



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y SOCIALES
COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
DOCTORADO EN GERENCIA

**MODELO GERENCIAL BASADO EN LA TEORÍA DE LA COMPLEJIDAD PARA
EL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD EN VENEZUELA**

PROYECTO DE TESIS DOCTORAL PRESENTADO ANTE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE
VENEZUELA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN GERENCIA

GUSTAVO BENITEZ P.

Caracas, Mayo 2019

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION.....I

CAPITULO

I. OBJETO DE ESTUDIO

Planteamiento del Problema de Investigación..... 5-28

Formulación del Objeto de Estudio

Objetivos de la investigación.....29-30

II. ASPECTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

Antecedentes de la Investigación..... 31-51

Bases Teóricas de la Investigación.....52-84

Bases legales de la Investigación 85-87

III. ENFOQUE EPISTEMOLOGICO Y METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION

.....88-140

PLAN DE TRABAJO..... 141

REFERENCIAS.....142-147

INTRODUCCIÓN

El Sistema Público Nacional de Salud, en Venezuela El área de la prestación de servicios de salud atraviesa un momento interesante, y las organizaciones seleccionadas para este estudio son muestra fehaciente de ello. Primeramente, porque en sus respectivas naciones se adelantan sendas reformas de salud, las cuales debido a su extensión inciden tanto en el sector público como en el privado, con fuertes componentes de reingeniería organizacional.

La globalización ha generado fuertes cambios en cuanto a la manera de gerenciar la interculturalidad, la competitividad, las interrelaciones entre los sistemas y el personal médico. Los patrones migratorios, poblacionales y epidémicos, han cambiado y durante los últimos 10 años, la tecnología tanto médica como computacional se ha desarrollado vertiginosamente, generando mayor información -y expectativas- entre los pacientes, lo cual incide en la prestación del servicio médico en todos los ámbitos; en medio de una recesión económica mundial.

En algunos países más que otros, tanto en el sector público como en el privado, los servicios prestatarios de salud han adaptado la gerencia de sus operaciones, procesos y conocimientos a tales cambios; generando sofisticadas estrategias y prácticas con el fin de convertirlos en entes altamente competitivos a través de la eficiencia en el manejo de sus recursos y la calidad del servicio.

En la medida que se analizaran los retos a los que se enfrenta la Gerencia de Salud, desde las cátedras universitarias hasta la praxis cotidiana, ésta se convierte en una disciplina cada vez más especializada. El mundo busca soluciones a problemas específicos, y el éxito será de quienes las encuentren primero y logren implementarlas de cara al futuro.

La investigación que se efectuara consta de tres partes, comenzando por el planteamiento del problema y la definición del objeto de estudio, para proseguir enunciando sus objetivos y justificación.

La segunda parte está conformada por el Marco Teórico Referencial que fundamenta el análisis posterior, estableciendo el punto de partida pertinente para la investigación. El mismo incluye una revisión bibliográfica de la terminología utilizada, a fin de unificar los criterios existentes en el área e instituir definiciones básicas, evitando la repetición de esfuerzos. Para ello se han agrupado los puntos de interés tal y como lo requiere el tipo de análisis a efectuar en el diseño documental.

En un primer grupo se sitúa lo concerniente a los pensamientos gerenciales contemporáneos utilizados en el estudio de los servicios de la salud, tales como el enfoque sistémico, los sistemas adaptativos complejos y la teoría de la complejidad.

Se trata de información actual, proveniente de fuentes confiables sobre cuáles son sus características, su estructura, los efectos de las reformas, qué estrategias gerenciales aplican y cómo mantienen motivado a su personal, garantizando a su vez la calidad de sus servicios, sin obviar los problemas que enfrentan y las críticas que reciben.

También se analizarán los aspectos más relevantes de su historia, los factores determinantes para su desenvolvimiento financiero, aspectos económicos, e innovaciones gerenciales que adelantan, considerando además lo referente a tendencias que cada día cobran mayor importancia, como el turismo de salud, la tele medicina, la migración del personal médico y el arbitraje internacional.

El tercer grupo del Marco Teórico, corresponde al análisis conceptual de la Gerencia de Salud. Para lo cual, se investigará sobre las mejores prácticas gerenciales y sus aplicaciones actuales, adentrándose en las características y aplicaciones que apuntan hacia la resolución de problemas. Los cambios y los retos a los que se enfrentan y abordan los gerentes de Salud afectan a pacientes y médicos en igualdad de condiciones y en todos los ámbitos. En diferentes localidades, instancias, organizaciones, ministerios, se elaboran políticas actualizadas de salud, pero hoy el concepto de equidad y justicia social en tan distante y difuminado a corto y mediano plazo.

Lo más importante, que el concepto de salud en el campo gerencial se redefine y se actualiza.

CAPITULO I

I. OBJETO DE ESTUDIO

Planteamiento del Problema de Investigación

El Sistema Público de Salud Venezolano, produjo un marco conceptual sistémico donde se conjugan las competencias claves del ejercicio gerencial, con las teorías pertinentes, que podrían ser aplicadas en el sistema de salud venezolano.

Se trata de estrategias que incluyen los procedimientos necesarios para efectuar las funciones clínicas y administrativas propias de la práctica sanitaria, a fin de responder teóricamente a los desafíos que enfrenta el sistema venezolano, tales como la disminución de costos, mayor efectividad, y mejoras en la productividad, a través de la creación de procesos actualizados y novedosos.

Las estrategias planteadas sería la satisfacción de los pacientes, proponiendo hipotéticas mejoras en el área de procesos, a partir de la adecuada administración del nuevo Sistema Público de Salud Venezolano, lo cual tendría a su vez gran impacto en la demanda de servicios, sus gastos y las regulaciones del sector.

Posterior al proceso de descentralización verificado en el país durante la década de los 80 y los 90, surge la idea de instituir un nuevo sistema de salud, el cual, según la visión de sus creadores, permitiría romper con los vicios causantes del deterioro del sistema de salud, fallas estructurales arrastradas durante muchos años.

La situación del sistema, se extrapolaba al resto de la realidad nacional, como un reflejo inequívoco de la misma. Crecían en su seno la ineficiencia, la corrupción, y el descontento. En aquel entonces resaltaban las grandes disparidades en el acceso a la salud, la ineficiencia administrativa, y la fragmentación.

Con la llegada de un nuevo Gobierno, la idea del Sistema Público Nacional de Salud logra insertarse dentro de un proceso todavía más ambicioso, que apuntaba a la reestructuración completa de la nación; y en la concepción de una nueva Carta magna, quedan plasmados los principios fundadores de esta idea. Se buscaba sincerar el financiamiento con la tecnificación de los mecanismos de otorgamiento de recursos, partiendo de la premisa de que para que un sistema sea más eficiente, más eficaz, y más equitativo, debe haber coherencia entre el origen, la administración, y el origen de los fondos. (Díaz Polanco, Entrevista, 2012)

De ahí en adelante, comienza un proceso de discusión abierta acerca de las características que debería tener un SPNS. Para ello, el presidente (de la República) designa una Comisión

especial que debería recoger todas las propuestas de los actores involucrados, Comisión que cumplió su cometido el cual se puede resumir en las siguientes gruesas características definitorias de lo que deberían ser los fundamentes esenciales del SPNS:

- Único, para superar las deficiencias e ineficiencias producto del extremo fraccionamiento.
- Descentralizado, lo cual suponía una profundización del proceso ya iniciado en 1989 pero, además, un compromiso claro y definido del gobierno central en materia de apoyo a los gobiernos regionales y ejercicio efectivo de la rectoría.
- Con financiamiento público, progresivamente fiscal, de manera de contribuir significativamente a abolir las diferencias entre los estratos sociales y asegurar la eficiencia y eficacia del sector. (Díaz Polanco, La Década Bolivariana de Salud: Un Secreto Mal Guardado, 2010)

Dentro de la Asamblea Nacional, el germen del Sistema Público Nacional de Salud cobra fuerza y se gesta la Ley Orgánica de Salud, para sustentarla como corresponde, dentro de un marco legal y jurídico. Dentro de dicho Proyecto de Ley se consideran soluciones novedosas, enfocadas hacia la desfragmentación del mismo.

