación de procedimientos.
 - Tablas de insumos materiales con costos actualizados.

6.9 REQUERIMIENTOS COMPUTACIONALES

La operación del programa computacional WINSIG 1.0 requiere ser instalado en el disco duro de una computadora compatible IBM, con sistema operativo Windows

3.1 o superior, con disponibilidad de 16 MB de memoria principal (RAM) y con opción de impresión por medio de puerto paralelo.

La instalación del programa demanda un mínimo de 6 MB de espacio libre en el disco duro, y espacio adicional (mínimo 6 MB) para el archivo y procesamiento de las bases de datos que se incrementará en la medida de se amplíe su operación.

Para obtener tiempos de ejecución razonablemente eficientes se recomienda una velocidad de procesamiento igual o superior a 100 MHZ.

6.10 ACCESO AL WINSIG

El Sistema de Información Gerencial, su programa computacional WINSIG -para instalación y operación en los cinco idiomas utilizados en la Región de las Américas- y la documentación técnica que lo explica están disponibles para las instituciones públicas del sector salud en la Región de las Américas mediante procesos de cooperación técnica que la Organización Panamericana de la Salud realiza con los países.

Los interesados en el WINSIG pueden acceder a él solicitando dicha cooperación a las Representaciones de la OPS/OMS en los respectivos países o a la Oficina Central de la OPS/OMS, a las siguientes direcciones:

Postal: Pan American Health Organization
525 Twenty Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037-3895

Electrónica: Webmaster@paho.org o Marinjos@paho.org

7. GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROAMÉRICA

GLADYS ARAYA UGALDE, MINISTERIO DE SALUD COSTA RICA
ELENA REYES DE GUZMÁN MINISTERIO DE SALUD EL SALVADOR

Centroamérica es una parte importante de la región de las Américas, está poblada por alrededor de 34, millones de habitantes, compartimos situaciones sociales políticas y económicas, bastante similares, que han requerido la aplicación de estrategias en conjunto, como centroamericanos para enfrentar de mejor manera los desafíos del nuevo milenio.

El área de Salud es quizás una de las más importantes a atender, dados los cambios en la estructura demográfica, la aparición de nuevos problemas sanitarios, reaparición de enfermedades que se consideran bajo control, escasos recursos económicos destinados a atender la salud de la población, son algunos de los problemas que debemos solucionar para poder ofrecer a los individuos, familias y comunidades de Centro América mejores condiciones de vida.

Enfermería como parte integrante de los profesionales de las ciencias de la salud, es consciente del rol que debe desempeñar para contribuir efectivamente en la búsqueda de solución de los problemas de salud, lo que requiere de una amplia reflexión sobre: La práctica que garantice la calidad de atención, la formación de recursos humanos que produzcan los profesionales que se requieren de acuerdo a las necesidades presentes y futuras la importancia de trabajar conjuntamente con las comunidades desarrollando una función proactiva con ésta, el sector salud y otros, de manera tal que se evidencie a enfermería como impulsora capacitadora y mediadora en la prestación de los Servicios de Salud en pro del bienestar de las poblaciones.

Enfermería en Centro América se ha organizado para contribuir efectivamente con la salud de la población centroamericana, siendo el Grupo Centroamericano de Profesionales de Enfermería (GCPE) una de las alianzas creadas, cuyo propósito es:

Trabajar conjuntamente con el equipo de salud y otros sectores para lograr el desarrollo integral de enfermería, lo que permitirá una atención a la población con equidad, eficiencia, a fin de contribuir a que las comunidades centroamericanas alcancen mejores condiciones de vida.

En 1994 se realizó en cada país un análisis prospectivo de la práctica y la enseñanza de enfermería lo que permitir elaborar un diagnóstico de la situación de enfermería con Centro América y con esta base se elaboró un plan de acción con las siguientes líneas de acción:

- enfermería en la reforma del sector salud;
- participación de enfermería en la protección y desarrollo del ambiente;
- funciones esenciales de enfermería en salud pública;

- liderazgo en enfermería;
- investigación;
- desarrollo del recurso humano en enfermería;
- calidad en la prestación de servicios de enfermería;
- fortalecimiento de los valores éticos y ciudadanos;
- reglamento en enfermería; y
- establecimiento del sistema de información en Centro América (REAL).

La "calidad de la atención" se ha considerado elemental, como un aspecto que debe de ser mejorado constantemente, asegurando servicios de enfermería eficientes, eficaces y con calidez.

Se ha logrado en Centro América en el área de calidad:

- actualización de estándares de enfermería;
- elaboración de protocolos de atención a nivel hospitalario y comunitario;
- capacitación al personal de enfermería en aspectos de calidad de atención;
- actualización de los códigos de ética profesional en cada país;
- aplicación del proceso de atención de enfermería;
- modificaciones de la currícula en la formación de recurso humano de enfermería;
- fortalecer el liderazgo en enfermería; y
- crear alianzas para mejorar el desarrollo de las enfermeras.

Las proyecciones del grupo para el año 2000 son:

- Aumentar la participación de enfermería en ecología, salud ocupacional y conservación del medio.
- Fortalecer el trabajo en equipos interdisciplinarios y la participación real en los procesos de salud.
- Continuar con la formación y capacitación del personal de enfermería en liderazgo, mejoramiento continuo y garantía de calidad.
- Fortalecer la función de la investigación en docencia y servicio.
- Fortalecer el desarrollo profesional del recurso humano de enfermería.
- Incrementar la participación de enfermería en la promoción de la salud y la comunicación social.
- Facilitar la participación efectiva de enfermería en el desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública.

Dentro de otras alianzas creadas que de igual manera facilitan los procesos de calidad de atención en Centro América, está el "Proyecto de Desarrollo del Recurso Humano en Enfermería en Centro América y República Dominicana" el cual es financiado por la Fundación W.K. Kellogg, el mismo tiene como objetivo general: promover el desarrollo del recurso humano en enfermería de Centro América y del Caribe a través de una metodología innovadora y andragógica.

Se espera alcanzar la siguiente visión:

Enfermería de Centro América y el Caribe con alianzas establecida, profesionalizadas y actualizadas, mediante programas de educación permanente con liderazgo para enfrentar los retos del nuevo milenio construyendo nuevos paradigmas que respondan a las exigencias globales y contribuyan a mejorar la calidad de vida.

Se ha formulado y se está operacionalizando el siguiente plan de acción:

Objetivo		Actividades	Producto
1. Fortalecer el proceso integración docencia, servicio y gremio.	1 año	<ul style="list-style-type: none"> • Crear los espacios que permitan el involucramiento de los tres estamentos (docencia-servicio-gremio) en los procesos de desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Docencia, servicio y gremio fortalecido y comprometido en el desarrollo de la profesión.
2. Promover el intercambio de experiencias de formación de recurso humano con metodologías innovadoras entre los países.	3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematizar experiencias educativas innovadoras del recurso humano de los países de Centro América y El Caribe. • Gestionar pasantías, becas, intercambio de estudiantes y otros, según modalidades de cada país. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con recurso humano en enfermería calificado en aspectos educativos innovadores a nivel de cada uno de los países en la región. • Contar con currícula de enfermería innovadora a nivel de cada uno de los países.

3. Potenciar los recursos, utilizando los espacios de otras redes con objetivos comunes.	1 año	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y negociar actividades en los diferentes proyectos comunes en la región de Centro América y El Caribe, (Centro América El Caribe, OPS-OMS, Real, Desarrollo de R.R.H.H. – Kellogg y otros), para la utilización de los recursos humanos, financieros y administrativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de trabajo desarrolladas en conjunto con las diferentes redes existentes de la región. • Planes de trabajo elaborados y en ejecución en redes.
4. Promover la sistematización e institucionalización y sostenibilidad del proceso de profesionalización.	Junio 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar y desarrollar II Taller Regional del Proyecto de Desarrollo de R.R.H.H. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de profesionalización y educación permanente sistematizado.
5. Promover el intercambio de material didáctico producido.	3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Montaje de un inventario del material didáctico producido en cada país del proyecto (Centro América y El Caribe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un banco de materiales educativos, producidos por los diferentes países de la región.
6. Desarrollar una red de ofertas académicas a nivel regional.	5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la demanda real de ingresos a post grados de Sur América, Centro América y El Caribe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un banco de ofertas académicas de pregrado y post grado. • Enfermeras de Centro América y El Caribe en proceso de formación en post grado.
7. Promover alianzas estratégicas con otros proyectos, instituciones, organismos y otros, que favorezcan el desarrollo del recurso humano.	1 año	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer consorcios que propician las alianzas para el desarrollo de recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alianzas creadas operacionalizándolas que fortalecen el desarrollo de actividades conjuntas.
8. Evaluar cualitativa y cuantitativamente el proceso de desarrollo del proyecto regional.	Abril 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar en conjunto con el país anfitrión el taller de evaluación, utilizando los instrumentos requeridos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de valuación disponible en los países aplicando y reforzando fortalezas identificadas con el fin de asegurar la sostenibilidad técnica.

7.1 PROYECTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA

Fortalecimiento de la Educación para Enfermería.

7.1.1 Financiamiento

El Gobierno de Japón a través de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA).

7.1.2 Objetivo

Mejorar la calidad de formación y el desempeño de los recursos humanos de enfermería, con el fin de que los servicios que brinda este personal respondan a las necesidades de salud de la población salvadoreña.

7.1.3 Objetivos Específicos

- Determinar las necesidades de formación de recursos humanos de Enfermería en calidad y nivel académico.
- Establecer las necesidades de utilización de Recursos Humanos de Enfermería en calidad, cantidad y nivel académico.
- Revisar y actualizar la currícula de formación de los Recursos Humanos de Enfermería en los diferentes niveles académicos.
- Capacitar sobre técnicas para la elaboración de materiales didácticos.
- Capacitar sobre técnicas para la edición de libros de texto.
- Capacitar sobre tecnología educativa aplicada en aula y campos de práctica a enfermeras del área docente y servicio.

7.1.4 Beneficiarias

- Instituciones Formadoras de Recursos Humanos de Enfermería.
- Personal de Enfermería de los Servicios.

7.1.5 Componentes

- Envío de expertos japoneses: Para intercambio y transferencia de tecnología de acuerdo a los objetivos operativos del proyecto.
- Programas de Becas de Japón: Para personal docente y de servicio que a lo largo del desarrollo del Proyecto serán apoyo directo al mismo.

- Donación de Equipo: El material y equipo didáctico para fortalecer los laboratorios y bibliotecas de las instituciones formadoras beneficiadas.

7.1.6 Resultados esperados

- Currícula de Formación de los tres niveles académicos estandarizados y actualizados.
- Producción de libros de texto y material didáctico para apoyar el proceso enseñanza-aprendizaje.
- Personal docente y de servicio capacitado para conducir el proceso de aprendizaje en aula y campos de práctica.
- Sistema de planificación de Recursos Humanos de Enfermería.

7.1.7 Duración del proyecto

La duración de la cooperación técnica para el proyecto será de cinco años (1997-2002).

7.2 NOMBRE DEL PROYECTO

Desarrollo de Liderazgo de Enfermería para Participar en los Procesos de Cambios y Gestión en el Sistema de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

7.2.1 Asistencia técnica y financiera

C.I.E. y Fundación W.K. Kellogg para la etapa de planificación y formulación.

7.2.2 Finalidad del proyecto

- Participación activa y decisiva de Enfermería en los procesos de cambio para influir en la mejoría de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones, mediante redes de contacto nacional e internacional.
- Desarrollar el liderazgo de la Enfermera en Centroamérica y República Dominicana en el plano personal, nacional y regional, que le permita crear una red de líderes capaces de participar en la elaboración de políticas de Salud y contribuir al mantenimiento de la salud y mejores niveles de vida de la población y de la Enfermería en la región.

7.2.3 Componentes

- Diagnóstico situacional de Enfermería a nivel de la región.

- Creación y fortalecimiento de redes, Capacitación en Liderazgo, Gestión e Investigación.
- Participación social y gestión comunitaria.

