



Administración de Salud: ¿Problema de especialistas?

FRANCISCO RODRIGO CEPEDA LOPEZ *

RESUMEN

"Mi contacto con el sector Salud, de carácter laboral, me condujo a la reflexión acerca de su Organización, Estructura y, ante todo, de su alcance en el país."

Este artículo constituye una parte del sustento teórico de la tesis que presenté para optar al título de Administrador de Empresas, en una versión corregida. Trata de la confrontación del ya tradicional enfoque de Sistemas, adoptado por el Sistema Nacional de Salud, versus la tendencia llamada Medicina Social. Dejo estas líneas a la consideración de los lectores".

"La Biología como ciencia racionaliza la naturaleza. El movimiento ideológico de la tecnocracia tiende a naturalizar las relaciones Sociales. La ideología Cientifista quiere asegurar la articulación entre la razón y la naturaleza, por esto es el naturalismo tecnocrático de la biología (la razón natural) es justificado por el racionalismo de la biología (la naturaleza racional)".

PIERRE ACHARD

Las representaciones dominantes del científico, los sistemas de representaciones que los profesionales tienen de su labor, participan hoy de la corriente neo-darwiniana positivista. Así, el médico se define como un sabio, cuanto más, como un técnico super-especializado en relación con las otras dos definiciones del médico: el médico humano, sobre todo, y el hombre de arte. El status más elevado en medicina está ligado a una práctica erudita, orientada ante todo hacia la investigación en áreas en las que la técnica gana preeminencia sobre la "especulación clínica" y, dentro de este marco, a la Medicina General se otorga en la escala de valores médicos, el peldaño inferior y (por supuesto) a las demás disciplinas científicas y profesionales, lugares de segundo y tercer orden.

* Administrador de Empresas Universidad Externado de Colombia
Catedrático de la E.A.N.
Seminarios de "Ética y Empresas"
"Historia Empresarial Colombiana"

“De esta forma, mientras la enfermedad como estado biofísico existe independientemente del conocimiento y valoración humana, la enfermedad como estado social se crea y determina por ello, al añadirse al estado orgánico una asignación significativa al padecimiento”.

A nivel del trabajo médico, de síntesis diagnóstica y de administración terapéutica, el exámen biológico de laboratorio (por ejemplo), calificado de exámen complementario, sigue siendo secundario. Igual parece acontecer con la práctica administrativa para el sector de salud que, amén ser “complementaria”, es patrimonio exclusivo de profesionales y técnicos de las Ciencias de la Salud en lo tocante a formulación de políticas, dirección, organización y ejecución de programas.

I. LA VISION TRADICIONAL DEL PROBLEMA DE SALUD; LA ENFERMEDAD COMO DESORGANIZACION SISTEMICA.

Desde cuando la Sociología, a través de Durkheim, Collé y Weber, destacaron el papel desempeñado por los grupos, las instituciones y el orden social global en la determinación de la conducta humana, ha hecho carrera hasta imponerse el enfoque de la desviación, opuesto a explicaciones causales de carácter biológico y psicológico individuales, como origen de tal conducta. Fue Robert Merton en su ensayo “Estructura Social y anomia”, quien proporcionó una explicación social y cultural del concepto DESVIACION en función de la anomia, la cual aunque derivada de la Durkheimniana —resulta más amplia en su orientación y específica en su aplicación: “Las estructuras sociales ejercen una presión definida sobre las personas en sociedad, induciéndolas a una conducta de rebeldía antes que de conformidad “El concepto no se aplica tan solo al suicidio (como en Durkheim)— sino a otros fenómenos como la delincuencia, los desórdenes mentales y las toxicomanías: definido operacionalmente como una conducta significativamente apartada de las normas establecidas para las personas, de acuerdo con su status social. En suma, esta visión concibe una red de controles sociales tales que, al determinarse, dejan al descubierto una desviación que supuestamente produce consecuencias negativas para la sociedad.