El planteamiento original del SPNS suponía la desaparición del Instituto venezolano de los seguros sociales, IVSS como prestador de servicios de salud y el paso de éstos a la administración descentralizada. Acababa con los seguros y creaba la seguridad, es decir adscribía a los regímenes de la seguridad social a los ministerios correspondientes de manera que la seguridad social dejaba de privilegiar el vínculo laboral y privilegiaba el vínculo ciudadano, en otras palabras, tú tenías seguridad porque eras ciudadano, no porque eras un trabajador. (Díaz Polanco, Entrevista, 2012)

Ello suponía, desde luego, una redefinición de la seguridad social, en términos no laboristas, tema que fue el principal obstáculo para que la Ley propuesta consiguiera viabilidad entre la nueva clase en el poder ya que se identificó al IVSS con los intereses de los trabajadores, sin tomar en cuenta la historia de una de las instituciones más corruptas e ineficientes en Venezuela y, además, se perdió la oportunidad de diseñar un verdadero sistema de seguridad social para sustituir a los seguros sociales. (Díaz Polanco, La Década Bolivariana de Salud: Un Secreto Mal Guardado, 2010)

Trece años después, aquella Ley todavía no ha visto la luz, y el concepto original de lo que sería el Sistema Público Nacional de Salud, ha sufrido grandes y vertiginosas transformaciones. Entre éstas tal vez la mayor, fue la incorporación de la llamada Fundación Misión Barrio Adentro, que originalmente se conceptualizó como una extensión de lo que antes era el Sistema Primario de Salud, pero que al pasar el tiempo y con el desarrollo del proceso, terminó por constituirse en un sistema paralelo, con sus propios mecanismos de financiamiento, un personal operativo en Venezuela mayoritariamente cubano, con sus propios esquemas de trabajo y hasta nomenclaturas clínicas diferentes.

Luego de también numerosas transformaciones, el Ministerio del Poder Popular de la Salud, MPPS, se erige teóricamente como el organismo rector del Sistema Público Nacional de Salud, tutelando organismos desconcentrados y entes descentralizados.

Análogo al MPPS, continúa la existencia y vigencia del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social, junto al Instituto Nacional de Capacitación y Recreación de los Trabajadores (INCRET) y el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL).

El Sistema de Salud Venezolano sigue siendo el mismo de hace trece años atrás, signado por políticas incoherentes, altamente ineficiente, atomizado y disgregado.

MPPS

Ministerio del Poder Popular para la Salud

Organismos desconcentrados y entes descentralizados

Entes Descentralizados Adscritos

Dirección Estatal de Salud del Estado Amazonas

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas (HUC)

Dirección Estatal de Salud del Estado Barinas

Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" (INHRR)

Dirección Estatal de Salud del Estado Cojedes

Servicio Autónomo Servicio de Elaboraciones Farmacéuticas (SEFAR)

Dirección Regional de Salud del Estado Delta Amacuro

Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM)

Dirección Estatal de Salud del Distrito Capital

Servicio Autónomo Instituto de Biomedicina
Fundación "José Félix Ribas" (FUNDARIBAS)

Dirección Regional de Salud del Estado Guárico

Fundación Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa

Dirección Estatal de Salud del

estado Bolivariano de Miranda	Fundación Misión Barrio Adentro
Dirección Regional de Salud del Estado Portuguesa	36
Dirección Estadal de Salud del Estado Vargas	Fundación de Edificaciones y Equipamiento Hospitalario (FUNDEEH)
Corporación de Salud del Estado Aragua	Sociedad Civil para el Control de Enfermedades Endémicas y Asistencia al Indígena, Estado Bolívar (CENASAI BOLÍVAR)
Corporación de Salud del Estado Mérida	Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnaldo Gabaldón"
Corporación de Salud del Estado Táchira	Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales - Simón Bolívar (CAICET)
Dirección Regional de Salud del Estado Monagas	Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS)
Dirección Regional del Salud del Estado Nueva Esparta	Fundación Misión Niño Jesús
Dirección Sectorial de Salud del Estado Lara	
Fundación Instituto Carabobeño para la Salud del Estado Carabobo	
Fundación para la Salud del Estado Sucre	
Fundación Trujillana de Salud Instituto Autónomo	

**Anzoatiguense de Salud
(SALUDANZ).**

**Instituto Autónomo de Salud del
Estado Yaracuy**

**Instituto Autónomo INSALUD
del Estado Apure**

**Instituto de Salud del Estado
Bolívar**

**Secretaría de Salud del Estado
Falcón**

**Secretaria de Salud del Estado
Zulia**

Tabla 1: MPPS. Organismos desconcentrados y entes descentralizados

Fuentes (MPPS, 2012) y (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2011)

Entre las competencias del Ministerio del Poder Popular para Salud, establecida en el Decreto N° 6.732, publicado en la Gaceta Oficial N° 39.202, extraordinario, de fecha 17 de junio de 2009, sobre “Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Nacional”, se establecen las siguientes:

1. Ejecutar la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud.
2. La elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, lo cual incluye promoción de la salud y calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación.
3. El control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud, nacionales, estatales y municipales de los sectores público y privado.
5. El diseño, gestión y ejecución de la vigilancia epidemiológica nacional e internacional en salud pública de enfermedades, eventos y riesgos sanitarios.
6. Diseño, implantación y control de calidad de redes nacionales para el diagnóstico y vigilancia en salud pública.

7. La formulación y ejecución de las políticas atinentes a la producción nacional de insumos, medicamentos y productos biológicos para la salud, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para el Comercio.
9. La dirección de programas de saneamiento ambiental conjuntamente con otros órganos y entes nacionales, estatales y municipales con competencia en la materia.
10. La regulación y fiscalización sanitaria de los bienes de consumo humano tales como alimentos, bebidas, medicamentos, drogas, cosméticos y otras sustancias con impacto en la salud.
11. La regulación y fiscalización de los servicios de salud y de los equipos e insumos utilizados para la atención de la salud.
12. La regulación, fiscalización y certificación de personas para el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud; (...)
14. La formulación y ejecución de las políticas sanitarias dirigidas a reducir los riesgos a la salud y vida de la población, vinculados al uso o consumo humano de productos y a la prestación de servicios en materia de salud, mediante la aplicación de mecanismos y estrategias de carácter preventivo, basados en criterios científicos, normados nacional e internacionalmente.
15. La formulación de normas técnicas sanitarias en materia de edificaciones e instalaciones para uso humano sobre higiene pública social; (...)
18. Dirigir las relaciones de cooperación internacional con los organismos internacionales de salud, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Exteriores.
19. Coordinar y planificar con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior, la elaboración y revisión del diseño curricular de pregrado, postgrado y educación continua de los profesionales y técnicos de la salud;(...)
22. Impartir las directrices y planes a desarrollar para ejercer la profesión de médico, en forma privada o pública, de índole asistencial, médico administrativa, médico docente, técnico asistencial o de investigación científica o tecnológica, así como las directrices y planes para la ubicación del recurso humano en los distintos centros asistenciales del país, a fin de que culminen su formación rural, de la cual otorgará al médico la constancia correspondiente.
23. Planificar y coordinar las especializaciones médicas en los distintos centros asistenciales del Territorio Nacional, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior; (...)

25. Formular e implementar políticas de seguridad farmacéutica en defensa del interés público, en articulación con los entes públicos relacionados con la materia, dirigida a asegurar el acceso a medicamentos esenciales. (MPPS, 2012, pág. 28)

En la actualidad, el Sistema Público Nacional de Salud, revisado en su conjunto, conserva muy poco de la concepción que le dio vida hace en sus inicios. El MPPS, bajo el Plan Nacional de Salud, plantea la consolidación de su nueva institucionalidad:

Basado en Barrio Adentro como eje integrador de la red única de servicios, con rectoría única, financiamiento asegurado, desarrollo soberano científico-tecnológico, talento humano de calidad y solidario internacionalmente. (MPPS, 2012, pág. 61)

La nueva institucionalidad del MPPS, del SPNS y del Sector Salud

El MPPS y el Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo (MPPPD) considerando los aportes de varios ministerios, y con la cooperación técnica de la organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Redactó El Plan Nacional de Salud (PNS) 2009-2013/2018 y alineado con los objetivos institucionales del Plan de la Nación, el MPPS, diseñó 19 Proyectos Estratégicos insertos en el Plan Operativo Anual Nacional (POAN), y 46 proyectos que integraron el Plan Operativo Anual Institucional (POAI), desarrollados durante el ejercicio fiscal 2011, entre ellos, el lo que se refiere a la Nueva Institucionalidad, establece lo referente a la Consolidación del SPNS:

1. Nueva Institucionalidad: Consolidar la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud basado en Barrio Adentro como eje integrador de la red única de servicios, con rectoría única, financiamiento asegurado, desarrollo soberano científico-tecnológico, talento humano de calidad y solidario internacionalmente.
2. El SPNS en proceso de construcción, se ubica como ejecutor de intervenciones integrales de salud y como un coordinador de las intervenciones intersectoriales que contribuyan a modificar los determinantes estructurales y las condiciones de vida, que producen y reproducen la situación de salud. A través de este objetivo estratégico se desarrollaron las siguientes Políticas, las que a su vez perfilaron los proyectos:
 1. Consolidar la rectoría Pública de Salud, sus bases legales y su conducción estratégica acorde con el Plan Nacional de Salud.
 2. Consolidar la red única de servicios del Sistema Público Nacional de Salud, con atención integral y continua, a partir de Barrio Adentro, basada en las Áreas de Salud Integral Comunitaria, con subsistemas de gestión desconcentrados y articulados con los órganos del poder popular.