7.2.4 Líneas estratégicas

- Desarrollo de trabajo en redes nacionales e internacionales
- Capacitación con metodologías participativas a gremio, docencia y servicio
- Alianzas estratégicas
- Sistematización del conocimiento
- Investigación operativa
- Transferencia Tecnológica

7.2.5 Beneficiarios del proyecto

- | | |
|--|--------------|
| 1. Profesionales de Enfermería | (directos) |
| 2. Profesionales de las Ciencias de la Salud | (indirectos) |
| 3. Usuarios del servicio | (indirectos) |

7.2.6 Resultados esperados según componente

- Diagnóstico situacional de Enfermería.
- Un sistema de comunicación permanente implementado en cada uno de los países de la Región.
- Enfermeras capacitadas en liderazgo para contribuir a mejorar las condiciones de salud y de vida de la población.
- Enfermeras liderando acciones en equipos de Salud, promoviendo investigaciones operativas y proponiendo modelos de atención comunitaria.

8. RESUMEN DE EVALUACIÓN DEL CURSO DE INICIATIVA Y DESARROLLO COMUNAL PARA LÍDERES EN ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SISTEMA SILAIS EN NICARAGUA

LYDIA RUTH ZAMORA, UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE NICARAGUA

8.1 RESUMEN

El Centro Internacional de Enfermería (CIN) en la escuela de Enfermería en la Universidad de Duquesne y la División de Enfermería del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) colaboraron para empezar a mejorar las cualidades administrativas y gerenciales de las enfermeras en Nicaragua Presentando un programa educativo titulado "Iniciativa y Desarrollo Comunal para Enfermeras en el Primer Nivel de Atención". Los fondos para este programa de educación fueron otorgados por el Banco Mundial y se llevó a cabo durante cuatro semanas en el mes de Mayo, 1997. Sesenta enfermeras, empleadas del Ministerio de Salud, seleccionadas de 12 de 19 Silais en Nicaragua asistieron a este curso. Estas enfermeras fueron identificadas como personas con potencial para desarrollar mas a fondo el papel de enfermería y el cuidado de la salud primaria en sus comunidades.

Los profesores que participaron en este curso provenían de:

- La Universidad de Duquesne, Allegheny General Hospital, Magee-Women's Hospital y Shadyside Hospital en Pittsburg, Pennsylvania.
- Universidad Politécnica de Nicaragua y el Ministerio de Salud, Managua, Nicaragua.
- La Universidad de Puerto Rico.
- Universidad George Mason en Fairfax. Virginia.
- El Sistema de Salud de Veteranos en Palo Alto, California.
- Universidad Estatal Ivy Tech en Gary, Indiana .

El curso fue un éxito en que:

- Todos los objetivos del curso fueron cumplidos. Estos objetivos fueron creados para realzar los conocimientos comunitarios de la salud, las actitudes y habilidades de los participantes, reforzar las habilidades gerenciales y administrativas de las enfermeras.

Establecer un papel de líder claramente definido para enfermeras en el centro de salud local, y proveer un mecanismo para evaluar el conocimiento del participante para que funcione progresivamente en papeles gerenciales en su comunidad.

- Los participantes quedaron muy satisfechos con el contenido y la presentación del curso. Una evaluación del curso fue completada por 41 de los 60 participantes (68.3% de respuesta) los cuales calificaron la mayoría de los aspectos entre excelente y bueno. Los participantes respondieron positivamente a la información que fue presentada. Las respuestas que fueron calificadas abajo del nivel de excelencia enfocan el hecho de que había una buena cantidad de material nuevo para asimilar en cuatro semanas, que por lo tanto un poco más de tiempo adicional hubiera sido beneficioso. Estas respuestas reflejaron la magnitud de información que fue presentada durante el período del curso. Normalmente esta cantidad de información sería presentada en un lapso de tiempo más largo y en uno o mas cursos gerenciales. Las respuestas también reflejaron los resultados positivos que obtuvieron de las discusiones en grupos pequeños, las cuales eran parte del curso. Durante las sesiones, algunos individuos apreciaron la oportunidad de presentar y discutir temas constructivos para situaciones específicas que ocurrieron en sus comunidades.
- Un examen de “antes y después” del curso se le dio a todos los participantes para medir la información que en realidad se aprendió. Los resultados de estos exámenes reflejaron que después del curso, los participantes claramente retuvieron una idea más comprensiva de los papeles de liderazgo y que fueron capaces de establecer diferencias entre las características de un Gerente y las de un líder. El hecho de que tanto material fue asimilado en el corto tiempo de cuatro semanas refleja excelentes cualidades de los participantes y también del personal de la Facultad.
- Los sistemas de evaluación y la motivación de los participantes permitieron a la facultad identificar áreas de desarrollo para los cursos en el futuro y áreas que podrían ser ajustadas.

8.2 RECOMENDACIONES PARA EL FUTURO

- Continuar suministrando paquetes con descripciones del curso y otros materiales de apoyo. Suministrar materiales como; papel para escribir, lápices, lapiceros, etc. e incrementar la cantidad de materiales escritos que son distribuidos. Los participantes mencionaron la necesidad de acceder más a menudo información escrita para usar en sus trabajos. Los participantes opinaron que sería de gran ayuda obtener información escrita cuanto más sea posible en cursos como éste.
- Incorporar tiempo adicional en el curso para enfocar las posibilidades de investigación en los centros de salud en Nicaragua.
- Se sugirió que tal vez las cualidades y los comportamientos de líderes efectivos en Nicaragua pudieran ser identificados para luego usarlos para estudios y determinar los factores que podrían significar el éxito en posiciones específicas de liderazgo. Estos factores pueden ser ambientales o atributos personales. Políticas para

reclutamiento, expectativas de comportamiento y educación para estas posiciones podrían, entonces, ser utilizadas basándose en los resultados de las investigaciones.

- Se recomendó que el curso fuera otorgado a líderes de Enfermería en otros Silais de Nicaragua. Se sugirió usar el reciente curso y presentar este contenido después de un período de tiempo sería un beneficio significativo para aquellos que tomaron el curso de Mayo, 1997. Esto reforzaría el aprendizaje de los participantes además del contenido anterior y también otorgaría conocimientos adicionales en los conceptos de liderazgo, los cuales son nuevos para los participantes.

La presentación del curso de Mayo, 1997 completó la primera fase de la propuesta original que son dos fases. La primera fase fue la única fase que fue presentada al Banco Mundial para recolectar fondos durante 1996. Basándose en los resultados de los participantes, se sugiere que una se haga una propuesta para presentar un curso a los Silais que no fueron incluidos en el curso de Mayo y/o hacer una propuesta basándose en la información que fue presentada en el curso de liderazgo. Con cualquier opción, sería esencial que se consideren las necesidades y deseos del Ministerio de Salud de Nicaragua y asegurarse que el programa educacional apoyaría los objetivos y las metas actuales del MINSA.

9. EDUCACIÓN, LIDERAZGO, ORGANIZACIÓN EN LA SALUD

EUCLÉA GOMEZ VALE, ASOCIACIÓN BRASILEÑA DE ENFERMERAS

9.1 EJES DE ACCIÓN

Eje 1: Efectuar diagnóstico relacionado a la gestión, gerencia y calidad en los servicios de enfermería y en las instituciones de enseñanza de graduación en enfermería.

Eje 2: Instrumentalizar el gerenciamiento de la asistencia de enfermería.

Eje 3: Calificar enfermeros para la gestión de calidad en la salud.

Eje 3.1: Introducir procesos educativos objetivando a la calidad en nivel local.

Eje 4: Reconocer las dimensiones de la calidad de vida de los clientes/usuarios de los servicios de salud transcurrentes de las acciones institucionales.

Eje 5: Establecer metodología para evaluación del impacto del proyecto junto a los clientes/usuarios, profesionales de salud, instituciones de enseñanza y de asistencia a la salud.

9.2 ESTRATEGIAS DE OPERACIONALIZACIÓN

9.2.1 Realizar talleres/ABEn/OPS/OMS

- Realizar talleres con el objetivo de subsidiar los integrantes del grupo de coordinación del proyecto en los siguientes temas: Calidad, Calidad de Vida, Calidad y Gestión/Gerencia, Proceso de "Cuidar", Políticas de Salud y Comunicación Social; definir la estructuración del grupo y subgrupos; discusión de los parceros institucionales, negociación de los términos del convenio y definición de los subproyectos, elaboración de un Proyecto de trabajo, con el objetivo de definir la contribución de la ABEn en los procesos de mejoría de la Gerencia/Gestión y Calidad de los Servicios de Salud en articulación con la OPS/Red de Gerencia de los Servicios de Salud.
- Después de la institucionalización del Proyecto, se realizarán otros talleres para el detalle de los planes de trabajo y establecer las metas, el estudio de la articulación con el Programa de Acreditación de Calidad Hospitalaria introducido en las distintas regiones del Brasil, además de la elaboración de Programación de

acompañamiento, de relatorios y evaluación de Proyecto con la finalidad de hacer los ajustes necesarios a su continuidad.

Estas actividades estarán bajo la coordinación y operacionalización de la ABEn Nacional.

9.2.2 Objetivo General

Construir metodologías y estrategias innovadoras para la enfermería brasileña para gestión y gerencia, a través del desarrollo de sus capacidades y competencias para la mejoría de la Entidad de los servicios de salud, hacia la calidad de vida de los clientes/usuarios internos y externos.

9.2.3 Objetivos Específicos

- Identificar y establecer parcerías con instituciones y expertos con capacidad de, a través de sus experiencias, subsidiar la mejoría de los servicios de salud.
- Producir instrumentos de trabajos de fácil utilización, buscando el desarrollo, la organización, la planificación y el perfeccionamiento de los recursos humanos.
- Construir indicadores que posibiliten el acompañamiento y evaluación del desempeño de las unidades productoras de servicio de salud, disponibilizándolas para las instancias gestoras del SUS, articulados al Proyecto de Acreditación Hospitalaria al Programa Nacional de Servicios Hospitalarios (PNASH).
- Incorporar los principios contemporáneos de gestión participativa y flexible en los procesos de trabajo en salud en el escenario nacional.

9.2.4 Propuesta de la ABEn y objeto del Proyecto

La ABEn y sus asociados explicitan su compromiso con la ciudadanía, sin adjetivos, sin segmentación y sin distinción de clases.

La tendencia actual de desinstitucionalización como alternativa del cuidar desvinculado y subsidiario del espacio hospitalario, está direccionando al enfermero a formular alternativas de trabajo, proponiéndose la equidad, la integralidad y la calidad de la asistencia de enfermería como marcos conceptuales.

Sin embargo, se acredita también como relevante contribución, la profundización de estudios y propuestas que instrumentalicen a los enfermeros para el gerenciamiento de su trabajo en el ámbito del equipo multidisciplinario, redireccionándolos hacia los principios de la Reforma Sanitaria, y en especial la integralidad de la asistencia de enfermería en el ámbito del Sistema Único de Salud.

Proponer el cuidar como acción terapéutica de la Enfermería en favor de la vida exige conciencia y participación crítica frente a los principales conflictos y desafíos para la enfermería en el fin del milenio.

El principal desafío de la enfermería brasileña es concretar, en la práctica técnica, social y política la idealización e institucionalización de nuevos fundamentos para la "praxis" de la enfermería.

9.3 SUBSIDIOS PARA EL PLAN DE COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/ABEN EN GESTIÓN/GERENCIA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) se propone a desarrollar estudios y propuestas relacionadas con los procesos de innovación dirigidos a la actualización de todo el potencial de la enfermería en la mejoría de:

- las condiciones de la estructura de los servicios existentes;
- los procesos de Trabajo en Vigencia; y
- los resultados alcanzados.

La meta final: es contribuir desde el punto de vista técnico-político-gerencial, sea para la satisfacción de los usuarios de los servicios como para dignificación de los trabajadores de la salud y de la enfermería.

10. CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL EN ENFERMERÍA DENTRO DE LA GERENCIA INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CARIDAD CAIRO SOLER, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL C.Q. HERMANOS AMEJEIRAS

INTRODUCCIÓN

Los cambios de planteamientos y los procesos de reforma en los sistemas de salud que se producen actualmente, dados, fundamentalmente por el aumento creciente de los costos han creado un ambiente complejo, el cual necesita en primer lugar, contar con directivas profesionales, con formación de habilidades gestoras, innovación continua, que le permita obtener resultados de calidad y eficiencia en los servicios de salud.

Ante tales circunstancias los profesionales de enfermería debemos asumir el compromiso de la gestión, formándonos adecuadamente para asumir un estilo de gestión participativa de integración funcional, de mayor calidad en su competencia y desempeño interno que obtenga como producto pacientes satisfechos y trabajadores comprometidos y motivados con su trabajo.

10.1 ¿CÓMO ENFRENTA CUBA SU NIVEL DE GESTIÓN?