Falcott Parsons, en su análisis de la práctica médica (1), define la enfermedad como fenómeno inherente a lo social y no solo como un proceso psicosociológico. Según ello, cuando las personas enferman, adoptan un papel social caracterizado ge-

neralmente por cuatro tipos de expectativas:

- Las personas enfermas no son consideradas “responsables” de su padecimiento.
- Están exentas de su actividad usual y de las obligaciones de sus tareas.
- Deberan desear abandonar el papel de enfermas “aliviándose”.
- Están obligadas a buscar el consejo médico técnicamente competente y actuar conforme a él, para recuperar sus roles normales.

Basándose en estas consideraciones, la enfermedad resulta una forma de desviación social y consecuentemente, debe abordarse como un problema de control social. En tal sentido, es un tipo especial de desviación representada en un alejamiento de las normas que denotan salud (normalidad) y cuyo tratamiento es dominio autorizado y exclusivo de las ciencias de la salud. Atendidos a ello, se puede afirmar que el papel de enfermo se configura como rol especial, llevando al individuo que lo desempeña a convertirse en un dato estadístico y privándolo de la posibilidad de conformar colectividad solidaria, a diferencia de otras desviaciones como la criminalidad. La legitimación condicional del status de enfermo, al decir de Parsons, coloca a éste en una relación especial con los no-enfermos; miembros de su familia y gente que pertenece a los servicios de salud (particularmente los médicos). Este control evita que las motivaciones relevantes se difundan mediante la conformación de grupos (de enfermos) o mediante una “legitimación positiva”: “el papel de enfermo no solo aísla, sino que también expone al desviado a fuerzas reintegradoras”.

Esta es la paradoja de la medicina que, aún ocupándose del cuerpo, niega y prohíbe sus expresiones personales o mensaje sociales, reteniendo solo aquello que puede reducirse a leyes impersonales o a una maquinaria cualquiera. Ciertas enfermedades invalidentes o “vergonzantes”, deben ser ocultadas o marcar un status particular a aquellas personas o poblaciones que las sufren; el individuo, cuerpo productivo, se reduce a un elemento del conjunto que constituye el cuerpo social, interpretado como organismo al cual se restituye la posición de sujeto, en el sentido en que se le atribuye un destino y una finalidad.

El control social a la desviación denominada enfermedad requiere de alguien para ejercerlo, un guardián. Este papel ha sido asignado al médico

que debe certificar la enfermedad y permite una desviación "limitada" a los individuos, con lo que ayuda a preservar la estabilidad social al no dejar llegar la desviación a límites incontrolables. En su calidad de agente de control social, asume el papel de regulador del acceso al rol de enfermo, logrando en la relación con el paciente un patrón de "neutralidad afectiva" con el fin de limitar su interés tan solo a la salud (mejor dijérase enfermedad) del individuo objeto de su atención, con lo que alcanza una "colectividad mínima relevante", según Parsons. Estos patrones normativos que separan al médico del sufrimiento de sus pacientes favorecen el hecho de que aquellos funcionen como válvulas reguladoras sociales.

UNA VISION ALTERNATIVA: LA MEDICINA SOCIAL

Como señala Kenneth Boulding, (1) "La medicina considera a la salud sobre todo en términos de insumos, en relación con un individuo o con una sociedad. La posibilidad de un agudo conflicto entre la salud individual y la de su sociedad representa el problema de la Teoría de la Desviación... la salud pública se ocupa primordialmente de los problemas ambientales que afectan la salud individual; la societaria de los factores que determinan la salud de la sociedad en su conjunto.

"La enfermedad resulta una forma de desviación social y consecuentemente, debe abordarse como un problema de control social".

Las sociedades pueden estar enfermas aún cuando desde el punto de vista médico, los individuos que las integran sean sanos; por lo tanto la salud es un asunto de definición social, de donde surge la necesidad de conocer qué estado de salud ha de ser mantenido y mejorado". (1)

Se puede afirmar entonces que la desviación se crea por reglas sociales y no puede existir fuera de ellas pues, que un acto sea anormal, depende de la reacción de otros aspectos significativos ante éste. De esta forma, la enfermedad en su dimensión social implica modificaciones en la conducta de los hombres, las cuales varían en función de la cultura y otras fuentes organizadas de significados simbólicos.