3. Garantizar el financiamiento público del sistema de salud, principalmente, sostenido por el ingreso fiscal; administrado por el Estado; solidario; progresivo y predecible en el tiempo; integrado; que responda a las prioridades sanitarias y se distribuya con equidad en función de los proyectos; con la participación vinculante del poder popular.
4. Consolidación de la capacidad soberana e independencia científica y tecnológica para producir y garantizar la disponibilidad del talento humano y los recursos científico – técnicos e insumos necesarios para la salud de la población.
5. Construcción de capacidades para el fortalecimiento de la solidaridad internacional en salud y el liderazgo de Venezuela en las agendas internacionales.

Proyectos:

1. Fortalecimiento de la gestión del sistema de suministro de material médico-quirúrgico, utilización, uso racional de medicamentos y equipamiento en los establecimientos del I Nivel de Atención en Salud.
2. Organización y estructuración de la red de atención primaria en función al modelo de gestión participativo y en Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC).
3. Telesalud para el fortalecimiento al I nivel de atención en salud en zonas rurales dispersas. Formación e incorporación de Agentes Comunitarios en Atención Primaria de Salud en los ambulatorios rurales tipo I (AR-I) ubicados en comunidades indígenas y rurales dispersas en Venezuela.
5. Consolidación de la red ambulatoria convencional (ambulatorios urbanos tipo II y III y centros de especialidades médicas).
6. Consolidar la red de clínicas populares en el II nivel de atención en el marco del Sistema Público Nacional de Salud.
7. Atención integral, oportuna y de calidad a pacientes con patologías de alto costo que requieren insumos y equipos para la resolución médica.
8. Fortalecimiento de los centros hospitalarios asumidos por el nivel central, para mantener la atención a los usuarios de manera oportuna y de calidad.
9. Atención integral en salud para las personas con discapacidad.

10. Plan de salud para los pueblos indígenas.
11. Promoción a la salud sexual y reproductiva por ciclos de vida.
12. Implementación de estrategias para la prevención y el control del VIH/SIDA, Tuberculosis, Asma y EPOC, y fortalecimiento de los servicios de bancos de sangre.
13. Generación de capacidades del talento humano y dotación de insumos, medicamentos y equipos para la promoción de la calidad de vida y salud, prevención de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención integral y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población
14. Fortalecimiento del esquema nacional de inmunizaciones.
15. Promoción, prevención, supervisión y atenciones especiales en las áreas de salud bucal, visual, reumática, Fibrosis Quística y de donación y trasplante de órganos y tejidos.
16. Fortalecimiento de los sistemas de información para el análisis de la situación de salud, la vigilancia epidemiológica y las estadísticas de salud.
17. Consolidación de un sistema único de información en salud para el Ministerio del Poder Popular para la Salud.
18. Capacitación, formación, investigación y desarrollo del conocimiento técnico, tecnológico y humano en salud, orientado a la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud.
19. Acceso racional y oportuno a medicamentos esenciales, material médico quirúrgico y equipamiento de salud.
20. Formación y capacitación del talento humano en Salud Pública a nivel nacional para el fortalecimiento y consolidación del sistema Público Nacional de Salud.
21. Atención integral médico quirúrgica a la población infantil y adolescente con patología cardiovascular congénita y/o adquirida a nivel nacional e internacional.
22. Fortalecimiento de los consultorios populares en Barrio Adentro I. Consolidación de la red ambulatoria especializada (Centro de Diagnóstico Integral, Salas de Rehabilitación Integral y Centros de Alta Tecnología).
24. Atención Odontológica Integral a la población Venezolana.

25. Fortalecimiento de la red de servicios de salud materno- infantil.
26. Atención integral a los pacientes con enfermedades endémicas y dermatológicas en el ámbito nacional.
27. Producción y dotación de medicamentos genéricos a la población venezolana.
28. Optimización de los servicios de atención médica integral, preventiva y curativa del Sistema Público Nacional de Salud en el estado Falcón.
29. Fortalecimiento y consolidación de la gestión integral de salud de la Corporación de Salud del estado Mérida.
30. Optimización de los servicios que comprende la red asistencial del Sistema Nacional de Salud para atender integralmente a la población del estado Vargas. (MPPS, 2012, pág. 64)

En el ámbito organizacional, el SPNS, queda supeditado a los siguientes cuatro despachos y direcciones ministeriales:

- Despacho del Viceministro de Recursos para la Salud
- Dirección General de Producción de Insumos
- Dirección General de Suministros de Insumos
- Dirección General de Investigación y Educación

**MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD.
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA. PROPUESTA FUNCIONAL.**

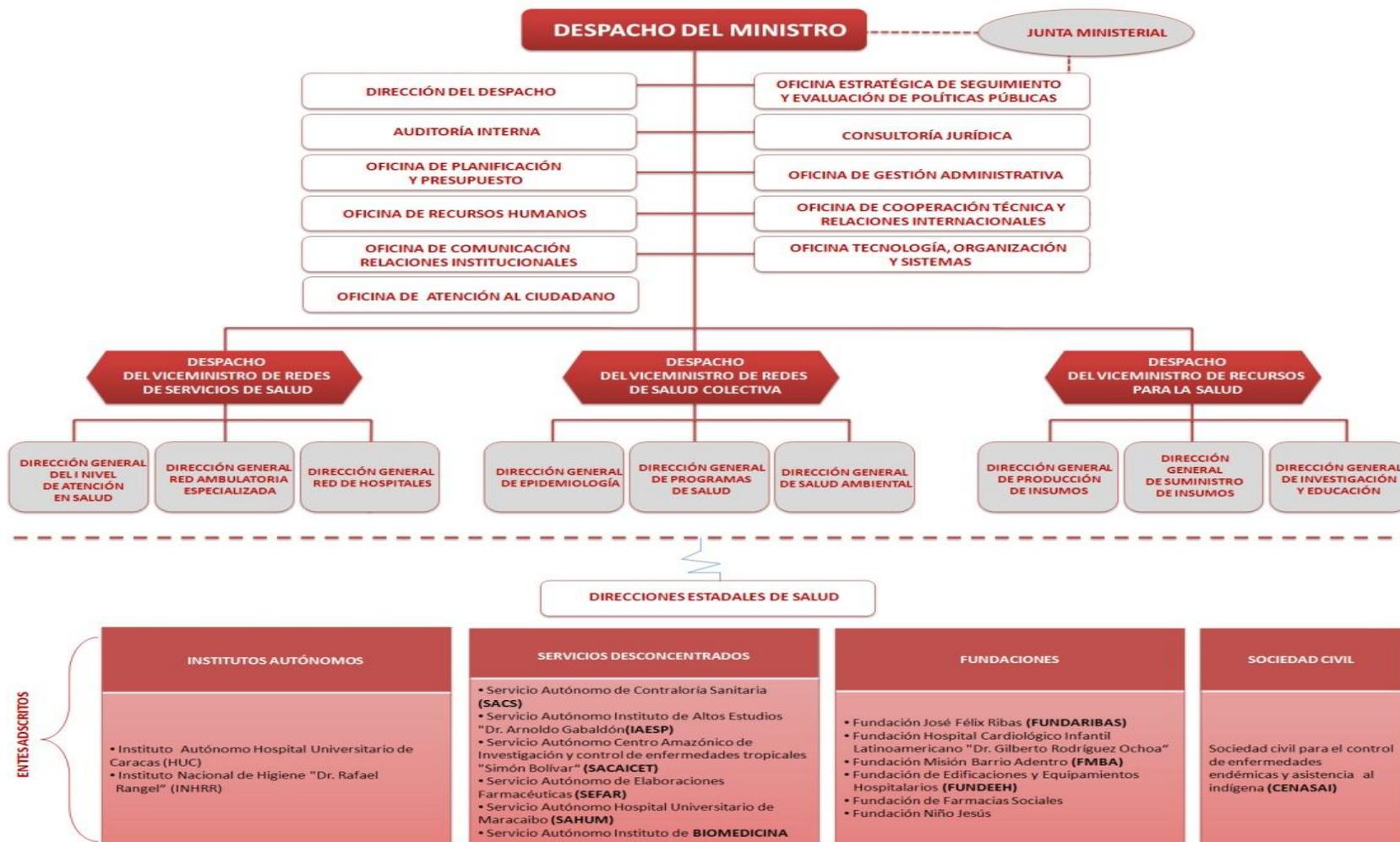


Tabla2: MPPS Estructura organizativa Propuesta Funcional

Fuente: (MPPS, 2012)

El Problema de la data, cifras y estadísticas

La Fundación Misión Barrio Adentro trabaja con total hermetismo. Aparte de los resultados de gestión publicados por el MPPS, o mencionados por el presidente de la República en sus alocuciones televisivas, poco se sabe. Ciertamente, no suelen difundir mayores detalles. Sin embargo, ofrecen estadísticas, las cuales considerando el proceso de recolección de información que utilizan, nadie sabe cómo procesan ni qué tan confiables son.

Primeramente, la información se recoge de manera completamente manual. No se lleva ningún tipo de historia médica, sino que en una planilla con divisiones lineales, se coloca el nombre del paciente, su apellido, cédula de identidad y zona donde vive. A veces preguntan por el motivo de la consulta, y otras veces, pero no siempre, lo registran.