El establecimiento de una política descentralizada y estratégica en nuestro Sistema Nacional de Salud hace necesario que las enfermeras participen en la gestión del mismo y se enfrenten a dicho reto. La representación de una Dirección de Enfermería en el nivel central del organismo tiene como premisa básica tomar de primera línea la información, las estrategias a utilizar, las ideas centrales, la identificación clara del camino a seguir para lograr los objetivos propuestos, la formación y preparación de personal idóneo y el fortalecimiento de los programas de atención de salud en todas las instancias del sistema.

Esta dirección como agente multiplicador de las políticas y estrategias de salud, conduce al desarrollo de la profesión y ayuda al organismo central en el desarrollo y dirección de funciones normativas de asesoría y coordinación, sustenta su estructura en estrategias congruentes con la política nacional de salud. Atendiendo las necesidades asistenciales, docentes, gerenciales, investigativas e incorporando como base de gestión; la comunicación, la información, la dirección participativa y la competencia técnica.

10.2 ESTRATEGIAS DE DESARROLLO

En análisis realizado por el organismo en 1996, se determinaron un grupo de acciones estratégicas, entre ellas vamos a destacar tres campos principales:

- La reorientación y fortalecimiento del modelo de medicina familiar y su pilar fundamental el médico y la enfermera de la familia.
- La recuperación de la vitalidad de los hospitales.
- Una transformación profunda de la gestión del sistema.

La segunda acción que se refiere particularmente a los hospitales, se proyecta, como un proceso de reorganización y perfeccionamiento de la gerencia y los servicios que se brindan en este nivel de atención. Esta estrategia va dirigida a resolver entre otros aspectos, la reorientación y revitalización de los servicios hospitalarios, la solución de problemas estructurales de las instalaciones, la solución de suministros de recursos médicos y no médicos y la capacitación en técnicas de gerencia de los equipos de dirección.

10.3 CREACIÓN DE GRUPOS NACIONALES

Para poder sustentar mayor eficiencia en los servicios de salud del hospital, existe un modelo de gestión estatal determinado por el Ministerio de Salud Pública y descentralizada a las unidades de servicio. Estos se traducen en el desarrollo de proyecciones y estrategias a corto, mediano y largo plazo, favorecidas por la creación de Grupos de Expertos, integrados por personal con experiencia asistencial, administrativa, docente e investigativa con el objetivo de abarcar distintas direcciones del trabajo de enfermería, con un enfoque integral sistemático y coherente de diferentes temáticas y promover acciones metodológicas, las cuales son propuestas a la Dirección Nacional de Enfermería. A este nivel se produce el análisis con otras direcciones involucradas lo que permite unificar criterios y aunar esfuerzos para alcanzar los objetivos propuestos. Estos grupos creados son los siguientes:

- organización de los servicios;
- técnicas y procedimientos;
- esterilización;
- proceso de atención de enfermería;
- educación permanente
- geriatría;
- ética y bioética;
- educación para la salud;
- competencia y desempeño
- investigaciones; y
- medicina natural y tradicional;

Esta modalidad de integración y participación en las tareas organizativas, científicas y técnicas favorecen la gestión de enfermería en esta etapa y facilita la formulación y el desarrollo del trabajo de los grupos, políticas, programas y estrategias del sistema nacional de salud, las políticas internacionales, el estado de satisfacción de los usuarios tanto interno como externo y los resultados de las intervenciones de enfermería.

10.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA CARPETA METODOLÓGICA

Como resultado del trabajo de evaluación y control a las Unidades surge la Carpeta Metodológica de Enfermería, documento normativo que guía los requisitos exigidos, las normas, procedimientos, programas y estrategias a seguir.

Estos son revisados en reunión metodológica anual para actualizar, perfeccionar, realizar ajustes y adiciones de las propuestas de la Dirección Nacional donde participa una representación de los niveles intermedios y unidades de todo el país.

Esta estrategia es replicada a nivel de cada Provincia y unidad ejecutora. Es importante que el equipo de dirección de enfermería a nivel de la unidad realice su gestión como agente multiplicador de las políticas y estrategias de salud orientadas.

10.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El equipo de Dirección de Enfermería en la unidad hospitalaria lo integran la Vice-Directora de Enfermería, Sub-Jefas de Áreas, Supervisoras y Jefas de Sala y Departamentos.

Para asegurar el cumplimiento de su misión este personal debe:

- Conocer con profundidad y asumir la filosofía de la institución a que pertenecen.
- Constituir el enlace lógico entre la Dirección del Hospital y el personal de Enfermería, en los dos sentidos.
- Sustentar su estructura organizativa estableciendo sus propias estrategias congruentes con la política nacional, atendiendo a los problemas y necesidades identificadas e incorporando como base de gestión la comunicación, la información, la dirección participativa y la competencia técnica.
- Responsabilizarse con la atención de Enfermería de acuerdo a las directrices establecidas para la conducción del trabajo.

10.6 BASES DE GESTIÓN

10.6.1 Equipo efectivo de trabajo

Es importante reconocer que los servicios de enfermería somos parte de un sistema, y que además integramos el equipo de salud, como equipo e integrantes de un sistema todos se interrelacionan y buscan un objetivo común.

Del total de acciones que se llevan a cabo durante el proceso de atención, el equipo de enfermería tiene bajo su responsabilidad una proporción importante de procedimientos y es el que más tiempo está en contacto con el paciente y familiares y dedicado al desarrollo de sus actividades.

El estilo del directivo en cada nivel estará dirigido a convertirse en líder de su grupo, reconocido por todos y al mismo tiempo deberá aprovechar al máximo los potenciales de cada uno de los integrantes del grupo. Un equipo de trabajo con estas características se logra con una estructura organizacional que responda a:

Diseño organizacional (Infraestructura):

- división del trabajo;
- sistemas de Información;
- normas;
- interrelación departamental;
- sistemas de coordinación; y
- jerarquización (líneas de dependencia).

Desarrollo Organizacional:

- liderazgo;
- comunicación;
- trabajo en Equipo;
- cultura Organizacional; y
- motivación.

Desempeño Organizacional:

- calidad;
- productividad; y
- eficiencia.

10.7 PERFIL DE LOS PROFESIONALES DE GESTIÓN

Cada profesional una vez asumida la responsabilidad debe preguntarse si es capaz de realizar las funciones y cumplir con los objetivos propuestos. Es probable que la respuesta sea afirmativa, pero debemos antes analizar qué nos proponemos al encontrar un estilo de dirección gerencial, con claridad de objetivos y entusiasmo, con toma de decisiones constantes y asunción de riesgos. En todas ellas van implícitas la

acción de gestionar y. están presentes las posibilidades de error, pero debemos conocer la dimensión de lo que nos hemos propuesto y que estos cargos por su dimensión no son vitalicios.

10.8 FORMACIÓN GERENCIAL

El obtener una formación para el cargo que se ejerce conlleva a una autoexigencia del directivo. La dinámica del ejercicio profesional exige un compromiso de Educación Permanente y capacitación de los recursos humanos, la cual debe estar instrumentada según las características propias de cada contexto, buscando capacitación técnica para obtener mayor competencia y desempeño, así como calidad humana en el modo de actuación.

10.9 COMPROMISOS INSTITUCIONALES

El directivo de enfermería deberá contar para el desarrollo eficaz de su trabajo con la confianza de la institución en todos sus niveles, para lo cual deberá:

1. Establecer canales de información efectivos y de asesoramiento continuo, intercambio de opiniones con el equipo multidisciplinario, para que se obtengan resultados óptimos.
2. Traducir la política de enfermería a acciones concretas tales como:
 - lograr pacientes o usuarios satisfechos con el servicio de enfermería;
 - que los trabajadores de enfermería en la institución constituyan un grupo prestigioso dentro y fuera de la institución;
 - que logre integración con el resto de los profesionales, y
 - que el personal de enfermería se sienta integrado y motivado en su trabajo.
3. Dedicar especial interés en la atención al hombre.

10.10 GESTIÓN DE CALIDAD. COMITÉ DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Cada uno de nosotros conoce los contratiempos de gestión que pesan, cada vez más, en la prestación de los cuidados.

Las exigencias económicas actuales nos obligan a buscar métodos más eficaces y técnicas menos costosas, por lo que los gerentes de Enfermería deben planificar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación para el control de la calidad de los cuidados de Enfermería, ya que esto ayuda a determinar los elementos cuantitativos capaces de orientar la toma de decisiones en la gestión de las instituciones de salud.

Nuestros usuarios y pacientes son cada vez más exigentes en cuanto a calidad de los servicios que se prestan por lo que en 1996 se aprobó la creación del comité de Evaluación de la Calidad del Trabajo de Enfermería, como órgano de la Vice-Dirección correspondiente, con la misión básica de retroalimentar a sus actores adecuadamente acerca de los problemas analizados en cada uno de los Sub-Comités que los conforman. Atendiendo a que ningún programa de mejoramiento de la calidad debe abordarse de forma aislada por cuanto a la evaluación de los resultados compromete a todo el equipo. Las Vice-Direcciones de Enfermería establecen sus Comités en función de los establecidos nacionalmente en el programa de calidad y éstos son:

- evaluación de proceso asistencial;
- evaluación de los recursos;
- evaluación del proceso quirúrgico;
- evaluación del proceso de atención de enfermería;
- prevención y control de la Infección hospitalaria;
- evaluación fármaco terapéutica;
- evaluación de la mortalidad; y
- evaluación de la satisfacción.

Cada responsable de Sub-Comité rinde cuentas en el Sub-Comité de Evaluación de la Calidad del resultado de la evaluación de sus indicadores, teniendo en cuenta el análisis de la información brindada se hacen análisis cuali-cuantitativos que nos permiten medir, comparar, identificar problemas, determinar el componente de calidad afectado (técnico-humano o ambiental) y establecer medidas correctivas para retroalimentar los procesos de trabajo.

10.11 ACREDITACIÓN HOSPITALARIA

Por otra parte existe un Programa de Acreditación de Hospitales, teniendo en cuenta la Propuesta OPS/OMS dentro del acuerdo general de cooperación firmado entre la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, adaptable a las características de cada región. Esto consiste en un sistema continuo y progresivo de garantía de la calidad, que se basa en una evaluación externa de estándares previamente conocidos de estructura proceso y resultados.

Para ser acreditado, un hospital deberá alcanzar, al menos, el primer nivel de todos los estándares a evaluar. Los hospitales de más de 150 camas serán evaluados por las Comisiones Provinciales. El *Hospital "Hermanos Ameijeiras"* es la Sede de la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales, el cual tiene la responsabilidad, atendiendo a un principio de voluntariedad, de las instituciones que llevan a cabo dicha evaluación. Los hospitales que no acrediten en la primera evaluación serán revisados nuevamente, para lo cual se tendrá en cuenta el número de estándares que no acredita y se fijará el plazo para la reacreditación, ésta se realizará cada tres años con mayores requisitos de exigibilidad.

Nuestro país ha alcanzado logros en materia de salud durante estos años y se han sustentado en parte en la existencia de un sub-sistema integral de formación y desarrollo de los Recursos Humanos. En nuestra institución contamos con una fuerza de personal calificado que nos ha permitido el constituir un centro de referencia nacional para el trabajo de enfermería.

10.12 PROGRAMA Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Otro elemento importante de gestión es la formación y desarrollo de los Recursos Humanos, esta se ha llevado a cabo en forma acelerada en nuestro país y ha pasado por diferentes niveles, técnico, post-básico, profesional y post-gradado. Actualmente existen los cuatro últimos, todos ellos se han perfeccionado constantemente en correspondencia con el "encargo social" y el desarrollo científico-técnico y en base a la descentralización, interactuando e integrándose en los propios servicios de salud. La educación de post-gradado cuenta con dos líneas de trabajo:

1. Formación Académica
2. Superación Profesional

Las modalidades de la primera son: Especialidad, Maestría y Doctorado y las de la segunda: Diplomados, cursos, entrenamientos, talleres, seminarios, debates científicos, intercambio de experiencias, autopreparación y otros, los que posibilitan el estudio y divulgación de la ciencia, la técnica y el arte.

Nuestros graduados universitarios pueden acceder a cursar maestrías multi-profesionales entre las que están: Salud Pública, Psicología de la Salud, Atención Primaria en Salud, Nutrición, Geriátrica, Educación Médica Superior, Educación de Avanzada, Medicina Natural y Tradicional, Epidemiología y otras.