De esta forma, mientras la enfermedad como estado biofísico existe independientemente del co-

nocimiento y valoración humana, la enfermedad como estado social se crea y determina por ello, al añadirse al estado orgánico, una asignación significativa al padecimiento.

Los defensores del enfoque social en medicina, observaron el status ambiguo del enfoque funcionalista, al sostener que el control social está implícito en las relaciones; el sistema ES el control y no se le impone al mismo desde un punto de referencia fijo, arbitrariamente elegido.

La crítica se basa en señalar la forma estática como se mira desde el funcionalismo este problema, al dejar de analizar las verdaderas causas que conducen al paciente a buscar una certificación; la legitimidad provisional que exime temporalmente de obligaciones sería adecuada para los estados patológicos agudos, pero se transforma en incondicional con exención absoluta e inamovible, en tanto se atribuya incurabilidad al mal.

Así, tomando como variables independientes la atribución de responsabilidad al enfermo y la gravedad imputada a su "falta", se puede predecir las variaciones en cuanto a lo que de él se espera, a cómo actuarán los demás hacia él, así como la calidad y cantidad de ese comportamiento; porque más allá de cierto punto, la fuerza de la reacción social obliga a la desviación primaria convertirse en secundaria.* (2).

Observando aspectos más específicos en la crítica a la teoría de la desviación, se puede aludir el hecho de que el conocimiento técnico está distribuido en forma diferencial en la sociedad y que la posesión de dicho conocimiento en esas circunstancias, es una de las formas del poder con que cuentan los profesionales para moldear las acciones de sus clientes.

La ignorancia de los procesos somáticos de la enfermedad y de las bases fisiológicas de su tratamiento, es uno de los factores que generan mayor dependencia del paciente hacia el médico; el primero permanece relativamente indefenso y deja al segundo en posición ventajosa, sin lugar a que se genere la mencionada "colectividad relevante" basada en el desarrollo de la confianza entre los dos.

Los médicos tienden a retener información sobre la enfermedad que aqueja al paciente y sobre la terapéutica, no proporcionan las explicaciones necesarias en los casos de enfermedades no fatales o inclusive, en el caso de problemas triviales; actuar en contrario significaría la renuncia al poder que poseen en su relación con el individuo enfermo.

El fenómeno de enajenación del enfermo está basado en la manipulación de la información. Transformarse en paciente implica renunciar al papel de adulto independiente a la vez que transferir el control del cuerpo a otra persona que teóricamente, conoce el tipo de intervenciones y tratamientos que deban realizarse bajo determinadas circunstancias fisiológicas; los pacientes son enajenados mediante la pérdida de control de su cuerpo, a cambio de atención "profesional". El examen y el tratamiento de un organismo por parte de un médico relativamente indiferente, reduce al primero a la calidad de objeto impersonal y la enajenación se torna más severa cuando los médicos retienen información acerca de la enfermedad y el tratamiento.

El paciente entra en relación con el médico y queda a su merced, no sólo en virtud de la ignorancia de aquel sino del profesionalismo o "complejo profesional" de éste. El funcionalismo, en el discurso parsoniano, plantea que la "advertencia al consumidor" de servicios de salud no sería suficiente para garantizar un cierto grado de responsabilidad en el médico, pero que esta no puede transferirse a los administradores, que no son "profesionalmente competentes" en la materia en cuestión, ni en los procedimientos para la resolución de conflictos, apoyándose en una autoregulación de los grupos profesionales que, según él deben aceptar sus responsabilidades sobre la base de estándares técnicos y su honestidad al cumplir las funciones sociales.

"El paciente entra en relación con el médico y queda a su merced, no sólo en virtud de la ignorancia de aquel sino del profesionalismo o "complejo profesional" de éste".