Al igual que la nomenclatura que utilizan, desconocida por los médicos venezolanos, incrementando el riesgo de errores de interpretación sobre los resultados de los exámenes aplicados; tienen su manera particular de categorizar los procesos, habiendo desarrollado indicadores como particulares Consultas, De ellas en terreno, Familias Visitadas, Vidas Salvadas, Partos, Actividades Educativas, Consultas Odontológicas; como se muestra en la siguiente tabla:(Díaz Polanco, La Década Bolivariana de Salud: Un Secreto Mal Guardado, 2010, pág. 8).

Un ejemplo de esto es el indicador “Vidas Salvadas”, el cual, según la información contenida en el Sistema de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV), es un indicador de resultados y su fuente de información es únicamente la Misión Médica Cubana cuya institucionalidad es desconocida en Venezuela, por lo que nadie podría estar seguro de la veracidad de tales números. Por otra parte el acceso a la información era imposible porque la misma, sobre todo en los primeros tiempos de la MBA, nunca fue entregada el Ministerio, sino que iba directamente a Cuba, desde donde se enviaban los resultados que debían anunciarse. La información sobre salud pasó a ser secreto de Estado.

La OPS, en Salud en las Américas, reporta que durante los primeros 18 meses de la MBA se llevaron a cabo 163 millones de consultas (6,5 por ciudadano) pero la utilización de métodos y procesos para el registro y levantamiento de información por parte de los médicos cubanos no ha sido conciliable con los esquemas utilizados en el país; los informes de la Misión Médica Cubana en cuanto a la atención, son globales y carecen de posibilidades de verificación. Los indicadores de los sistemas (convencional y MBA) son diferentes y no permiten las correspondientes evaluaciones de gestión al sistema de salud del país. (Díaz Polanco, La Década Bolivariana de Salud: Un Secreto Mal Guardado, 2010)

Información estadística de Barrio Adentro I. 11 al 17 de febrero de 2007						
Indicadores	2006		2007			Histórico
	Semana 7	Acumulado	Semana 6	Semana 7	Acumulado	Acumulado
Consultas	1.022.102	6.728.405	1.069.608	1.022.584	6.618.611	225.161.424
De ellas en terreno	393.873	2.627.222	539.344	502.297	3.295.213	95.857.498
Familias visitadas	135.349	954.799	143.076	134.705	901.428	32.933.244
Vidas salvadas	181	901	336	385	2.365	41.566
Partos	8	60	16	12	105	2.826
Actividades educativas	762.630	4.722.313	855.195	835.204	5.193.736	141.764.922

Tabla 3: MPPS estadísticas FMBA I. 11 al 17 de febrero de 2007

Fuente: (Díaz Polanco, La Década Bolivariana de Salud: Un Secreto Mal Guardado, 2010)

La falta de información estadística actualizada, periódica y confiable se extrapola a toda el área de salud, incluyendo indicadores básicos como lo son la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil¹. Entre las dificultades para encontrar o analizar data estadística en el área de la salud, se encuentran:

- Notables diferencias entre las cifras proporcionadas por el Gobierno Nacional o la FMBA, organizaciones internacionales, y organizaciones nacionales o regionales, como por ejemplo el Observatorio Venezolano de la Salud, Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea), Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, etc.
- Diferencias entre la estratificación o clasificaciones utilizadas por el Gobierno Nacional o por la FMBA, por ejemplo: “De ellas en terreno”.

¹La tasa de mortalidad infantil es un indicador relacionado con la calidad de vida de un país, debido a que el grado de desarrollo social y económicos guarda relación con las posibilidades de sobrevivencia de los recién nacidos. La tasa de mortalidad neonatal es el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir los 28 días de edad de un determinado año expresado por 1.000 nacidos vivos, la mortalidad postneonatal es el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año pero que han vivido 28 días o más.

- Período de silencio epidemiológico, desde el año 2007, mediante la suspensión de la divulgación del Boletín Epidemiológico Semanal del MPPS.
- Data incompleta o imprecisa.

Para ilustrar este hecho, podemos citar la experiencia del doctor José Félix Oletta L. Coordinador de la Comisión de Epidemiología de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, o de la Dra. Marianella Herrera, investigadora CENDES-UCV, con respecto a las dificultades que encuentra para establecer análisis de hechos básicos en cuanto al desempeño en la salud en Venezuela.

El 12 de febrero de 2012, elaboramos la Noticia Epidemiológica No.34. Las cifras provisionales de mortalidad neonatal y post-neonatal a nivel nacional y en el estado Aragua, obtenidas mediante la consulta de los Boletines Epidemiológicos Semanales del MPPS, solo nos aportan información incompleta, por subregistro y subdenominación, que se estima puede alcanzar entre 30 % y 40%. Completamos en el Alerta Epidemiológica No 224 del 18 de febrero de 2012 los datos de mortalidad infantil hasta el año 2008 con datos publicados en el Anuario de Mortalidad del MPPS correspondiente a ese año, el último publicado. (Comisión de Epidemiología RSMV, 2012).

Si nos proponemos hacer un estudio sobre por ejemplo, la desnutrición en Venezuela, no encuentro estadísticas, la data es inconsistente, no hay datos formales. Ello nos impide efectuar un monitoreo adecuado de elementos tan importantes, como los estados nutricionales. No es posible analizar, y mucho menos planificar sin información. (Herrera, 2012).

La carencia de datos técnicos oficiales impide que las organizaciones de salud puedan valorar el impacto y la magnitud de lo que ocurre, lo cual pondría en riesgo a la población en el caso de una epidemia o pandemia. La gravedad de la situación es retratada fielmente por el Dr. Díaz Polanco, quien expresa al respecto:

La información epidemiológica oportuna, precisa y completa es de vital importancia para identificar casos y muertes en un territorio que permita tomar decisiones en los momentos en los que se presenten problemas de salud. El virus de la influenza AH1N1 es un buen ejemplo. En Venezuela, aún con la presencia de esta pandemia, se ha mantenido el silencio epidemiológico dificultando los análisis a los técnicos, investigadores y médicos tanto del sector privado como del sector público. La mayoría de ellos especialistas con carreras docentes y asistenciales en los hospitales venezolanos. (MPPS, 2012, pág. 10)

Organizaciones Prestatarias de salud en Venezuela

Otra grave inconsistencia en cuanto a la data oficial, la analiza el Dr. Díaz Polanco, en lo que tiene que ver con los establecimientos de atención médica del país, clasificados por entidades federales y tipo de red.

Entre Zulia, Distrito Capital y Carabobo poseían el 34,4 % de todos los establecimientos de salud para el año 2009. Si a ellos se les añade Miranda, ese porcentaje asciende al 43,3 %. Hay que tener en cuenta que estas cifras no cubren todos los establecimientos de salud de la aquí identificada como red hospitalaria; de ella, sólo se tomaron en cuenta los hospitales Tipo III y tipo IV, sin contar los ambulatorios no dependientes de la red Barrio Adentro. Por otra parte también es de destacar que los consultorios populares representan, de acuerdo a estas cifras, el 85 % del total de los establecimientos de salud del país, concentrándose en los mismos estados anteriormente citados en un 38 % del total. Sin embargo, este número de consultorios populares es el planificado, no el efectivamente ejecutado. En otras palabras, sólo se construyó alrededor del 30 % del total de este tipo de establecimientos. Otro dato que llama la atención en esta información oficial, es la inexistencia de información sobre clínicas privadas en el estado Zulia, lo cual resulta altamente improbable. Estas ambigüedades e inconsistencias en la información sobre salud, son un rasgo característico del régimen actual. (Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-Demográficas, Epidemiológicas Financieras y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012)

Establecimientos de atención médica en Venezuela clasificados por entidades federales y tipo de red

(Porcentajes sobre el total de cada tipo de establecimiento)