En estos momentos se trabaja en maestrías puras de Enfermería como: Enfermería de Avanzada con perfil Gerencial y Docente y Cuidados Intensivos

Se han desarrollado un grupo importante de diplomados como: Cuidados Intensivos, Oncología, Geriátrica, Nutrición, Pedagogía, Nefrología y se encuentran en fase de preparación los de: Gerencia Médico-Quirúrgica, Siquiatría, Neonatología y otros.

10.13 EVALUACIÓN Y CONTROL

Consideramos importante destacar que las actividades de evaluación y control de la actividad hospitalaria tanto externa como interna deben estar presentes, *"no existe ningún progreso humano sin un balance de éxitos, sin una corrección de desviaciones, sin un control"*. La prestación de servicios de salud se encuentra ante un reto en un mundo de exigencias de progreso y no podrá responder a la demanda social si no evalúa día a día su práctica profesional. En este control está comprometido todo

el sistema institucional, equipos, recursos humanos, materiales y estructura, donde todas las personas integradas toman su protagonismo y participan en cada una de las etapas del proceso.

Esta evaluación y control debe contar con una planificación, una estructura y un sistema de medidas correctivas. En nuestro medio realizamos:

- Consejo de la Vice-Dirección de Enfermería (mensual), para analizar los indicadores del período correspondiente, resultados, control de tareas y brindar información.
- Consejo de la Vice-Dirección Ampliado (mensual) con la participación de todas las Jefas de Sala y Departamentos, invitados a otras áreas según asunto a tratar; Farmacia, Dietética, Mantenimiento u otros.
- Reunión del Comité de Calidad de Enfermería (mensual).
- Pases de visita administrativo (todo el Consejo de Dirección) a Salas o Departamentos, con reunión final con el colectivo evaluado donde se analizan deficiencias encontradas, recomendaciones o felicitaciones, su frecuencia es bisemanal.
- Visitas de control sorpresivo previstas en cualquier horario, pueden ser especificadas a entregas de turno, o a discusiones de casos programados por el Servicio.
- El programa se completa con evaluaciones externas por las instancias superiores, de manera que todos los instrumentos de gestión respondan a los objetivos y necesidades institucionales.

10.14 CONCLUSIONES

La figura del líder y su estilo de dirección debe ser el elemento impulsor, capaz de armonizar la estrategia con la cultura de la institución, y un programa de desarrollo organizacional, que logre que la institución responda uniforme y eficientemente a los requerimientos de su entorno permitiendo que los trabajadores conozcan mejor a su organización y a sí mismos, lo que facilita el incremento de su desempeño.

Ejercer el liderazgo es tarea gerencial, como lo es también, identificar las tareas que le impiden a los trabajadores sentir orgullo de lo que están haciendo.

"La eficiencia, la política y la conciencia de cada colectivo depende de la decisiva actuación de los que dirigen"

Fidel

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonio Moreno Ruiz. Curso de Gestión para Jefes de Servicio. H.C.Q.H.A, la Habana 1996.
2. F. Fernández Ceballos; P. Castell, Floret Serrate. Gerencia en Salud. Selección de Temas (Tomo I y II), 1998.
3. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud. Políticas, Estrategias y Programas. (Folleto) 1998.
4. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. Dirección Nacional de Enfermería y Grupos Nacionales. Cuba 1996, 1997, 1998.
5. Jaime Varo. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. Editorial Generalitat Valenciana, España 1993.
6. OPS/OMS. Rol de las Jefas de Enfermeras Gubernamentales. Región de las Américas. Cuba 1996.
7. OMS. El Ejercicio de la Enfermería. Serie de Informes Técnicos. Ginebra 1996.
8. Feliú Escalona, B.M et al. La Enfermería Cubana hacia el Nuevo Milenio. Congreso Internacional de Enfermería. Stgo de Cuba. 1998. Mesa Redonda. 1997.
9. Sociales. Universidad Autónoma de México. 5ta. Ed. México. 274 pg.
10. Rojas, S. R. (1988). Métodos para la Investigación Social. Una proposición dialéctica. Plaza y Valdes. México. 122 pg.
11. Thomason J. A. Newbrander, W.C. and Riitta-Liisa K. (1991). Decentralization in developing Countries: The experience of Papua New Guinea and its health service. WHO. National Centre for Development Studies.
12. Walsh, K. (1995). Public Services and Market Mechanisms, Competition, Contracting and New Public Management. London. Macmillan Press Ltd.

11. SISTEMAS DE INFORMACIÓN INTEGRAL

HEIMAR F. MARIN, UNIVERSIDAD FEDERAL SAO PAULO, BRASIL

Todo y cualquier atendimento a la salud presupone involucramiento y la participación de múltiples profesionales: médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeuta y otros. Aún, comúnmente, las actividades de atendimento al paciente también puede suceder en distintos lugares, tales como: sala de cirugía, enfermerías, ambulatorios, unidad de cuidado intensivo (UTI), casa para cuidados de ancianos.

Para la realización de estas actividades, múltiples informaciones sobre el estado de salud del paciente son necesarias. Por otro lado, los procedimientos realizados por cada profesional también engendran otras tantas informaciones que van a garantizar la continuidad del proceso del cuidado. Son fuentes distintas de datos, generando consecuentemente distintas informaciones. Así, tales datos necesitan ser agregados y organizados de modo que produzca un contexto que servirá para una toma de decisión acerca del tipo de tratamiento para el cual el paciente deberá ser sometido, orientado todo el proceso de atendimento a la salud de un individuo y de la población.

Vale resaltar que el dato clínico es muy heterogéneo para ser introducido en sistemas tradicionales de información. Por ejemplo, los datos de control de señales vitales necesitan ser verificados, dependiendo de cada caso, en intervalos muy próximos, presentados en planillas y gráficos; los resultados de análisis clínicos son dispuestos en forma de tablas; los análisis de topografía computarizada, rayos X y ultrasonido presentan imágenes como parte del prontuario del paciente; observaciones clínicas pueden estar presentes en intervalos regulares y bajo la forma de texto libre; algunos datos de anamnesis son registrados por medio de una lista de conferencia; las medicaciones contienen una lista de prescripción médica, la conferencia de la administración que es favorecida por la enfermera al paciente y la reacción al medicamento presentada por el paciente; las observaciones hechas por psicólogos generalmente están también registradas en texto libre; y, muchos otros ejemplos podrán ser aún incluso, confirmando la diversidad de datos e informaciones que usamos para viabilizar el cuidado.

El Prontuario Electrónico del Paciente (PEP) es una forma compleja que se propone a unir todos los distintos tipos de datos producidos en variados formatos, en épocas distintas, hechos por distintos profesionales del equipo de la salud.

En 1996, el "Computer-based patient Record Institute" (CPRI) definió como siendo la estructura electrónica para la manutención de información sobre el estado de la salud y el cuidado recibido por un individuo durante todo su tiempo de vida.

El Institute of Medicine (IOM, 1997) entiende que el prontuario electrónico del paciente es un registro electrónico que reside en un sistema específicamente diseñado

para apoyar los usuarios fortaleciendo acceso a un completo conjunto de datos, alertas, sistemas de apoyo a la decisión y otros recursos.

De una manera general, el principio básico de construcción del PEP se basa en la integración de la información. Así, una vez colectada la información, ella es registrada en un determinado formato para almacenamiento y tal registro pasa a ser físicamente distribuido entre los hospitales, agencias de seguro-salud, clínicas, laboratorios y demás sectores envueltos, siendo compartido entre los profesionales de la salud, de acuerdo con los derechos de acceso a cada uno.

El prontuario electrónico del paciente no es simplemente la computarización de los registros hechos en papel pero en un sistema de información desarrollado para mejorar y apoyar el cuidado hecho por todos los miembros del equipo de la salud envueltos en el atendimento.

Como características esenciales, un prontuario electrónico de un paciente debe integrar todas las informaciones acerca del individuo durante su tiempo de vida, hacer una lista, de preferencia multidisciplinaria que pueda indicar los problemas de la salud a cada evento, asociando eventos actuales a los ya registrados, documentar el raciocinio clínico de la elaboración diagnóstica y la conclusión diagnóstica, mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de los datos, permitiendo auditorías, acceso continuo a los usuarios autorizados, soportar conexiones a sistemas de información, recursos locales y remotos, apoyar la entrada de datos hecha directamente por el prestador del cuidado (médico o enfermero), incluir mecanismos de medida del costo y de la calidad de la atención prestada (Andrew & Dick, 1996).

El PEP es también presentado como una propuesta para atender a las actuales demandas de los servicios de la salud. Actualmente, se observa claramente un cambio en como el cuidado es prestado, donde y por quien sea. La filosofía de los servicios de salud de los países está cambiando y la tecnología de información necesita consecuentemente cambiar para continuar atendiendo las necesidades de sus usuarios.

Los antiguos servicios de la salud se caracterizaban por: fragmentación del cuidado – un poco de cuidado aquí y otro poco allá; tendencia para la creación de super-especialidades; foco en el tratamiento de la enfermedad; cuidado apoyados solamente en hospitales, con poca o ninguna coordinación del cuidado; completa autonomía del médico; atención del alto costo y baja calidad; sistemas de información departamentales.

En oposición, el nuevo modelo de atención a la salud, preconiza una mayor integración y gerencia del cuidado con foco en la atención primaria y gerencia a través de la atención continua, tratamiento apropiado es lo mejor, estimulando la eficiencia para una determinada población (pautas); equipo interdisciplinario y colaborador; procedimiento basado en la mejor práctica exigiendo mejor competencia y capacitación del profesional; organización basada en información.

A pesar de estar siendo presentado como una fuerte tendencia y una vez que artículos científicos afirman que todos nosotros, si aún no tenemos, vamos a tener en el futuro un PEP como modelo para registro de informaciones clínicas, la mayoría de los sistemas en uso, aún no están dirigidos para tal metodología de desarrollo. Las informaciones para fines puramente gerenciales no representa, como regla, un desafío para la construcción de un PEP. La dificultad está en el registro, control y recuperación de informaciones clínicas.

El desafío aún es grande, así como la complejidad de un PEP. Pero, la realización de un PEP no tiene sido dificultada necesariamente por la tecnología. Sistemas integrados presuponen no solo servicios y organizaciones integradas, mas principalmente, profesionales integrados. Este aspecto caracteriza, muchas veces, una de las barreras para la adopción de un PEP.

Otras barreras para llegar a un PEP donde informaciones clínicas se encuentran totalmente integradas son:

- falta de un planteamiento estratégico para la implantación de un sistema;
- poco o ningún incentivo interno (por parte de la organización) para atingir la integración clínica;
- dispersión geográfica;
- autonomía institucional;
- miedo por parte de los empleados de perder el empleo y de los médicos de perder la autonomía;
- sistemas de información inadecuados; y
- falta de planeamiento en el atendimento a la salud basado en la población;

Mientras tanto, muchos beneficios pueden ser obtenidos. Entre ellos:

- mejoría en el proceso de entrada de datos;
- acceso rápido a los problemas de la salud e intervenciones actuales;
- acceso al conocimiento científico actualizado;
- mejoría del proceso de toma de decisión;
- acceso rápido al histórico del paciente;
- mejoría en la protección de datos;
- mejoría de la efectividad del cuidado;
- mejoría de los resultados de los pacientes;
- reducción de costos; y
- mejoría de la comunicación y respeto interprofesional.

¿Qué hacer entonces para iniciar un PEP?

- cambio del comportamiento; reconocer el límite del registro basado en el papel de ajustar el profesional a los nuevos papeles;
- cambio en las prácticas: uso de protocolos y pautas; práctica basada en evidencias;

- cambio en los sistemas: ajustar la documentación y el nuevo flujo de procesamiento de información; reorganizar el sistema de información; resolución basada en el cuidado continuo y longitudinal versus basada en una enfermedad;
- tecnología: usar nueva tecnología – evitar obsolescencia; sistemas abiertos, interoperabilidad;
- padrones: usar padrones de registro de datos clínicos: UMLS, CID, CIPE, NANDA... y de transmisión: HL7; y
- legislación: leyes nacionales para establecer requisitos mínimos, uso de padrones y mejoría de calidad del cuidado.