Bajo esta postura quizás las normas profesionales limiten la potencial explotación en términos de intereses económicos personales y estimulen al médico a interesarse por el paciente y su bienestar. Este patrón normativo sin embargo, no impide que el médico particular determine libremente las condiciones de su práctica, trayendo como consecuencia una mala distribución del personal, la elevación de las tarifas y una pobre calidad de los servicios. El adiestramiento técnico y la naturaleza de las actividades médicas, relacionadas con la vida y la muerte, no justifican una "autonomía profesional" de tal especie: en labios de Waitzkin y Waterman, parodiando a Clemenceau, la medicina es demasiado importante para dejarla en manos de los médicos. (3).

Mostrando el problema de salud desde la perspectiva médico-social, es obligatorio considerar la actitud del individuo que accede al sistema. Lo que va desde la idea de enfermedad a querer hacer algo. Esta no es una decisión individual sino fundamentalmente social; si bien el individuo puede tener conciencia de poseer alguna dificultad, es posible que no se considere enfermo o si lo hace, es capaz de no reconocer la gravedad suficiente como para buscar ayuda profesional o creer que la solución es tan difícil, que ya lo considera innecesario.

Apoyándose en ello, se puede asegurar que las personas que acuden al sistema de servicios no constituyen una muestra representativa de la población, pues el acceso a ellos es un proceso altamente selectivo que no se fundamenta en los conceptos de enfermedad profesional, ya que su organización es independiente de la definición médica. Más bien las variables críticas se pueden encontrar en concepciones profanas de desviación respecto de la salud, de las cuales solo algunas pueden tener origen profesional y, dada la estructura de la vida social, pocas llegan a tener contacto con el sistema institucional.

Los pacientes también difieren en sus actitudes hacia la dolencia según el sexo, la edad y algunas otras variables relevantes en la determinación del significado diferencial entre salud o enfermedad. Algunos eventos o evidencias se internalizan como síntomas de enfermedad; reconocerse cansado o irritable, manifestaciones indoloras no incapacitantes o carencias sensorio-perceptivas. Es decir, el dolor no está incluido en todos los hechos reconocidos como sintomáticos; el único elemento común es la atribución de desviación a aquello que se considera deseable o normal, por tanto el reconocimiento de algo como síntoma o enfermedad por parte de un lego, hace parte de la desviación del modelo de normalidad, variable cultural históricamente establecida por la experiencia cotidiana.

La definición no profesional de síntoma y de dolencias, se hace importante por ello, para determinar si la población se considera sana o enferma así misma y para comprender la tendencia en la utilización de servicios.

El considerarse enfermo no conduce por sí mismo a utilizar servicios de salud, como lo demuestran los datos del Estudio Nacional de Salud en Colombia, (4) donde se informa que aproximadamente el 33% de la población percibió algún tipo de dolencia, en los 15 días anteriores a la encuesta, de los cuales el 60% o más dejaron de consultar. Estos datos son más significativos si se considera que

para áreas metropolitanas, casi el 40% de tal percepción se refería a enfermedades crónicas.

En suma, puede arguirse que el nivel de legitimación de la enfermedad como dimensión sociológica y la gravedad que se le atribuye son las variables determinantes de la utilización de servicios de salud.

El mismo estudio da cuenta de diferencias poco significantes en cuanto a variables socioeconómicas como educación, ocupación o ingresos; la utilización parece estar más en función de la necesidad sentida, que de la cobertura en los servicios.

EL PROBLEMA ADMINISTRATIVO

Hasta el momento se ha expuesto uno de los aspectos fundamentales para este estudio; el de carácter conceptual, básico para determinar los objetivos de la organización en un verdadero sistema de salud que —además de la atención— se ocupe de la prevención y la rehabilitación, de manera que se brinde a la población, la posibilidad integral de lograr un ideal “estado completo de bienestar físico, mental y social”. (5) Otro aspecto íntimamente relacionado con aquél es de orden académico en la formación de profesionales y técnicos, es decir de los recursos humanos que han de asumir la tarea de canalizar esfuerzos para que la población alcance tal estado ideal. Ambos aspectos son trascendentales para el análisis de los problemas administrativos.