Estados	Red Hospitalaria		Red Barrio Adentro						Clínicas Privadas		TOTAL POR ESTADOS	% POR ESTADOS				
	Tipo III	Tipo IV	Consultorios Populares		CDI		SRI		CAT							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Amazonas	0	0,00	0	0,00	34	0,51	2	0,40	6	1,10	0	0,00	0	0,00	42	0,53
Anzoátegui	2	3,85	1	3,85	304	4,53	25	5,01	30	5,50	2	9,52	4	9,76	368	4,66
Apure	1	1,92	0	0,00	383	5,71	11	2,23	11	2,02	0	0,00	1	2,46	407	5,16
Aragua	3	5,77	1	3,85	126	1,88	33	6,61	38	6,97	1	4,76	3	7,32	205	2,60
Barinas	1	1,92	0	0,00	137	2,04	13	2,63	17	3,12	0	0,00	1	2,46	169	2,14
Bolívar	2	3,85	2	7,69	334	4,98	27	5,41	25	4,59	2	9,52	1	2,44	393	4,98
Carabobo	2	3,85	2	7,69	557	8,30	46	9,31	45	8,26	0	0,00	0	0,00	652	8,26
Cojedes	0	0,00	0	0,00	71	1,06	10	2,00	10	1,83	1	4,76	5	12,20	97	1,23
Delta Amacuro	0	0,00	0	0,00	41	0,61	4	0,81	4	0,73	0	0,00	1	2,46	50	0,63
Distrito Capital	10	19,23	8	30,77	845	12,60	28	5,61	40	7,34	1	4,76	4	9,76	936	11,86
Falcón	1	1,92	1	3,85	215	3,21	19	3,81	19	3,49	1	4,76	0	0,00	256	3,24
Guárico	1	1,92	0	0,00	165	2,46	18	3,64	19	3,49	0	0,00	0	0,00	203	2,57
Lara	4	7,69	1	3,85	272	4,05	28	5,61	28	5,14	1	4,76	1	2,44	335	4,24
Mérida	1	1,92	1	3,85	262	3,91	17	3,44	18	3,30	1	4,81	1	2,46	301	3,81
Miranda	1	1,92	2	7,69	596	8,88	49	9,82	52	9,54	2	9,52	3	7,32	705	8,93
Monagas	1	1,92	1	3,85	184	2,74	15	3,04	17	3,12	1	4,81	0	0,00	219	2,77
Nueva Esparta	1	1,92	0	0,00	89	1,33	7	1,40	7	1,28	0	0,00	2	4,88	106	1,34
Portuguesa	2	3,85	0	0,00	229	3,41	14	2,83	23	4,22	0	0,00	0	0,00	268	3,40
Sucre	1	1,92	1	3,85	213	3,18	17	3,41	15	2,75	1	4,76	0	0,00	248	3,14
Táchira	1	1,92	1	3,85	122	1,82	25	5,06	25	4,59	1	4,81	4	9,85	179	2,27
Trujillo	3	5,77	1	3,85	186	2,77	10	2,00	13	2,39	1	4,76	6	14,63	220	2,79
Vargas	3	5,77	0	0,00	94	1,40	9	1,82	9	1,65	1	4,81	0	0,00	116	1,47
Yaracuy	1	1,92	0	0,00	255	3,80	14	2,81	14	2,57	1	4,76	4	9,76	289	3,66
Zulia	10	19,23	3	11,54	994	14,82	58	11,74	60	11,01	3	14,43	0	0,00	1.128	14,29
TOTALES	52	99,98	26	100	6.708	100	499	100,5	545	100	21	100,3	41	100,2	7.892	100

Fuente: MPPS; INE, 2011. Cálculos propios

Tabla 4: Establecimientos de atención médica en Venezuela

Fuente: (Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-Demográficas, Epidemiológicas Financieras Y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012)

Costo del Paciente

Si bien, la Constitución Nacional, en sus artículos 85 y 86, (República Bolivariana de Venezuela, 2000) garantiza a los venezolanos el acceso a la salud de manera gratuita, eso no se cumple. La afirmación se establece por dos hechos que son en realidad dos caras de la misma moneda; primero, dado el funcionamiento y las características del Sistema, donde la parte pública se subsidia por la inversión privada, el sistema público, en realidad no es tal, sino que es un sistema privado.

Los sistemas son públicos o privados, no porque los establecimientos de salud sean propiedad del estado o propiedad privada, sino porque el financiamiento es público o es privado. (Díaz Polanco, Entrevista, 2012)

Segundo, el inmenso desembolso que hace el venezolano común para poder enfrentar los costos médicos debido a la ineficiencia de los servicios públicos. Costos en los que los ciudadanos incurren, como usuarios de la red pública nacional, cuando deben pagar sus propios insumos (medicinas, materiales médico quirúrgicos) elementos de hotelería (sábanas, toallas, papel toilette); o desde afuera de la red, cuando utilizan servicios privados bien sea directamente o por medio del sistema asegurador.

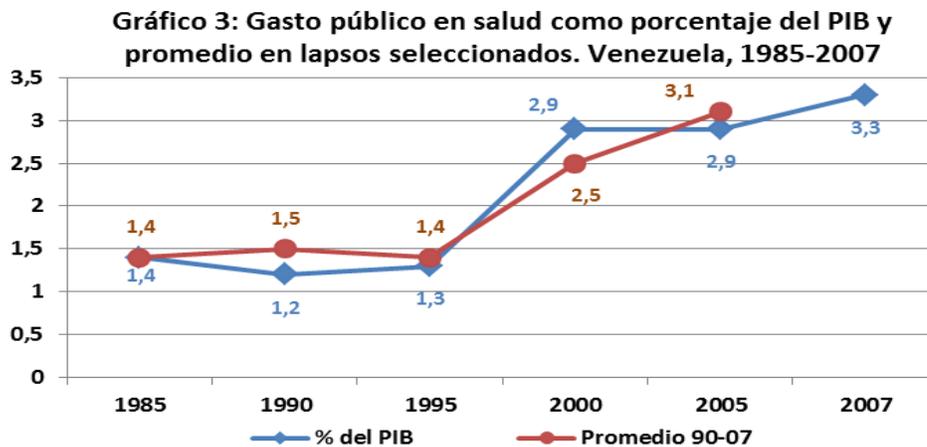
El problema con el sector público, es que en primer lugar es ineficiente, inefectivo, con algunos rasgos populistas, con escasos recursos, o en todo caso con recursos mal administrados, y eso conlleva una situación muy particular. El sector privado es extremadamente costoso e ineficiente. Sin embargo el sector público es más costoso que el sector privado, con la desavenencia que nadie sabe quién lo paga ni cómo. Cuando uno suma el primero con el otro el resultado es un caos. Por ejemplo cualquier intervención quirúrgica en un hospital público cuesta por lo menos 2 veces y medio más que la misma intervención en el sector privado. El promedio de hospitalización de un paciente para cirugía cardíaca en el sector privado es de cinco días, en el sector público podría llegar a 20 o 30 días. Podría suceder que el primer día no hubiese condicionado, el segundo día de anestesiólogo está enfermo, y así sucesivamente. El mayor ahorro en la prestación de salud y la calidad, y lamentablemente en los hospitales públicos pese al gran esfuerzo de los médicos y especialistas la calidad está muy disminuida lo cual aumenta los costos considerablemente. El sector público está colapsado. (Bello, Entrevista , 2012)

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud OMS, el gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, fue de 55,1%; mientras que el Gasto del Gobierno General en salud como porcentaje de su gasto total fue de 8,4%.(World Health Organization (WHO), 2011).

En relación con el gasto público en salud, éste –en lo referente a los gastos de atención a pacientes- se encuentra dividido en dos grandes rubros: los que están dirigidos a la red de la MBA y los que se destinan a la red de establecimientos pre-existente a dicha Misión. Las diferencias para 2004, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llegaron a

alcanzar 7 puntos del PIB, estando sólo destinados a los hospitales y ambulatorios diferentes a la MBA, sólo 2 puntos del PIB.

Esta distribución obedece a la forma en que se ha llevado la rectoría del sector público de la salud, de manera que las decisiones están también escindidas entre quienes gobiernan la MBA –la Misión Médica Cubana- y el Ministerio de Salud que tiende, además a re-centralizar una red de establecimientos que había comenzado a ser descentralizada hacia las entidades federales en 1992. Desde el punto de vista de sus resultados, se aprecia una enorme diferencia entre la inversión realizada y los logros alcanzados. Esto es especialmente relevante si se toma en cuenta que históricamente nunca el gasto público en salud superó el 2 % del PIB, de manera que se puede apreciar la magnitud de la inversión realizada, aunque muchos economistas opinan que las cifras de la OPS son exageradas y que el gasto, aunque haya aumentado, no superó nunca el 5 % del PIB. El gráfico 3 muestra esas cifras entre 1985 y 2007 (Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-Demográficas, Epidemiológicas Financieras Y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012)