De una manera general, la tecnología no es un problema para la integración de sistema de la salud y sí la solución. En los últimos 6 meses, como regla se puede observar que el poder de procesamiento de los computadores dobla a cada año, disminuyendo cerca de 50% del costo. De los recientes recursos computarizados disponibles que favorecen el desarrollo de un PEP, se destacan:

- La internet y su alto poder de conectividad: permite instituciones geográficamente distantes de compartir datos clínicos y hasta mismo llegar a los lares de los pacientes.
- Los softwares de navegación: la facilidad de acceso a la información presente en la World Wide Web ocurre debido a los comúnmente llamados “browsers” que permiten la búsqueda, la pesquisa y la transferencia de información de la red para el microcomputador personal. Como utiliza con éxito protocolos definidos para la documentación (HTML) y para la transferencia (HTTP), demuestra un potencial de expansión de mercado para la adopción de padrones.
- La internet: la versión de la internet controlada. Usando los mismos formatos, ofrece mayor seguridad y protección de datos debido al control y operación interna.

11.1 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN ENFERMERÍA

El Prontuario Electrónico por definición debe congregar informaciones al respecto del estado de la salud-enfermedad de cada paciente a modo de apoyar la acción de todos los profesionales envueltos. A la enfermería cabe, por lo tanto, definir los datos que deben estar presentes a fin de que sus actividades gerenciales y asistenciales puedan ser ejecutadas.

En la enfermería, la información constituye el elemento básico para el ejercicio de la práctica. En cuanto a los profesionales responsables por el cuidado al paciente, están los enfermeros que gerencian y controlan los aspectos envueltos en la atención al paciente y representan en el área de la salud el equipo que permanece 24 hrs. En contacto con el paciente, con funciones de garantizar la continuidad del cuidado, la seguridad y el bienestar.

Por estos motivos son considerados los usuarios primarios de los sistemas de información y muchas veces los responsables por la integración de la misma.

Considerándose la capacidad, el sistema debe acomodar los datos asociados con el proceso de enfermería, debe estar integrado con y tener el mismo tipo de interface que los otros elementos del registro del paciente, debe eliminar la redundancia de datos, debe ser construido de modo que permita que los datos de enfermería puedan ser electrónicamente transportados para el otro sistema, entre otros criterios (Zielstorff et. al., 1988).

La interface del sistema debe ser lo suficientemente flexible, de manera que se adapte al usuario y no lo contrario, debe permitir la customización en la forma de entrada de datos y telas. Aún, la entrada de datos en el sistema y la recuperación de los mismos debe ser más eficiente de que los sistemas manuales previamente existentes. De preferencia, la entrada de datos debe ser estructurada pero debe también permitir que textos libres sean insertados y finalmente, los usuarios deben ser capaces de cuestionar la base de datos sin el auxilio de los programadores y analistas (Zielstorff et al. , 1988).

Para que se alcance con éxito el desarrollo de esta futura generación de sistemas en enfermería, sigue algunas condiciones básicas: maduración y explicitación del cuerpo del conocimiento de enfermería, fortalecimiento del soporte en el proceso administrativo, poseer protocolos de comunicación de datos y vocabulario padronizado, contar con profesionales de enfermería especializados en informática y obtener un nivel de colaboración adecuado entre los responsables por el proyecto y los enfermeros (Zielstorff et al., 1993).

11.2 CONCLUSIÓN

Obviamente, lo esperado de un sistema computarizado es que aporte el mayor número posible de beneficios, que supere las cualidades de cualquier sistema manual previamente existente. Los más frecuentemente señalados son: contención de costos, mejoría en la productividad, mayor cualidad en la prestación de la asistencia y profesionales más competentes y capacitados.

Por cierto, el desarrollo de un sistema de información computarizado que sea capaz de coordinar e integrar todas las informaciones en la salud es primordial y esencial para garantizar la calidad de un atendimento. Mientras tanto, el desarrollo debe ser muy bien planeado, enfocando los sectores donde será más efectivo.

Otro factor que merece también atención especial y continua es el proceso educativo que debe acompañar cualquier proceso de cambio. La educación del equipo, del paciente, de los nuevos profesionales debe ser priorizada para que se alcance el éxito con más rapidez y eficiencia.

Para la enfermería, los sistemas de información irán cada vez más a actuar como agentes catalizadores para reestructurar la profesión, forzando al enfermero a explorar la naturaleza de la profesión, la esencia de la práctica, el cuerpo del conocimiento científico, llevando el profesional a adquirir habilidades cada vez más especializadas para proporcionar un nivel mejor de atención a la salud de sus clientes/pacientes (Marin, 1995).

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrew, W.; Dick, R. On the road to the CPR: Where are we now? *Healthcare Informatics*, 13(5), 48-52.
2. Doenges, M E; Moorhouse M F; Burley, J T – *Application of Nursing Procee and Nursing Diagnoses*. F.A. Davis Company, USA, 1992.
3. Institute of Medicine. The computer-based patient record – an essencial technology for health care, revised edition, USA, 1997.
4. Ireton, B.; Heyman, C, A. Clinical Integration Continuum: an evolving model for clinical practice. Summer Institute University of Maryland, Baltimore. Proceedings, July, 1997.
5. Marin H F – *Informática em Enfermagemn*. E.P.U – Editora Pedagógica e Universitária, São Paulo, 1995.
6. Marin, H. F. *Registro Electronico do Paciente: um modelo multidisciplinar.- positioning for the future*. John Wiley & Sons, Inc. New York, 1996.
7. Milholland, K. Computerized patient care systems. Summer Institute. University of Maryland, Baltimore, Proceedings, July, 1997.
8. Zielstorff R D; Hudgings C I; Grobe S J – *Next-generation Nursing Information Systems – essential characteristics for professional practice*. ANA – Task force on Nursing Information System, Washington, DC, 1993.
9. Zielstorff R D; McHugh ML; Clinton, J – *Computer Design Criteria for systems that support the Nursing Process*. ANA –Task force on Computer Design Criteria for systems that support the Nursing Process, Washington, DC, 1988.

12. PROFRAMAS DE CAPACITACIÓN EN CONCEPTOS DE GERENCIALES DIRIGIDO A LAS ENFERMERAS DESARROLLADOS POR LA S.M.S.P.

MIRALDEYI MORALES TRINIDAD, DIRECTORA DE LA SECCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA S.M.S.P.

12.1 ANTECEDENTES

La Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. es en México una de las asociaciones de profesionales más antigua y de gran tradición.

En este año cumple cincuenta y cuatro (54) años de acción ininterrumpida. Entre sus miembros se ha contado con ilustres sanitaristas, cuya intervención profesional significó avances en logro de la salud que hoy disfrutamos, así como destacados maestros que participaron y participan en la formación de generaciones de sanitaristas que atienden los diversos servicios que conforman el sistema nacional de salud de nuestro país.

12.2 OBJETIVOS

Dentro de los objetivos de esta Sociedad, destaca el de "fomentar la capacitación científica y técnica de los asociados" y el de "colaborar con entidades, organizaciones e instituciones públicas, sociales y privadas, nacionales y extranjeras, que realicen actividades similares a las de los objetivos sociales de la sociedad".

Para cumplir con estos objetivos la Sociedad cuenta con secciones que agrupan una diversidad de profesionales, entre las que se encuentra la sección de enfermería, que se caracteriza por ser una de las más activas y con un programa permanente de trabajo.

En la Sociedad cada consejo directivo diseña un programa de trabajo que tiene una vigencia de dos años, así en el bienio 1997-1998, el programa de trabajo dedicó especial atención a la educación continua en salud pública proponiendo para ello la descentralización de las actividades académicas a través de la realización de reuniones regionales de salud pública.

Al mismo tiempo que se dinamizó las actividades de las sociedades filiales existentes en veintinueve estados (29), en estas reuniones regionales se brindó la oportunidad de actualizar los conocimientos de los socios, y se fortaleció las relaciones entre las sociedades filiales, de hecho fueron un ejercicio de alto nivel académico.

Se desarrollaron un total de diez reuniones regionales, y en ocho de ellas se incluyó la realización de talleres de gerencia en los servicios de enfermería.

En las primeras fechas la sección de enfermería hizo la propuesta, y en las restantes fue a solicitud de las sociedades filiales la inclusión del taller de gerencia para enfermeras dentro de los programas académicos de las citadas reuniones.

Esta respuesta demuestra el creciente interés y necesidad del personal de enfermería para estar en el mismo nivel de información de otro personal del equipo de salud, y la decisión de los dirigentes de las filiales para unirse al esfuerzo de la sociedad y brindar la oportunidad a las enfermeras para lograr su propósito.

Esta necesidad obedece a tres situaciones que a continuación describo:

- Por diversas razones las instituciones de salud han disminuido los programas de educación continua para el personal.
- Los programas de transición hacia la gerencia se han dirigido al personal de enfermería dentro de las instituciones en forma restringida.
- El programa de estímulos para el personal de enfermería, propicia que este grupo busque individualmente programas de capacitación y actualización que les permita ser incluidas en el mismo.

Ante esta realidad, la Sociedad ha tratado de dar respuesta a una necesidad manifiesta de las enfermeras, a través de impartir los talleres de gerencia para enfermeras no sólo a socias de la misma, sino se abrió la inscripción a todas las enfermeras interesadas en el tema y en la capacitación.

Las regiones en las que se impartieron estos talleres fueron las siguientes:

- Occidente, en Morelia Mich., 1997 y Guadalajara, Jal. en 1998, 60 asistentes.
- Sureste, en Villahermosa, Tab., 1997 en Ciudad del Carmen, Camp., Campeche, Camp. y Villahermosa, Tab., en 1998, 115 asistentes.
- Noroeste, en la Paz, B.C.S., 1997 y Mexicali, B.C., 1998, 55 asistentes.
- Oriente, en Jalapa, Ver., 1997, 80 asistentes.
- En el D.F. en la sede de la Sociedad, 1998, dos talleres, 40 asistentes.

Para 1999, el programa de la sección de enfermería incluye la capacitación, pero nos encontramos con una barrera por superar, ya que el programa de ahorro de energía impone el horario estricto de 8:00 a 18:00 horas en los edificios públicos y

generalmente nuestros talleres que tienen lugar en el D.F. son en el aula de la sociedad y con un horario de 16:00 a 20:00 horas.

Para 1999, el programa de la sección de enfermería incluye la capacitación, pero nos encontramos con una barrera por superar, ya que el programa de ahorro de energía impone el horario estricto de 8:00 a 18:00 horas en los edificios públicos y generalmente nuestros talleres que tienen lugar en el D.F. son en el aula de la sociedad y con un horario de 16:00 a 20:00 horas.

Estamos en la búsqueda de otros espacios para continuar con el proyecto de ofrecer programas de actualización y capacitación en ese mismo horario al que pueden acceder las enfermeras. Debido a que los pueden tomar únicamente fuera de su horario de trabajo.

En conclusión podemos decir que la experiencia de la sección de enfermería por abrir a las enfermeras la posibilidad de acercarse a las bases conceptuales de la gerencia, a realizar ejercicios de planeación estratégica, y revisar los componentes del modelo gerencial, analizar el desempeño con la visión de la calidad, productividad y eficiencia, discutir, aplicar la planeación estratégica a un programa de su unidad, incursionar en el uso de un nuevo lenguaje; ha sido considerada muy positiva y estimulante, ya que el esfuerzo se vió recompensado por la aceptación y solicitud constante de este personal por los programas ofrecidos.

He expuesto brevemente el trabajo que la sección de enfermería ha realizado con la intención de que las enfermeras cuenten con un espacio de actualización permanente, de discusión, de búsqueda y de interacción con otros profesionales ya que la membresía de la sociedad abarca a todas las disciplinas que se relacionan con la salud pública y en un marco de igualdad, se pueden dar estas discusiones enriqueciendo con ello a todos los socios.

13. ASOCIACIONES DE ENFERMERAS Y LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

MARÍA TERESA CASTILLO VÁSQUEZ, ENFERMERA, MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL,
SECRETARIA GENERAL COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE

“... No se requiere saberlo todo desde el comienzo, pero sí se requiere señorío reflexivo en el mundo en que uno vive; respeto y aceptación de sí y de los otros en la ausencia de urgencia competitiva. Si he aprendido a conocer y a respetar mi mundo, sea este el campo, la montaña, la ciudad, el bosque o el mar; no a negarlo o al destruirlo y he aprendido a reflexionar en la aceptación y respeto por mí mismo, puedo aprender cualquier cosa”.