En variadas e innumerables oportunidades se ha discutido acerca de las características del sistema educativo y formativo, a la vez que de las profesiones del área de la salud. En estas discusiones se ha querido mostrar la disociación entre la transmisión de conocimientos y la realidad, el énfasis en los modelos de enseñanza y no en el proceso de aprendizaje, la formación de profesionales y técnicos sin atender un diagnóstico de necesidades y de futura ocupación de dicho personal, la orientación de la enseñanza hacia la preservación de la salud y no al control de las causas de enfermedad, las limitaciones que ofrece el hospital como único lugar de entrenamiento y formación, la orientación hacia la especialización en detrimento de la medicina general, la carencia de interdisciplinariedad por la falta de promoción del trabajo en equipo interrelacionado con otras disciplinas, la escasez de oportunidades para el continuo del proceso formativo, etc.

El subsistema de atención al enfermo no ofrece las posibilidades para revertir la situación planteada; por el contrario, se diría que la refuerza. La

distribución de recursos se orienta aproximadamente en un 70% hacia las acciones de alta y media complejidad, el sistema retributivo favorece al especialista (calidad que le otorga prestigio y le cotiza más alto en el mercado), no aparece una clara definición de las políticas ni los programas de extensión de la cobertura que justifiquen la existencia de otro tipo de recurso.

Por otra parte, la eficacia organizacional se conoce como el grado hasta donde se logran los objetivos que se han propuesto o les han sido asignados a las organizaciones; tales objetivos pueden estar definidos en relación con individuos, grupos o grandes agregados y, en consecuencia, existen muy variadas perspectivas a partir de las cuales puede ser evaluada dicha eficacia.

Las organizaciones son consideradas sistemas abiertos, que intentan satisfacer en forma simultánea una variedad de demandas que están cambiando continuamente, y el problema de satisfacerlas todas con soluciones óptimas, resulta demasiado complejo. El grado hasta el cual se satisfacen simultáneamente en cualquier punto dado (en el tiempo), se llama eficacia de la organización como sistema operante en este punto. Dentro de este esquema de análisis, los objetivos formales o definidos y los propósitos compartidos se pueden formular en relación con cualquier demanda del sistema; la ausencia de un objetivo formal particular no significa que la organización no tenga que avocarse a enfrentar tal demanda y no exige a los estudiosos y analistas, de la obligación de formular criterios de eficacia en ese aspecto, si se está intentando medir la eficacia en función del sistema. (6).

Puede afirmarse en líneas generales que el actual sistema de atención médica centra su interés sobre el llamado complejo de efectos y no sobre sus causalidades, lo cual lo torna ineficiente al controlar solo parcialmente el problema de la morbilidad y lo coloca en situación de impotencia ante sus mutaciones; parece producirse, una reducción del sistema de salud al subsistema de atención a las personas y lo que es más, dentro de este, orientado al enfermo. No debe causar extrañeza entonces, al hacer referencia a la demanda por servicios, que se plantee la imposibilidad de determinarla a través de indicadores positivos y se recurra a los negativos, que se diga “bastante complejo” determinar el grado de salud que presenta la comunidad, por lo cual se investiga “cuanta enfermedad” la aqueja.

Ahora bien, desde el enfoque de sistemas para el análisis organizacional, se plantea la necesidad de buscar la correspondencia entre el sistema y el en-

torno, es decir, entre el modelo y la realidad que le circunda. Ateniéndose a ello, la crítica planteada a la postura funcionalista no busca esgrimir la consigna de "tierra arrasada" para corregir los desfases que desde tal opción presenta el problema de la salud; ella apunta a la exigencia de considerar aspectos fundamentales, de los cuales se ha hecho abstracción en la visión tradicional.

Las organizaciones, además, son invenciones sociales que el hombre ha desarrollado para lograr propósitos que de otra manera no podría obtener. Ellas consisten en la reunión de diferentes personas, conocimientos y recursos materiales a los cuales se les da una estructura y sistema, con el fin de integrarlos en un todo, buscando alcanzar objetivos específicos. (7).

Los objetivos, en tanto situaciones deseadas que la organización intenta alcanzar, no son un estado que se posee; puede decirse que no existen en un momento determinado, por ser la imagen de situaciones futuras en el presente. Por otra parte, según la medida en que estos sean alcanzados, se determina su grado de eficiencia, tal como se hizo explícito al comenzar este capítulo.