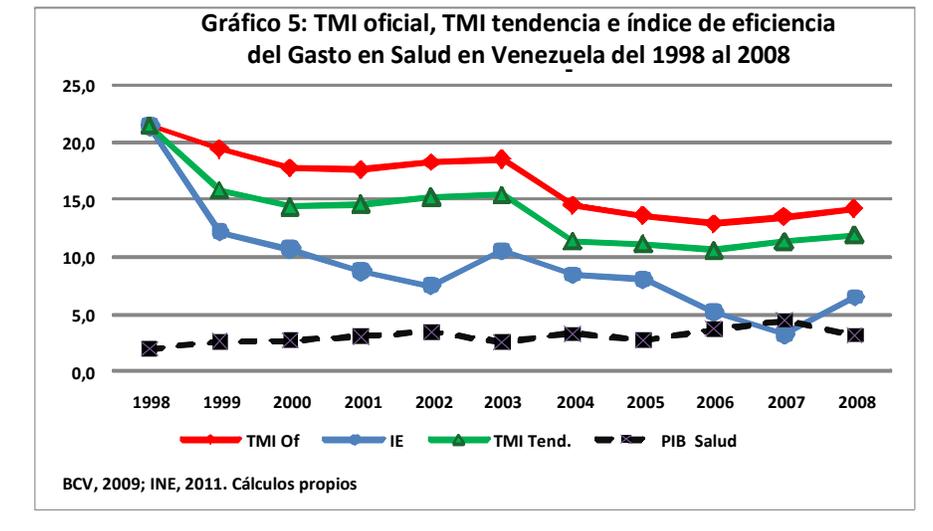
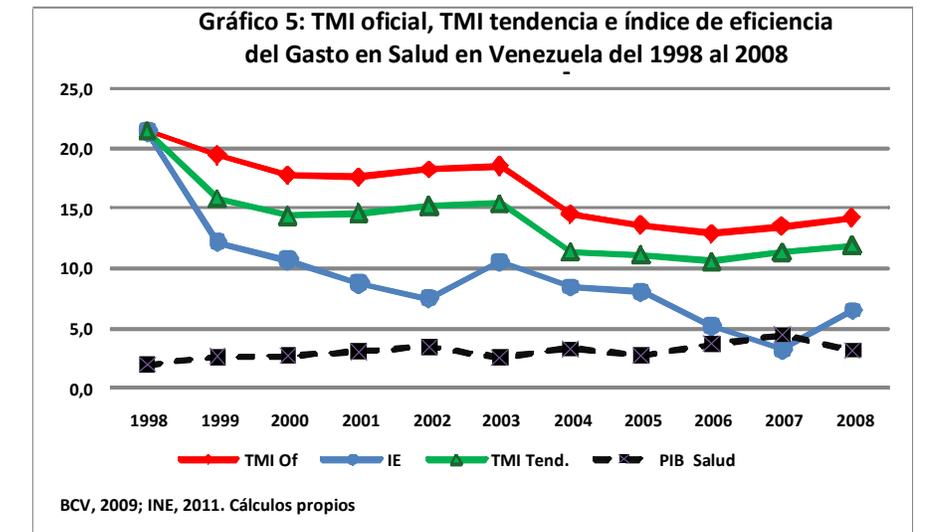


Fuente: RESVEN, 2005; BCV, 2011

Otro rasgo característico del gasto público en salud, es la falta de conocimiento y transparencia acerca de sus fuentes de financiamiento porque para satisfacer los convenios Cuba/Venezuela, se ha debido recurrir a las reservas internacionales y a fondos de PDVSA, cuya magnitud es desconocida, aunque se puede apreciar en los porcentajes antes señalados. El siguiente gráfico ilustra la efectividad del gasto público en salud, en relación con la mortalidad infantil para cuyo cálculo se atribuye la proporción correspondiente de acuerdo a las decisiones de política, según la siguiente fórmula en la cual la Tasa Media de Reducción Anual (TMRA) distribuye los recursos financieros a partir de la porción destinada a salud del PIB, obteniéndose así un Índice de Efectividad del gasto (IE):

$$IE = (\text{PIB}/\text{TMI}) * \sqrt{(\text{TMRA})}$$

(Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-Demográficas, Epidemiológicas Financieras Y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012)



El Dr. Polanco afirma que para 1995, con un gasto público de aprox. 2 % del PIB, la efectividad en cuanto a prevención de la mortalidad infantil llegó a su punto máximo y que a partir de 1998, cuando el gasto público comenzó a incrementarse, la efectividad en cuanto a la MI se empezó a retraer.

O sea que, contrariamente a lo que sucede en el resto del mundo, en Venezuela, mientras más se invierte en salud, la efectividad de las políticas, por lo menos en lo que respecta a mortalidad Infantil, disminuye. (Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-

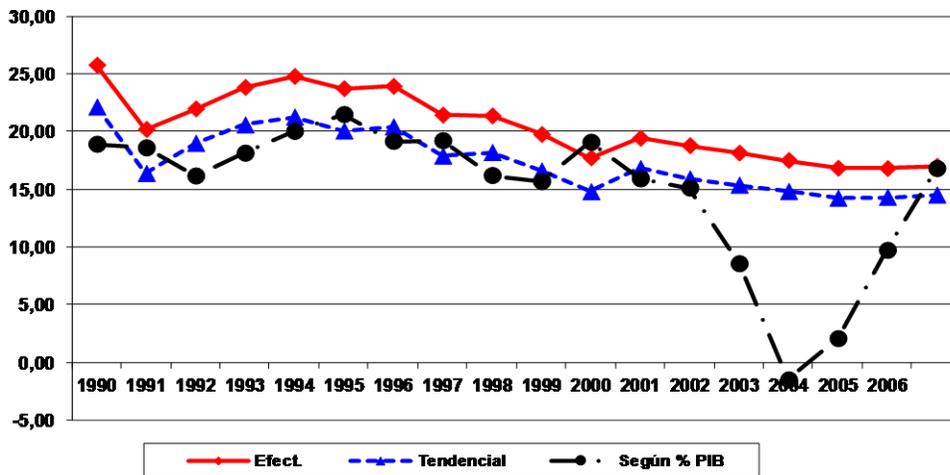
Demográficas, Epidemiológicas Financieras Y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012).

Sí asumiéramos como cierta –cosa que es poco probable pero está oficialmente publicada y divulgada-la información proporcionada por OPS sobre el gasto en salud, un modelo nos permitiría apreciar lo que debía haber ocurrido de acuerdo a la tendencia de la MI a partir de los años 90; lo que realmente ocurrió, es decir, los datos oficiales y lo que debería haber ocurrido de acuerdo a la magnitud de la inversión realizada. El gráfico 4 muestra los resultados del modelo, cuya fórmula, tanto para la tendencia (T), como para la Efectividad (E), la siguiente:

$$T = ((TMRA90-98) * (Tb - Ta)) * -1$$

$$E = T * (TMRA90-98 * PIB) - T * -1$$

Gráfico 6: TMI, Tendencia según TMRA 1994-98 y según % del PIB. Venezuela, 1990-2007 (TMI x 1000 nvr)



Fuente: Cálculos propios, INE, 2007 y OPS 2006

Lo que este ejercicio demuestra es que la explicación sólo es posible en dos vertientes: la primera es que, como hemos advertido anteriormente, esas cifras no son ciertas y nunca se llegó a gastar el 9 % del PIB; la segunda, es que los fondos fueron desviados a otros propósitos o dudosos o en operaciones fraudulentas, muy lejos de la finalidad social a la que supuestamente estaban destinados. Un ejercicio similar se hizo con la Mortalidad Materna, obteniéndose resultados similares. Se usaron estos dos indicadores por las siguientes razones: Uno, las acciones de la MBA estaban fundamentalmente dirigidas a la APS materno-infantil; dos, ambos indicadores responden rápidamente a los cambios de política y al aumento de la inversión. (Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-Demográficas, Epidemiológicas Financieras Y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012).

El ciudadano venezolano, también gasta más en salud, porque los costos en salud han aumentado en años recientes. Las causas de este incremento están relacionadas, además del alto índice inflacionario, con la expansión del gasto público.

Respondiendo a la política del gobierno actual de generar mayor empleo público, en detrimento del sector privado de la economía. (Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-Demográficas, Epidemiológicas Financieras Y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012)

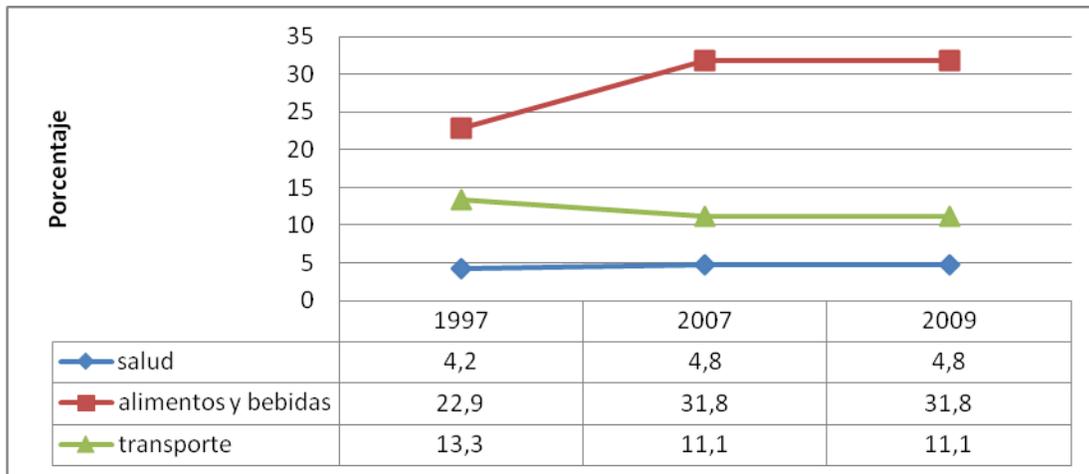


Tabla5: Estructura de gastos de los hogares venezolanos. BCV: 1997 al 2009

Fuente: (Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-Demográficas, Epidemiológicas Financieras Y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012)