H. Maturanza. Emociones y Lenguaje en educación y Política
Dolmen, 1997.

13.1 CONSIDERACIONES GENERALES

Los servicios de enfermería constituyen el núcleo de la atención de salud en cualquier sistema de salud; siendo la enfermera a quien le corresponde con más frecuencia resolver la demanda de salud de la población. De allí que la organización del quehacer de enfermería así como las competencias y habilidades de la enfermera resultan clave para el logro de una respuesta social humanizada y técnicamente adecuada en salud.

Hoy día resulta más difícil que en otros momentos de la historia, ser enfermera o enfermero (considerando que por la naturaleza misma de esta actividad nunca ha sido fácil). Enfermería, una profesión cuya esencia se sustenta en valores humanistas, de respeto al ser humano, con sensibilidad y compromiso social para cuidar al otro, sano o enfermo, se desenvuelve hoy, en medio de una sociedad profunda y alarmantemente lejana de estos valores y más bien "cautivada" por el valor de lo material, exacerbado insanamente donde la persona vale por lo que tiene más que por lo que es.

Esta contradicción permanente en que se es enfermera o enfermero genera sin duda dilemas profundos, entre un sentido profesional que nos indica un camino sustentado en valores y principios permanentes y una sociedad que nos "invita" y muchas veces nos "seduce" con el pseudoencanto de una materialidad carente de sentido, cuyo precio en no pocas oportunidades es la soledad o la búsqueda de compensaciones vía adicciones de cualquier característica en un contexto de individualismo y falta de solidaridad.

No obstante lo anterior, la profesión de enfermera posee un rico potencial basado justamente en la solidez de sus valores que le dan sentido y permanencia y que

le podrían permitir alzarse como una profesión que lidere junto con otras organizaciones de la sociedad civil, los cambios profundos que necesitan nuestras sociedades para encaminarnos a un nuevo siglo con la visión de una sociedad humana, social y ambientalmente sustentable.

La posibilidad de transformar dicho potencial en acción movilizadora y hacemos cargo como profesión de este desafío y privilegio a la vez, depende de manera muy importante de la capacidad y visión de los líderes de enfermería para generar condiciones y estrategias efectivas que den oportunidad de las enfermeras de mostrar dichas potencialidades y aportar consciente y comprometidamente a la construcción de un mundo mejor a partir de un desarrollo profesional y humano acorde con ello.

13.2 EL DIAGNÓSTICO

Los aspectos que a continuación se puntualizan, son considerados por nuestra organización como variables imprescindibles de considerar a la hora de definir un plan de desarrollo profesional dirigido a optimizar el quehacer profesional de la enfermera, particularmente en la esfera de la gestión de los servicios de enfermería en el contexto de mejoramiento de la calidad de atención en salud.

El incremento de la demanda de enfermeras en un escenario de baja oferta de estas profesionales³, difícil de revertir en un corto plazo, requiere necesariamente que las enfermeras optimicen su trabajo para dar respuesta a dicha demanda que es de orden tanto cuantitativo como cualitativo.

En efecto, los cambios del perfil demográfico junto con la complejización del perfil epidemiológico, evidencian este incremento de demanda de cuidados de salud. La modificación de la pirámide etárea, con un sostenido incremento de la población adulta y adulta mayor (Cuadros N°1 y N°2) junto con el incremento de problemas de salud-enfermedad de carácter crónico y la concomitancia de enfermedades infecto-contagiosas emergentes, conforman un escenario donde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades parecen ser los caminos de respuesta para asegurar un envejecimiento digno y saludable de la población.

Cuadro N°1. Indicadores demográficos seleccionados

Indicador	Quinquenio 1990-1995	Quinquenio 2010-2015
Tasa global de fecundidad	2.5	2.2
Tasa bruta de mortalidad	5.5	6.3
Esperanza de vida (ambos sexos)	74.4	77.3

³ Chile dispone de aprox. 4 enfermeras/100 mil hab., ocupando el 3er lugar entre los países de la Región con mas baja disponibilidad de estas profesionales.

Fuente CELADE, 1994 Boletín Demográfico N°54

Cuadro N°2. Población según grupos de edades (en porcentajes)

Grupo de edad	1990*	2010**
00-14	30%	24.9%
60 y más	9%	12.5%

* pob. total 1990 = 13.099.511

**pob. total 2010 = 17.010.291

Fuente CELADE, 1994 Boletín Demográfico N° 54

Lo anterior, constituye, sin duda, un desafío que impele a las asociaciones de enfermeras en conjunto con los gobiernos, las instituciones empleadoras (públicas y privadas), las instituciones formadoras y los organismos internacionales, a buscar las estrategias adecuadas para que las enfermeras accedan a instancias de capacitación y actualización que respondan efectivamente a las necesidades detectadas.

La tendencia de la atención de salud se desplaza desde el "curar" hacia el "cuidar" (promoción de salud y prevención de enfermedades), contexto en el cual la enfermera juega un papel esencial pues otorga cuidados, aplicando su base de conocimientos sistemáticos, con el fin de contribuir a la protección y promoción de salud, a la vez que lidera al equipo de enfermería en un trabajo colaborativo que permite otorgar cuidados integrales e integrados en los distintos niveles de atención de salud.

La oferta de formación continua y/o capacitación de las enfermeras observa en la actualidad insuficiencias importantes en el ámbito de la gestión de servicios⁴. Se ha dado un énfasis a las capacitaciones de orden técnico y tecnológico dentro de un modelo de atención medicalizado en desmedro de una formación continua que fortalezca aquellas áreas del ejercicio de la enfermera que como la gestión, resultan claves para que pueda dar respuestas congruentes con las necesidades de salud del país.

A lo anterior, ha contribuido sin duda, las propias debilidades que evidencia la política general de recursos humanos en salud, expresada entre otros aspectos en poca claridad para definir estándares e indicadores que direccionen los requerimientos y distribución sobretodo de profesionales en el país; en indefiniciones para determinar los niveles de personal de enfermería y en la ausencia de una estrategia integral de formación y capacitación de este personal.

⁴ Esta aseveración corresponde a las Conclusiones emanadas de los dos últimos Congresos Nacionales de Enfermeras realizados en Chile en junio del 95 y agosto del 98.

En definitiva, las enfermeras y los servicios de salud necesitan y requieren, que estas profesionales respondan de manera efectiva y eficiente en su quehacer cotidiano (gestión de lo cotidiano); ello implica entre otras cosas: un desempeño ágil, una toma de decisiones basada en información analizada, oportunidad de las acciones que se llevan a cabo, capacidad de trabajo en equipo y de liderarlos construyendo en conjunto los objetivos, indicadores y metas en cada realidad específica. Manteniendo su ámbito fundamental de acción dentro del sistema de salud, las enfermeras deben actuar como agentes de cambio a través de una actitud diferente y de un accionar proactivo.

13.3 LA ESTRATEGIA

De acuerdo con el diagnóstico señalado precedentemente, la formación continua de la enfermera resulta una herramienta clave para contribuir con éxito, desde enfermería, al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población mediante un proceso participativo y mutuamente satisfactorio (usuario y prestadora de cuidados de enfermería).

Así, esta formación debe abordar aspectos cognitivos, afectivos e instrumentales, de tal forma que provoque en las enfermeras, cambios actitudinales que aseguren una capacidad de respuesta permanente y de largo plazo, en un sentido proactivo, favoreciendo con ello su participación en la toma de decisiones, haciendo visible la importancia de sus aportes en los distintos ámbitos del sector salud y social en general.

Para ello, se requiere generar espacios formativos-facilitadores, donde la enfermera realice una profunda reflexión sobre su propia práctica, reconociendo fortalezas y debilidades e identificando estrategias de acción efectivas para optimizar su ámbito de ejercicio, realizando un trabajo más profesional y satisfactorio.

13.4 EL MODELO DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

La responsabilidad del profesional de enfermería de conducir - liderar la gestión de los servicios enfermería, implica que esa enfermera/o tenga en primer término un posicionamiento dentro de su ámbito laboral y profesional que asegure una respuesta efectiva en dicha conducción, favoreciendo con ello un trabajo en equipo en conjunto con el resto del personal de enfermería que permita cumplir los objetivos propuestos en cada realidad concreta.

La formación de pregrado, aún cuando ha introducido modificaciones en sus currícula en los últimos años en estas materias, pareciera todavía insuficiente para empoderar a las egresadas de estas características a la hora de iniciar su vida laboral. Es justamente en este punto donde cobra relevancia la formación continua de las enfermeras basado en un enfoque que promueva con mucha intensidad la reflexión sobre la práctica.

Un modelo de gestión de los servicios de enfermería debe provocar cambios en las enfermeras como personas y como colectivo. Utilizando el lenguaje de Maturana se debe propender a “ sin pasar por alto las cosas que pasan en el mundo, tomar nota muy profunda acerca de lo que pasa con uno, de lo que nos modifica en el juego de las emociones libres...”

La idea es transformar el aprendizaje en una educación para el amor, entendiendo que es el amor lo natural en el ser humano y por ello resulta indispensable luchar contra todo cuanto ha desnaturalizado irreverentemente al ser humano.

En lo concreto, un espacio de educación para el amor, en el tema que nos convoca, significa desde nuestra perspectiva, revitalizar en cada una de las enfermeras que accedan a instancias de capacitación bajo este enfoque, su fuerza, su convencimiento y su orgullo de ser enfermera, invitándolas a desarrollar sus máximas potencialidades, reencontrándolas con valores integradores conducentes a reformar y a unir, despejando las rutas para unir y no separar, para despejar y no bloquear al individuo.

Coherente con lo anterior, la gestión de los servicios de enfermería y de salud en general, debe estar sustentada en mujeres y hombres informados y conscientes de su compromiso social, que se sientan constructores junto con otros y otras de un proyecto común de país. El bagaje instrumental para la gestión de servicios, necesario por cierto, solo puede resultar útil y efectivo si es aplicado por personas apropiadas de sí mismas e involucradas en la resolución de los problemas.

Por ello, el modelo de gestión debe apuntar a fortalecer a las personas, quienes, dotadas de conocimientos e instrumentos de acción, conscientes del mundo que les rodea, fortalecidas en su autoestima y reapropiadas de sus fortalezas, serán sin duda capaces de contribuir con respuestas integrales a los problemas de salud-enfermedad y a la formulación de un proyecto de país humano y ambientalmente sustentable.

Las herramientas para la gestión, las técnicas sobre trabajo en equipo, los marcos conceptuales que ofrecen un liderazgo efectivo, la estimación de costos o cualquier otro aspecto instrumental de la gestión cobrarán sentido, utilidad y efectividad en la medida que exista una enfermera sensible, comprometida y consciente de su realidad.

13.5 PARTICIPACIÓN DE LOS ORGANISMOS O AGENCIAS INTERNACIONALES

Las agencias internacionales de cooperación, sin duda, tienen un papel relevante en el desarrollo profesional de la enfermería, toda vez que poseen una visión global de la problemática, cuestión que permite identificar necesidades y prioridades en un contexto amplio como lo es por ejemplo la región de América Latina.

Junto con ello, cuentan con personal altamente calificado que pueden contribuir de manera muy importante y significativa a la formación continua de las enfermeras. Chile, tiene experiencias altamente valiosas en este sentido; la más cercana se refiere a la participación activa de OPS en la implementación del plan estratégico de desarrollo de enfermería iniciado a mediados de la presente década, donde se llevó a cabo un extenso programa de capacitación para enfermeras en el ámbito de la planificación y gestión estratégica.

Más tarde, se apoyó efectivamente, a través del Asesor OPS, Dr. Antonio Carlos de Azevedo, la formulación del Programa de Diplomados en Gestión de Servicios de Enfermería, que organiza el Colegio de Enfermeras de Chile en conjunto con la Universidad Bolivariana, iniciativa que cuenta con el patrocinio del Ministerio de Salud. Esta experiencia ha sido evaluada como altamente satisfactoria por las más de 100 alumnas diplomadas, por los servicios de salud y por las autoridades ministeriales de salud.

En definitiva, se puede afirmar que la cooperación técnica de las agencias internacionales en el tema que nos convoca resulta absolutamente necesaria, toda vez que es una instancia que puede articular el trabajo colaborativo entre los países de una región determinada, apoyar técnicamente las iniciativas que surjan y facilitar condiciones para el seguimiento, evaluación y optimización de las mismas.

Enfermería requiere tener un espacio dentro de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, acorde a la realidad y necesidades presente y proyectadas para el inicio del próximo siglo. Por ello, nos parece indispensable fortalecer los vínculos Asociaciones de Enfermeras/OPS a fin de revitalizar un trabajo conjunto en pos del desarrollo de la enfermería para una mejor contribución al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de amplios sectores de la población latinoamericana.