Para el enfoque de sistemas: "Una organización no busca únicamente un sólo (sic) objetivo, pues necesita satisfacer una cantidad enorme de requisitos impuestos por el medio ambiente y por la organización interna de sus participantes... de esta manera, la interacción y el ambiente se vuelven fundamentales para la comprensión del estructurar... Habrá un cambio de la sociedad y de la organización que, dependiendo de la capacidad del hombre para manejar los instrumentos y controles, podrá ser el sujeto y no el objeto de esos cambios". (8).

Al respecto, escribe Etzioni: "... existen tres tipos de organización... a) Organizaciones especializadas: como... hospitales, por ejemplo, donde el conocimiento se origina y aplica en una organización creada especialmente para ese objetivo. El liderazgo es ejercido por el técnico y la estructura administrativa sirve de apoyo subsidiario".

Y continúa "Aquí los administradores cuidan de las actividades secundarias en relación con los objetivos de la organización: administran medios para la actividad principal, que es desempeñada por los especialistas. En otros términos, de haber alguna relación de armonización, los especialistas deben tener la principal autoridad, mientras los administradores la actividad secundaria de cuerpo de auxiliares...". (9)

Justamente en este punto radica la presencia de las mencionadas ineficiencias y desorganización del Sistema de Salud; una estrecha visión que le otorga toda la autonomía al especialista para el manejo del problema que compete al sistema en su conjunto. Por ello la localización de la actividad, la limitación de los esfuerzos y la concentración de los recursos en un sólo subsistema, que generan las carencias y la inadecuada distribución y organización de los elementos del sistema no puede atribuirse a algo distinto de la concepción rectora.

Si se parte de una concepción como la aludida; endeble en tanto contradictoria consigo misma en su adopción y más aún, si se la compara con una realidad que rebasa el esquema y las pretensiones explicativas de los modelos teóricos; se obtiene como resultado un conjunto de objetivos irrealizables y, por supuesto, debilidad en la estructura y baja capacidad para alcanzar los propósitos que se imponen las organizaciones integrantes del sistema y este en su integridad.

"El avance inexorable de las morbilidades modernas y tradicionales requiere hoy urgente tratamiento de aspectos sociales, redimensionando las áreas no biológicas de la salud".

Tales modelos son, ante todo, referentes conceptuales que ayudan a la comprensión de los fenómenos de la realidad y es viable asumirlos, empero haciendo conciente su carácter de herramienta explicativa, con mayor razón si esa realidad es la social. Su adopción debe estar precedida del análisis de las condiciones materiales y sociales que hagan viable su aplicación, dado que han surgido en otras latitudes y de otras realidades de características históricas y culturales diferentes de las que se encuentran en países como el nuestro.

Pregonar que la salud en Colombia se concibe y organiza adoptando el enfoque de los sistemas, es inadecuado si no se consideran globalmente e interrelacionados sus componentes; la educación y tratamiento y la rehabilitación y, sumado a ello, si no se toman como determinantes las variables que desde el entorno afectan al sistema y a su vez se ven afectadas por la dinámica de éste.

El avance inexorable de las morbilidades modernas y tradicionales —evidentes unas y otras en nuestro país, especialmente en las concentraciones urbanas más grandes— requiere hoy el urgente tra-

tamiento de aspectos sociales, redimensionando las áreas no biológicas de la salud. Por ello no basta, para enfrentar las críticas condiciones actuales, una racionalización de los servicios sanitarios; constituye tarea primordial una redistribución del conocimiento médico. La controversia entre la actual tendencia a la "creación de enfermedad" y los modelos de salud positiva, debe resolverse a favor de éstos. Para lograrlo es imprescindible la adopción y difusión de una concepción participativa y democrática para compatibilizar definiciones y técnicas evaluativas tanto de enfermedad como de dolencia, con el fin de proporcionar a los Administradores de Salud, estimaciones más precisas de demandas y resultados, a efectos de monitorear recursos y determinar prioridades en el proceso de planeación y las actividades de programación.