De la descomposición de gastos relativos a la salud, se desprende que pese al estricto control de precios que el Gobierno Nacional mantiene sobre los medicamentos², sector donde además vende y suministra el 25% de su mercado, el rubro en el que más gastan los venezolanos, es el referente al de las medicinas. La Cámara Venezolana de la Industria Farmacéutica reportó que en promedio, los precios de algunos medicamentos subieron un 30,6%, entre 2010 y 2011 (Cámara Venezolana de la Industria Farmacéutica CAVEFAR, 2012) Cifra consecuente con el 30 % que se obtiene del reporte del BCV entre 1997 y 2009.(Díaz Polanco, Informe Sobre Variables Políticas, Socio-Demográficas, Epidemiológicas Financieras Y Medico-Sanitarias que Influyen Sobre el Mercado de Equipos Médicos. Preparado para JETRO, 2012)

Debido a sus altos costos y bajos ingresos per cápita, en Venezuela muy pocas personas tendrían acceso (entre 3 y 4 % de la población), a la medicina privada de no ser por los

² El 30% y 35% de los medicamentos tiene precios controlados, y los restantes sólo pueden aumentar de precio, si son autorizados por el Gobierno. El 75% del mercado restante de venta y suministro de medicamentos en Venezuela está conformado por 5.500 farmacias privadas, de venta al detal. (Cámara Venezolana de la Industria Farmacéutica CAVEFAR, 2012)

seguros, los cuales pueden ser adquiridos según varias modalidades: obteniendo una póliza privada o colectiva, donde el empleador o patrono asume parte de los costos como beneficio laboral, o a través de cualquiera de los planes que ofrece la medicina prepago, con empresas como Sanitas de Venezuela, Rescarven y Cruz salud; y varias cooperativas de salud. Al contrario de Las Compañías Aseguradoras, las empresas de medicina prepago y las cooperativas no se rigen por la Ley de Seguros y Reaseguros, por lo cual no se les exigen requisitos como el capital mínimo ni la constitución de reservas.

Las empresas de medicina prepago se agrupan en: administradoras de salud y administradoras de riesgo.

El caso es que aunque las aseguradoras brindan un servicio y en cierto modo permiten el acceso a la salud, también contribuyen a encarecer los costos, influyendo directamente sobre los precios promedio de las clínicas y hospitales.

Las administradoras de salud se nutren de los aportes de los afiliados, tienen contratos que ofrecen coberturas para diferentes riesgos y poseen su propia infraestructura en salud, dado que tienen instalaciones en las cuales se dan servicios, a lo que se suman los médicos afiliados en diferentes clínicas y demás centros. Las administradoras de riesgo solamente ofrecen la cobertura de los siniestros y para ello cuentan con fondos especiales que reciben los aportes de los afiliados. De esos fondos surgen los recursos para las coberturas y además tienen clínicas afiliadas. (Dávila, 2008).

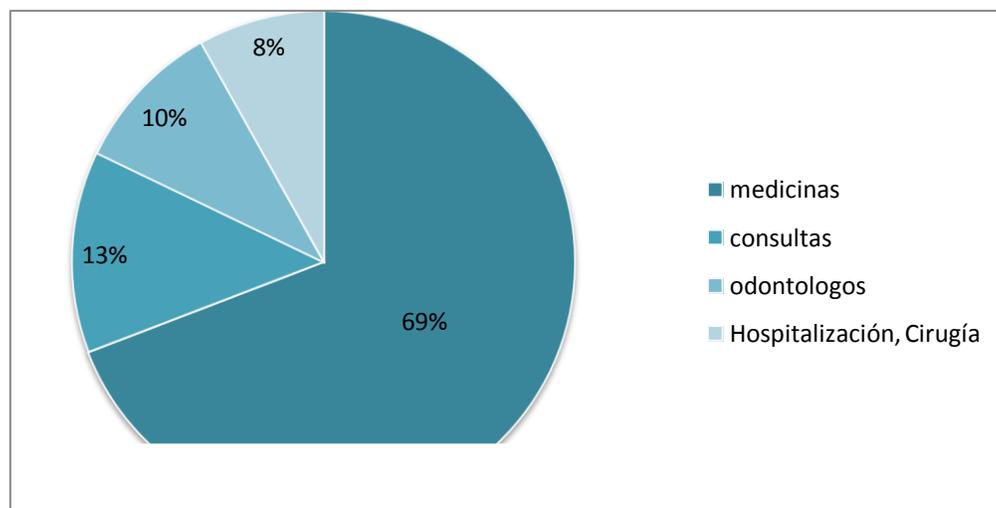


Tabla6: Estructura del consumo en salud. BCV 2010

Fuente Propia, basada en cifras del BCV

Bajo criterio de confidencialidad, el Dr. J. Díaz Polanco investigó la oferta actual de las aseguradoras, y éste fue el resultado:

El Control de Precios en los Hospitales y Clínicas Privadas

El 2 de marzo del 2012, luego de siete meses de negociación, La Alianza Interinstitucional por la Salud, (Organización que agrupa al menos 11 organizaciones del Estado -4,4 millones de personas-, aunque otras 7 Instituciones, también se beneficiarán del acuerdo, sumando 18), y la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales firmaron la primera fase del Convenio Único de Prestación de Servicios Médico-Hospitalarios con el Gobierno Nacional, relativo a la estandarización de precios y costos de los servicios médicos en los centros de atención privada que operan en el país, a través del cual se establece un nuevo esquema de tarifas de los servicios, que contempla la reducción de un 34% de los precios de cuatro rubros: hospitalización, atención por emergencia, terapia intensiva y primera hora de quirófano.

En el 2013 hubo una reforma de la Superintendencia de Costo y Precios Justos (SUNDECOP) en la que se estableció lo siguiente: ³

El 14 de julio 2011 fue dictado el decreto N° 8.331 publicado en Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela N° 39.715 de fecha 18 de julio de 2011, fue dictado el Decreto con Rango Valor y Fuerza de ley de costo y preciso justos con el objeto de establecer las regulaciones y mecanismos de administración y control, necesarios para mantener la estabilidad de precios y propiciar el acceso de los bienes y servicios a toda población en igualdad de condiciones, en el marco de un modelo económico y social que privilegie los intereses de la población.

La SUNDECOP es la instancia rectora del **SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE COSTOS Y PRECIOS**, adscrita a la Vicepresidencia de la Republica, que tiene como fin ejercer la regulación, administración, supervisión y sanción por parte del Estado hacia los agentes económicos, en aras de fomentar un intercambio de bienes y servicios bajo criterios de equidad y justicia social, entre estos y la población en general.

El 01 de febrero de 2010 (GO-39358) se decreta la Ley para la Defensa de las personas en el acceso a los Bienes y Servicios DECRETO N° 8.563, MEDIANTE EL CUAL SE DICTA EL REGLAMENTO PARCIAL SOBRE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COSTOS Y PRECIOS Y EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE ADMINISTRACION Y CONTROL DE PRECIOS.

EL 21 de noviembre 2011 (GO-39804) Providencia mediante la cual se establece el Reglamento Interno de la Superintendencia Nacional de Costos y Precios.

El 22 de noviembre 2011 (GO-39805) Providencias de la Superintendencia Nacional de Costos y Precios.

³ Lic. Yaneth Coromoto Iglesias Toar. Gerente General del “Instituto Clínico la Florida”.

- **PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA 002** Designación de Intendencia de Costos y Precios.
- **PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA 003** Designación del Intendente de Gestión Integral.
- **PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA 004** Designación de Intendencia de Fiscalización.
- **PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA 005** Autorización a los cuídanos que señalan en la Providencia N° 005 para que practiquen fiscalizaciones.
- **PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA 006** Lineamientos que regirán el Registro Nacional de Precios de Bienes y Servicios.
- **PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA 007** Lineamientos para Regular la Notificación de Precios de 18 productos

El 13 de Diciembre del 2011 (GO-39819) Providencia mediante la cual se extiende hasta el día treinta (30) de diciembre de 2011 el lapso para que los sujetos de aplicación del Decreto con Rango Valor y Fuerza de Ley de Costos y Precios Justos que produzcan, importen, transformen, distribuyan y/o comercialicen los productos finales señalados en el artículo 2 de la Providencia Administrativa N° 007, de fecha 22 de noviembre de 2011, efectúe su inscripción ente el Registro Nacional de Precios de Bienes y Servicios.

El 28 de febrero del 2012 (GO-39872) Providencia mediante la cual se fijan los precios Máximos de Venta del Productor y/o Importador, del Mayorista – Comercializador y al Público Consumidor Final de los productos que en ella se indican.

El 29 de marzo del 2012 (GO-39894) Providencia mediante la cual se fijan los precios Máximos de Venta del Productor y/o Importador, del Mayorista – Comercializador y al Público Consumidor Final de los productos que en ella se indican.

El 15 de agosto del 2012 (GO-39.986) Providencia mediante la cual se establece la obligación de notificar costos y precios de los medicamentos.

El 31 agosto del 2012 (GO-39998) Providencia mediante la cual se extiende por treinta (30) días hábiles, computados desde el 31 de agosto de 2012, el lapso al que se refiere el artículo 5 de la Providencia Administrativa N°187 de fecha 14-08-2012.

Providencia mediante la cual se extiende treinta (30) días hábiles, computados desde el día seis (06) de septiembre de 2012, el lapso al que se refiere el artículo 3 de la Providencia Administrativa Nro. 184 de fecha 03-08-2012.