13.6 PARTICIPACIÓN DE LAS ASOCIACIONES DE ENFERMERAS

Las Asociaciones de Enfermeras, como las entidades representativas de las enfermeras de los respectivos países, deben asumir una participación activa, de liderazgo y conducción de los procesos de desarrollo profesional. Son ellas las entidades que cuentan con una mayor diversidad de información, también poseen un mejor conocimiento de las realidades de sus respectivos países, todo lo cual les permite tener una mirada global y de mejor comprensión de las problemáticas relevantes de la profesión y de la enfermería en general.

Por tanto, su aporte y su participación como interlocutor válido de las enfermeras es indispensable a la hora de analizar y discutir materias que, como la formación continua y el desarrollo profesional, requieren, a nuestro juicio de cambios realmente transformadores que propendan al óptimo aprovechamiento de las competencias y habilidades del personal de enfermería (técnico y profesional).

Son las Asociaciones de Enfermeras, quienes deben articular el trabajo de los distintos ámbitos del ejercicio de la enfermería (docencia-asistencia/sector público-privado entre otros). Así mismo debe constituir alianzas estratégicas con otras organizaciones (de profesionales, de técnicos, de personal de salud, Universidades, etc.) con objeto de impulsar propuestas coherentes en este caso, en materia de recursos humanos, a la luz de la realidad epidemiológica, social, económica y política de los respectivos países.

13.7 A MODO DE CONCLUSIÓN

El ejercicio profesional requiere de un sentido. Dicho sentido proviene fundamentalmente de sentirse inmerso en un proyecto de país donde la responsabilidad y la preocupación por el bienestar de la comunidad constituyan el motor de nuestro accionar como profesionales y trabajadores, partícipes de la construcción de ese país para todos. La profunda insatisfacción que experimentan no pocas enfermeras en su trabajo cotidiano, tiene que ver con el predominio de un proyecto de país del que las más de las veces no se sienten partícipes.

La competencia y el lucro como valores legitimados por unos pocos, empaña, desperfila y en definitiva desvaloriza principios permanentes como son la preocupación por el otro y la responsabilidad social de participar en la construcción de una sociedad que proporcione bienestar a la comunidad nacional.

Para lograr esto se requiere que las enfermeras se empoderen de sus fortalezas, releven los principios y valores de la profesión y recuperen para ellas y sobretodo para la salud de nuestros países la dignidad del servicio público.

Es así que un modelo de formación en gestión para las enfermeras, debería apuntar a fortalecer a las personas y no-solo a dotarlas de herramientas o recetas descontextualizadas de la realidad socio política. Las enfermeras fortalecidas en su autoestima y reapropiadas de sus fortalezas serán sin dudas capaces de contribuir con respuestas integrales a los problemas de salud-enfermedad y a la construcción de un proyecto de país sustentable ambiental y humanamente.

14. EXPERIENCIAS DE GESTIÓN EN ALTA DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

**MARINA BELLO, ASOCIACIÓN DE ESCUELAS DE ENFERMERÍA DEL D.F. Y ESTADOS DE
HIDALGO, MORELOS, PUEBLA TLAXCALA A.C., MÉXICO
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS, MÉXICO**

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. OPS/OMS. La Enfermería en la Región de la Américas. Enfermería en la búsqueda de la equidad, la eficiencia, la eficacia y la calidad. Plan de Acción 1996-2001. Washington, D.C. marzo, 1997.
2. CLAD. Una nueva Gestión Pública para América Latina. Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo. Octubre, 1998.
3. Brito, Pedro, Francisco Quintana y Martha Novick. Gestión de Recursos Humanos en las Reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. OPS/OMS. San José de Costa Rica, Agosto 1995.
4. Marín, José Ma. Marco de Referencia Actualizado para el desarrollo de la Capacidad Gerencial. OPS Washington, D.C. 1995.
5. ENEO-UNAM, Gerencia de los Servicios de Enfermería Antología. SUA-ENEO. México, 1998.
6. ACOFAEN. Guía de Intervención en Enfermería basada en Evidencia Científica. Gerencia en Enfermería. Guía 1. Colombia. 1999.

ANEXO I

TALLER LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL EN ENFERMERÍA DENTRO DE LA GERENCIA INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Ciudad de México
10-12 de mayo de 1999

Lista de Participantes

Héctor G. Aguirre Gas

IMSS
México
Tel. 57 61 02 85

Victoria Álamo Arabedo

IMSS
México
Tel 55 95 18 67

Ma. De Lourdes Andrade Ortiz

IMSS
México
Tel. 53 26 54 49 ext. 2042

Gladys Araya Ugalde

Director
Departamento de Enfermería
Ministerio Salud Costa Rica
San José, Costa Rica
Tel. (506) 255-2292
Fax (506) 222-3483
coenf@sol.racsa.co.cr.

Graciela Arroyo Ramírez de Cordero

Secretaria de Salud
México
Tel. 55 45 59 34

Cristina Balan Gleanes

ENEO - UNAM
México

Marina Bello Pérez

Escuela de Enfermería Hosp. de Jesús
Avenida 20 Noviembre #82
C.P. 06090
Ciudad de México
México
Tel (525) 542-2402
Tel/Fax (525) 542-2408
mabello@servidor.unam.mx

Javier Bolaños Sánchez

Subsecretaría de Coordinación Sectorial
S.S.A.
México
Tel 52 50 09 30

Caridad Cairo Soler

Hosp. C.Q. Hnos. Ameijeiras
Cuba
Tel. 57 60 40
vde@hha.sld.cu

Bertha-Alicia Camacho Villicaña

Secretaría de Salud
México
Tel. 52 50 09 30

María Antonieta Camacho Meléndez

IMSS
México

Tel 55 54 61 42

Beatriz Carmona Mejía

Fes-Zaragoza - UNAM
México

Tel 56 23 05 84

bcm@puma2.zaragoza.unam.mx

María Teresa Castillo Vázquez

Colegio de Enfermería de Chile
Chile

Tel (011-56-2) 639 85 76

cipe@entelchile.net

Mariana Catz

OMS - Ginebra

Canadá

Tel (41 22) 791 46 46

catzm@who.ch

María Soledad Centeno Díaz

Escuela Nacional de Enfermería del
ISSSTE.

México

Tel. 55 75 31 80

Gloria Chávez Hernández

IMSS

México

Tel. 53 26 54 49 ext. 2042

Silvia De la Fuente Rocha

SSA - Dirección General de Regulación
de S.S.

México

Tel. 55 63 96 74

María Elena Espino Villafuente

Federación Mexicana de Asociaciones y
Facultades de Enfermería A.C.

México, Celaya, Gto.

Tel. 04 461 536 48

espino@celaya.ugto.mx

Irma Gallardo Montalvo

ENEO-UNAM

México

Tel . 55 73 19 95

Celia García Rosillo

Hospital Ángeles del Pedregal

México

Tel. 56 52 20 11 ext. 2047

Rosa Albertha Garrido Gómez

Secretaria de Salud

México

Tel. 52 50 09 30

Euclea Gómez Valle

Associacion Brasileira de Enfermagen

Brasil

Tel 060 226 06 53

eucloa@zaz.com.br

Elena De Guzmán Reyes

Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social.

Calle Arc, #827

San Salvador, El Salvador

Tel (011-503) 221-0966

Fax (011-503) 271-3453

María Guadalupe Herrera

Fernández

Instituto Nacional de Perinatología

México

Tel. 55 20 21 33

Rita Iglesias Ramos

Sociedad Mexicana de Salud Publica

México

Tel. 55 44 91 78

Silvia Ishiwara Huerta

Hospital Cardiología C.M.N. Siglo XXI

México

Tel. 56 27 69 00

Josefina Jiménez

ENEO - UNAM

México

Araceli Jiménez Mendoza

ENEO - UNAM

México

Tel. 55 73 19 95 / 56 55 13 42

amendoza@eneo.unam.mx

Juana Jiménez Sánchez

Secretaria de Salud
México
Tel. 52 50 09 30

Sandra Land

Asesora Regional en Servicios Locales
de Salud
OPS/OMS
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
USA
Tel (202) 974-3214
Fax (202) 974-3641
landsan@paho.org

Rosa María Lerma Jasso

ENEO-UNAM
México
Tel. 55 73 19 95

**María Guadalupe Llama
Castañeda**

Grupo Empresarial Ángeles
México
Tel. 52 46 53 44
carden@datasys.com.mx

**Beatriz López Contreras de
Menchaca**

Instituto Nacional de Perinatología
México
Tel. 55 20 21 33

María Dolores Lugo Zaleta

IMSS
México,
Tel. 57 26 17 55

Heimar Marin

Universidad Federal de Sao Paulo
Brasil
754. Rua Napoleao de Barros
Sao Paulo, SP 04024-002
Brazil
Tel (55-11) 549-7522
Fax (55-11) 573-3371
and-mail heimar.denf@epm.br

José María Marín León

Asesor Regional en Administración de
Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS
525 23rd Street. NW
Washington, D.C. 20037
Tel (202) 974-3821
Fax (202) 974-3641
marinjos@paho.org

Patricia Martínez Mercado

ENEO - UNAM
México
Tel. 56 82 74 39

Gloria Molina Marín

Facultad Nacional de Salud Publica
Universidad de Antioquía
Calle 24 Nr. 70-5 Apro. 302
Medellín, Colombia
Tel. (57-4) 256-5615
molina@epm.netico

Araceli Monroy Rojas

UAM - Xochimilco
México
Tel. 57 24 51 98

Silvia Nicolás Cisneros

UNAM - Iztacala
México
Tel. 56 23 11 44
ssnc@servidor.unam.mx

Amanda Orozco Tagle

ENEO-UNAM
México
Tel. 55 73 07 32
Aorozco@unam.eneo.mx

Juan Pineda Olivera

UNAM- Iztacala
México
Tel. 56 23 11 44

Josefina Reyes González

Colegio Nacional de Enfermera A.C.
México

Tel. 55 43 66 37
conalenf@df1.telmex.net.mx

Cristina Rodríguez Becerra
ENEO - UNAM
México
Tel. 56 55 23 32

Gloria Rodríguez Díaz
ENEO - UNAM
México
grodrig@eneo.unam.mx

Jenny Araceli Rodríguez Gutiérrez
ENEO - UNAM
México

Juana Rodríguez Velázquez
UAM-Xochimilco
México
Tel. 57 94 51 98

María Azucena Rodríguez Gadea
Hospital Angeles del Pedregal
México
Tel. 56 52 30 11

Susana Salas Segura
Centro Colaborador OMS/OPS
ENEO - UNAM
México
Tel. 56 55 07 34
ssalas@eneo.unam.mx

Lilia Irene Salcido Soria
Hospital Central Norte PEMEX
México
Tel. 55 61 14 33 ext. 52049-048-050

Clara Inés Sánchez Franco
ACOFAN Universidad de Antioquía
Medellín, Colombia
Tel. 55 10 63 35
Fax: (57-4) 411 45 01
aleltda@epm.co

Isabel Santillán Arriaga Martha
ENEO -UNAM
México
Tel. 55 93 53 00

María del Carmen Solís Arellano
ENEO - UNAM
México
Tel. 57 02 03 46

María del Carmen Susano Caballero
ENEO - UNAM
México
Tel. 55 73 06 98

María de Lourdes Thomas González
PEMEX - Picacho
México
Tel. 56 45 16 84

María Elena Yarza Solorzano
Hospital Mocol
México
Tel. 52 77 31 00 ext. 1200

Lydia Ruth Zamora Cortés
Universidad Politécnica de Nicaragua
Box 1375
Managua
Nicaragua
Tel/Fax (011-505)249-9234
escenf@ibw.com.ni

Rosa Armarilis Zárate Grajales
Centro Colaborador OMS/OPS
ENEO - UNAM
Universidad Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería
Antiguo Camino a Xochimilco Esq
Viaducto Tlalpan Col.
San Lorenzo Huipulco
14370 Mexico City.
Mexico
Tel (011-525) 6-55-07-34
Fax (011-525) 6-55-23-32
rzarate@eneo.unam.mx

María Dolores Zarza Arizmendi
ENEO-UNAM
México
Tel., 56 55 31 81

ANEXO II

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO COLABORADOR DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL
DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL**

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) es la institución más importante en la formación de la Enfermería en el país, desde su fundación en 1907.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en el pregrado, imparte dos niveles: Técnico, en el Sistema Universidad Abierta y a Distancia y Licenciatura en Sistema Escolarizado y Abierto, que actualmente cuenta con 9 sedes en diversas regiones de la República Mexicana, impulsando el proyecto de Profesionalización en el país.