Así mismo, las propuestas deben encaminarse a replantear la formación de profesiones y ocupaciones en el campo de la salud, en términos de aprendizaje común desde las primeras etapas formativas, por la permeabilidad del estudiante para modificar sus modelos. Ello implica que el sistema ofrezca posibilidades de trabajo interdisciplinario en acciones conjuntas y reflexivas sobre la comunidad, otorgando el espacio para compatibilizar criterios y enfoques sobre la salud y la enfermedad, la percepción de ésta y los determinantes de utilización de servicios, tanto en la dimensión científica como social de los fenómenos, donde se incluya el problema de la gestión administrativa.

Por ello, la insistencia en proponer la creación de condiciones que faciliten la formación de "otro tipo" de profesional para las Ciencias Médicas, no excluye a otras disciplinas, mucho menos a la Administración. A los administradores que concurren al campo de la salud para su ejercicio profesional, les compete y les es exigible el rol protagónico en este escenario y ello sólo se logra con una integración más estrecha con los profesionales y técnicos de la Medicina, sobre la base del conocimiento de las especificidades del sector salud y del sistema de salud; debe saber tanto de esto, como el médico y para-médico de los menesteres administrativos, para lograr la interdisciplinariedad que como exigencia de la época actual, será cada vez mayor en el futuro.

De esta manera, surge la necesidad de una confrontación entre las diferentes ciencias a través de un amplio debate pues, como lo señala Bachelard: "Mientras el objeto de estudio permanezca exterior a los sabios, cada ciencia habrá de ser simplemente un enfoque y no habrá forma nunca de desempatar a los concurrentes en la afirmación de que es-

te criterio es más representativo que el otro, porque para el desempate sería necesario elevarse obligatoriamente a un nivel superior, y no existe ninguna superciencia". (10).

El trabajo interdisciplinario será posible alrededor de alternativas como la construcción de un sistema de varias entradas; lógica, sociológica y técnica a la vez, que será el testimonio de la finalización, por supuesto provisional, de la tarea encaminada siempre hacia la búsqueda de la salud integral, es decir la "Salud Objetiva".

NOTA DE CIERRE: Las ideas expuestas en este artículo son, en su mayoría, ajenas. Las he tomado prestadas atendido al aserto de que el conocimiento es Universal y Acumulativo, para proporcionar a los lectores un tema de reflexión que me luce interesante, más si se trata de Administradores de Empresas o profesionales de disciplinas afines.

- (1) BOULDIN, Kenneth: "El concepto de necesidad de servicios de salud" Méjico, 1966.
- (2) Por la transformación de la exención temporal en incondicional.
- (3) "La exploración de la enfermedad en la sociedad capitalista" Ed. Nueva Imagen, Méjico, 1981
- (4) MINSALUD y Otros: "Demanda y utilización de servicios de salud" Cap. 3 y 4 Tabulados.
- (5) Oficialmente se ha adoptado la definición de salud como " ... un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". En el país corresponde al Sistema Nacional de Salud, la tarea de regular y coordinar la prestación de servicios, a la vez que unificar políticas de desarrollo del sector para que los organismos adscritos o vinculados a él, garanticen el mencionado estado completo de bienestar en forma integral. Debe analizarse entonces qué nivel, tanto los organismos que lo integran como el sistema nacional en su conjunto, cumplen con dicho propósito.
- (6) MOTT, Paul E. 1972 "Las características de la Eficacia en las Organizaciones" Ed. H&R New York. Trad. Alfonso Vasseur Walls.
- (7) LITTERER, Joseph: "Análisis de las Organizaciones" Pág. 6 Ed. Limusa.
- (8) CHIAVENATO, Idalberto: "Introducción a la Teoría General de la Administración" Cap. 11 Pág. 268. Ed. McGraw-Hill. Bogotá, 1981.
- (9) ETZIONI, Amitai: Referencia de Chiavenato en Op. cit. Págs. 269-270.
- (10) BACHELARD, Gastón: "El Racionalismo Aplicado". México, Ed. Siglo XXI, 1968.