El proyecto de formación de Licenciatura se ha actualizado recientemente (Plan 1992), constituye la referencia más innovadora de estudios profesionales de Enfermería en México y es la estrategia académica que está siendo adoptada por un gran número de escuelas en nuestro país, ya sea a través del sistema incorporado de la propia UNAM o como marco referencial de escuelas Universitarias en los estados.

De la ENEO egresan el mayor número de Enfermeras, representando el 15% del total en relación al egreso nacional (ANUIES, 1995) para ejemplificar lo anterior entre 1987 y 1995, egresaron 1854 alumnos de Licenciatura y 2659 de Nivel Técnico y en promedio son 295 alumnos por año egresados del nivel técnico y 206 de licenciatura.

En lo referente a titulación en este mismo período de 9 años, se titularon 2339 alumnos de nivel técnico y 1799 de Licenciatura con un promedio a nivel de titulados de 259 y 200 respectivamente. Esto refleja que la Escuela tiene una eficiencia terminal en relación a ingreso y egreso de 50% en Licenciatura y 64% en nivel técnico.

Nuestros egresados tienen buena aceptación en el campo de actividad profesional y se ha hecho evidente en los últimos años una creciente demanda de instituciones de seguridad social y privadas así como de instituciones educativas para incorporar profesionistas formados en nuestros programas.

La estrategia de profesionalización en el nivel técnico y de educación superior está teniendo un gran impacto nacional por la experiencia de más de veinte años en sistema abierto que es reconocido como el mejor proyecto de educación semipresencial y a distancia que tiene actualmente la UNAM. La ENEO en el marco de la filosofía universitaria tiene tres funciones básicas, docencia, investigación y difusión de la cultura.

En la actividad docente, en el año 1996 integró 82 grupos de licenciatura y 53 de nivel técnico que implicó atender a 2118 alumnos en el periodo (memoria UNAM 1996).

Para atender a esta población la ENEO tiene una planta académica con 251 profesores 59% profesores de asignatura, 43 profesores investigadores de tiempo completo, 6 técnicos académicos y 2 ayudantes de profesor.

De la planta docente el 64% son profesoras enfermeras, el 16.3% médicos y el 18.7% de otras disciplinas de apoyo (psicología, nutrición, pedagogía, sociología), que favorece condiciones para el trabajo académico y de investigación multidisciplinario.

La ENEO mantiene una estrecha vinculación con su sociedad a través de proyectos de extensión universitaria y educación continua y establece actividades de intercambio académico de manera permanente en programas de formación docente. Se tiene un creciente número de solicitudes de colaboración con instituciones educativas, particularmente Universidades estatales así como con instituciones de Salud Públicas y Privadas. Actualmente se encuentran en operación veintiséis convenios para actividades de docencia en el pre y posgrado, actualización e investigación; dos programas específicos de colaboración con la Universidad de Nuevo México y con la Case Western Reserve University a través de las cuales se están enmarcando acciones de interés común en materia de posgrado y proyectos de investigación compartida. Es importante también el convenio de edición con Mc. Graw Hill y las acciones de cooperación editorial con Mosby-Doyma. Lo anterior expresa la jerarquía y la capacidad que tiene la institución como centro dinamizador de la enfermería nacional.

La Escuela cuenta con la sede de prácticas de atención primaria en San Luis Tlaxialtemalco, delegación Xochimilco, que inició sus actividades en 1991 y constituye otro ejemplo de vinculación de la dependencia con la comunidad, en donde además del interés por conocer las necesidades de la comunidad, se brinda un servicio de atención a la salud y se establecen objetivos de aprendizaje para los alumnos de nuestra Escuela, con el propósito de crear la cultura de la atención primaria en salud. Dichos programas cuentan con el apoyo de las autoridades universitarias, de la delegación de Xochimilco y de la Secretaría de Salud. En ambas actividades, es importante mencionar que participan profesores y alumnos de esta escuela, así como pasantes de Enfermería en Servicio Social.

El programa de servicio está orientado a la realización de acciones anticipatorias aplicando el enfoque de riesgo y a la solución de problemas comunes tanto como a los cuidados a pacientes con enfermedades crónicas en manejo ambulatorio en el hogar.

De esta manera sus programas de atención de enfermería son preventivos, curativos y cuidados a enfermos dependientes con énfasis en educación y referencia a diversas instituciones de salud.

En dichos programas se tiene un estrecho contacto con las comunidades urbanas y semi rurales de la Ciudad, ya sea en su domicilio o en el centro de atención, brindando educación para la salud, controlando al individuo sano promoviendo el autocuidado, atendiendo a mujeres embarazadas, detectando riesgos y daños a la salud y estableciendo la referencia de casos a los centros de atención correspondientes.

Un programa de gran importancia también lo constituye la Coordinación de Extensión Académica, que realiza actividades para vincular a la Escuela con la sociedad y difundir el conocimiento en materia de salud. Las principales actividades que se realizan son: educación a padres de familia, profesores de escuelas y público en general, relacionada con el cuidado a la salud y atención de primeros auxilios y se han desarrollado campañas de prevención del cólera. Dentro de esta delegación se han organizado las Ferias de Salud, las campañas anuales de donación altruista de sangre, así como los cursos de formación de promotores en salud a la comunidad del Ajusco Medio en la delegación Tlalpan.

Cabe resaltar la participación que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia tiene en corresponsabilidad con el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGen) en la delegación Iztapalapa, programa que inició en septiembre de 1988 y cuyo objetivo es la detección y control de la mujer embarazada, la atención del parto de bajo riesgo y el control del recién nacido sano; dicho programa ha tenido un gran impacto en la salud materno infantil de la delegación, principalmente en la población de escasos recursos, y se extiende actualmente a otras zonas del Distrito Federal y de la República. En el proyecto trabajan profesores, alumnos y alumnos de pregrado que concluyen los créditos de la carrera y que brindan un servicio social obligatorio durante un año, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, aplicando el enfoque de riesgo para la atención materno infantil con programas de docencia, investigación y servicio.

En este centro se atiende población que no tiene acceso formalizado a los servicios de salud, es autofinanciable a expensas de cuotas clasificadas de recuperación en su gasto operativo y a través de donaciones y concursos para obtener financiamientos exteriores en lo referente al gasto de inversión. El sector privado ha proporcionado las instalaciones en como dato para fines de un servicio a la sociedad.

Debe destacarse que este centro de atención materno infantil funciona a partir de reconocer que enfermería puede asumir responsabilidad ampliada en la salud perinatal y el rol del médico especialista es en apoyo y asesoría para la atención de enfermería que de esta manera tiene una capacidad resolutive asegurando servicios profesionales sin riesgos, la población está cada vez más interesada en los servicios de enfermería proporcionados en este sistema lo cual se refleja en la creciente demanda de atención y en el reconocimiento que las autoridades de salud tienen actualmente por sus resultados. (Anexo)

En relación a las líneas de investigación que tiene la Escuela, la tendencia es consolidar la investigación epidemiológica, con enfoque de riesgo en problemas

crónico-degenerativo y para aquellos con alta tasa específica de morbilidad y/o mortalidad por grupo de población. (Anexo)

La población que participa en los proyectos son los alumnos de pregrado y posgrado y los pasantes en servicio social, quienes reciben la asesoría metodológica por parte de los profesores de investigación y la asesoría clínica especializada está a cargo de la Coordinación de los cursos y/o asesores externos, los resultados de investigación se encuentran registrados en el sistema ARIES.

La ENEO tiene una gran tradición en la formación especializada de cursos posttécnicos que por su calidad tienen gran aceptación en las instituciones de salud, en 1996 egresaron 910 alumnos de 45 grupos entre los cuales se cursaron las áreas de Enfermería: Pediátrica, Cardiológica, Quirúrgica, Geriátrica, Psiquiátrica, Oncológica, Rehabilitación y Ortopedia, Cuidados Intensivos, Neurológica y Administración de los Servicios de Enfermería.

En este año se aprobó el Plan Único de Especialización en Enfermería con diez áreas de formación, con lo cual se inició en enero de 1997 los estudios de posgrado en la ENEO lo que asegura fortalecer las tareas de investigación en Enfermería, particularmente en rigor científico, posibilidad de profundización y dominio de las ciencias de la Enfermería.

ANEXO III

LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL EN ENFERMERÍA DENTRO DE LA GERENCIA INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social Ciudad de México

10 - 12 de mayo de 1999

Agenda

Lunes 10 de mayo de 1999

- | | |
|--------------------|---|
| 9:00-9:20 a.m. | Inauguración |
| Moderador | Graciela Arroyo de Cordero |
| 9:20-9:50 a.m. | Nuevos enfoques en la gerencia institucional y sus implicaciones para el desarrollo de la capacidad gerencial en enfermería.
30 minutos
José María Marín - OPS/OMS |
| 9:50-10:40 a.m. | Desafíos para la gerencia en enfermería frente a estos nuevos enfoques 15 minutos cada persona
Panel - Mariana Catz - Canadá
Rosa Zárate, UNAM - México
Gloria Molina Martín - Colombia |
| 10:40 - 10:50 a.m. | Discusión. |
| 10:50 - 11:15 a.m. | Café |
| 11:15 - 12:30 p.m. | Experiencias de capacitación en gerencia
15 minutos cada persona
Clara Inés Sánchez- ACOFAEN
Marina Bello Pérez- Diploma en gerencia México
Carolina González Schlenker- Instituto Nacional de Salud Pública de México. |
| 12:30-2:00 p.m. | Almuerzo |

2:00-3:30 p.m.	Presentación de proyectos e iniciativas en el desarrollo de la capacidad gerencial 15 minutos cada tema	
2:00-2:20 p.m.	Sistemas de Información en Gestión de Recursos Humanos.	Silvia de la Fuente, Secretaría de Salud de México.
2:20-2:40 p.m.	Sistema de Información Gerencial	José María Marín, OPS
2:40-3:00 p.m.	Gestión de Calidad en Centro América	Gladys Araya Ugalde y Elena E. Reyes Grupo Centroamericano de Enfermeras
3:00-3:20 p.m.	Educación Continua en Administración y Liderazgo.	Lydia Ruth Zamora Cortés, Nicaragua Centro Colaborador de OMS / OPS George Mason University
3:20-3:50 p.m.	Receso	
3:50-5:30 p.m.	Consideraciones para el desarrollo de la capacidad gerencial en enfermería dentro de la gerencia institucional de los servicios de salud. Mesa redonda 15 minutos.	
	Gestión Hospitalaria	Héctor Aguirre Gas, Seguridad Social, México
	Gerencia de Enfermería en el Hospital	Caridad Cairo Soler Cuba
	Integración de Sistemas de Información	Heimar Marín, Esc. Enf. Univ. Federal de Sao Paulo
	Asociaciones Salud Pública	Rita Iglesias Ramos Sociedad Mexicana de Salud Pública.
	Asociaciones Enfermería	Ma. Teresa Castillo Vázquez Colegio de Enfermeras, Chile
	Movilización de Recursos	Eucléa Gomes Vale Asociación de Enfermeras Brasileñas

5:30 p.m. Evaluación simposio

Martes 11 de mayo de 1999

Moderador Soledad Centeno Díaz
Escuela de Enfermería ISSSTE, México

9:00-10:30 a.m. Demostración de instrumentos - Dos grupos simultáneos
WINSIG y Sistemas de Información de Recursos Humanos

10:00-11:00 a.m. Receso

11:00-12:30 p.m. Demostraciones de Instrumentos - Dos grupos repetidos

12:30-2:00 p.m. Almuerzo

2:00-4:30 p.m. Grupo de Trabajo de Expertos
Consideraciones para el desarrollo de la capacidad gerencial en
Enfermería dentro de la Gerencia Institucional de los Servicios de
Salud.

4:30-5:30 p.m. Plenaria, Informes de los grupos y discusión

Miércoles 12 de mayo de 1999

Moderador Rosa A. Zárate Grajales - Centro Colaborador OMS - UNAM

9:00-10:30 a.m. Grupo de Trabajo
Recomendaciones para la cooperación técnica de OPS

10:30 a.m. - 12:00 Presentación y discusión de propuestas

12:00. Cierre

12:30-2:00 p.m. Almuerzo