El 31 de agosto del 2012 (GO-40027) Providencia mediante la cual se extiende por treinta (30) días continuos, computados desde el día 20 de octubre de 2012, el lapso

al que se refiere el párrafo Primero de la Provincia Administrativa Nro. 190 de fecha 29 de agosto de 2012.

Providencia mediante la cual se extiende por treinta (30) días continuos, computados desde el día 16 de octubre de 2012, el lapso al que se refiere el párrafo Primero de la Providencia Administrativa Nro. 189 de fecha 20 de agosto de 2012.

El 25 junio del 2013(GO-40.196) Providencia mediante la cual se Categoriza la Prestación de Servicios Médicos, se establece los procedimientos para la Inscripción de los Centros de Salud Privados en el Registro Nacional de Precios de Bienes y Servicios, y se determinan los Precios de los Servicios Médicos que en ella se señalan.

Aviso Oficial 10 de Julio del 2013: La Superintendencia Nacional de Costos y Precios informa a los sujetos de aplicación del Decreto con Rango Valor y Fuerza de Ley de Costo y Precios Justos y a la población en general, que de conformidad a la previsions artículo 31, numeral 4 del referido instrumento legal, y a los efectos de la interpretación y aplicación de la **Providencia Administrativa N° 294 de fecha 25-06-2013**, publicada en la Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela N° **40.196 de fecha 26-06-2013**; que a los fines de la clasificación de los centros de salud privados señalada en los anexos A y B del referido acto administrativo, se tomo en consideración el contenido de la Norma COVENIN N° 2339-87, aprobada la Comisión Venezolana de Normas Industriales en fecha 08-12-1987, referida a la Clasificación de Clínicas, Policlínicas, Institutos u Hospitales Privados, todo ello sobre base de las previsions de los artículos 1,3,4,6,7,8,14,17,20 y 31, numerales 3,4,11,15 y 16 del Decreto con Rango Valor y Fuerza de Ley de Costos y Precios Just

Formulación del Objeto de Estudio

Durante el debate concerniente a la generación de un nuevo sistema de salud en Venezuela, se analizaron experiencias previas en países como Cuba, Colombia y España, obviando los conocimientos provenientes de organizaciones exitosas en países como el Reino Unido o los Estados Unidos.

Este estudio intenta llenar esta brecha teórica, presentando opciones diferentes a las manejadas hasta ahora, a objeto de ampliar el debate en la creencia de que sólo a partir de la investigación y el conocimiento se pueden hallar soluciones.

El papel de la gerencia en el desempeño de los servicios públicos reviste gran importancia para la investigación académica. El tema está en el corazón mismo de las disciplinas relativas a la administración pública, gerencia y políticas públicas. No obstante, la evidencia sobre el impacto de las estrategias de gestión para generar cambios en el entorno, en las organizaciones y en los productos y servicios, es todavía rudimentaria.

Se efectuó en momentos en que el sistema de salud venezolano adolece de graves fallas. Sin ley Orgánica que lo sustente, el SPNS aparece como un comodín entre el MPPS y la Fundación Misión Barrio Adentro. Al estar en una fase proyectiva, el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), todavía no existe como organización propiamente dicha, por lo que este estudio se basa en sus antecedentes en cuanto al sistema público actual, incluyendo la Fundación Misión Barrio Adentro, sin obviar la realidad representada por el sistema privado de salud.

Fue necesario partir del diagnóstico sobre la situación actual del Sistema Venezolano, determinando sus aciertos, fallas y carencias, a fin de establecer áreas donde las estrategias y mejores prácticas gerenciales pudiesen incorporarse hipotéticamente.

Preguntas iniciales de la Investigación:

1. ¿Cual Modelo de Gerencia se aplicaría en la Republica Bolivariana de Venezuela?
2. ¿Cuáles serian las mejores prácticas gerenciales?
3. ¿Qué modelos se podrían construir para el Sistema Publico Nacional de Salud?
4. ¿Qué estructura gerencial se le podría aplicar al SPNS (¿Barrio Adentro?)

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Diseñar un Modelo Gerencial basado en la Teoría de la Complejidad para el Sistema Público Nacional de Salud, en la República Bolivariana de Venezuela.

Objetivos Específicos

Caracterizar el Sistema Público Nacional de Salud Venezolano desde la perspectiva de la Teoría de la Complejidad.

Analizar los distintos componentes del Sistema Público Nacional de Salud desde la aplicación de la Teoría de la Complejidad.

Analizar el Sistema Público Nacional de Salud con la aplicación de las mejores prácticas gerenciales de la Teoría de la Complejidad.

Estructurar los componentes del Modelo del Sistema Público Nacional de Salud desde la perspectiva de la Complejidad.

II. ASPECTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

Antecedentes de la Investigación

Debido a la relevancia del sujeto de estudio, existen gran cantidad de Tesis relacionadas y hemos revisado parte de ellas, aunque para este estudio siguiendo un criterio de actualidad, seleccionamos solamente las que fueron presentadas desde el año 2005 hasta la fecha.

1. Nacionales

- Lobo, Larry: Estrategias Gerenciales Para el Crecimiento de una Empresa Privada del Sector Salud. CEAP-UCV Trabajo de Grado Maestría en Gerencia Empresarial. Caracas, 2010.

Esta Tesis presenta una panorámica sobre el sector salud venezolano, y analiza estrategias gerenciales para el crecimiento de una empresa del sector salud en Venezuela, centrándose en las estrategias de crecimiento y los planes estratégicos.

- Capó Sisco, William Adalberto: Propuesta de Lineamientos Generales Para un Sistema de Educación a Distancia en Salud: Formación Continua de los Cuadros Gerenciales, Profesionales y Técnicos del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela. Trabajo presentado como requisito parcial para optar al grado de Magíster en Educación Abierta y a Distancia. Maracay, Edo. Aragua, 2007.

El autor presenta una propuesta para el diseño, implementación, y evaluación de un sistema educativo a distancia en el área de salud, dirigido a la formación de los cuadros gerenciales, profesionales, y técnicos del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela (SPNS). Para lo cual parte de las bases teóricas, y conceptuales relativas a dicha temática, tales como: tecnología de la información, salud pública y educación a distancia. También analiza la Salud como Política Social del Gobierno Venezolano, el Sistema Publico Nacional de Salud (SPNS), y las actividades específicas en el área tecnológica para la Formación del Recurso Humano requerido por el Sistema Publico Nacional de Salud.

- Álvarez Sintés, Roberto: Una interpretación de la Misión Barrio Adentro: Desde la Perspectiva de un Trabajador de la Salud. Proyecto de Trabajo de Grado como Requisito Parcial para optar al Título de Especialista en Gestión en Salud Pública. Ministerio de Salud Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay, Edo. Aragua 2005.

En esta tesis el autor examina la misión Barrio Adentro desde el punto de vista planteado por el Gobierno Nacional, que lo considera según sus propias palabras el “eje integrador en el intento de desarrollar una política social no neoliberal, de acuerdo con lo contemplado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela”. Para ello se centra en las características propias del sistema ubicándolo dentro del área de las políticas públicas, específicamente en lo que se refiere al programa de expansión gubernamental.

- Ariñez, Ángela: Evaluación del Componente Nutricional en la Promoción de la Salud. Misión Barrio Adentro. Municipio Francisco Linares Alcántara. Edo. Aragua. Proyecto de Trabajo de Grado como Requisito Parcial para optar al Título de Especialista en Gestión en Salud Pública. Ministerio de Salud Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay, 2005. (Ariñez, 2005)

La autora se plantea como objetivo, evaluar la situación del Componente Nutricional en la Promoción de Salud en Misión Barrio Adentro, en el Municipio Linares Alcántara, edo. Aragua, durante el tercer trimestre del año 2005. Como parte de su trabajo, desarrolla un marco teórico donde se pasea por la concepción de la salud como derecho social, y establece el Sistema Público Nacional como garante del mismo. Posteriormente trabaja sobre el concepto de Prevención y Promoción de la Salud; La Declaración de los Derechos Humanos: Derecho a la Alimentación, Desigualdad e Inequidad en salud, Misión Barrio Adentro como Política de Salud del Estado Venezolano, y El Médico de Familia dentro del Sistema de Salud.

- Dr. Gustavo A. Benítez Pérez: Análisis del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela. CEAPUCV Trabajo de Grado Maestría en Gerencia Empresarial. Caracas, Venezuela, 2009.

Esta Tesis se constituye en el punto de partida en cuanto al sistema de salud Venezolano, ya que presenta un diagnóstico sobre las políticas de salud vigentes y los factores históricos, sociales, políticos y culturales conducentes a la situación actual; analizando el Sistema Público Nacional de Salud, sus lineamientos generales, competencias, niveles de atención, bases legales; el Ministerio de Salud como organismo rector y el Plan Nacional de Salud (2009-2013), contextualizándolos en las estrategias gerenciales planteadas por Frank y Londoño y la teoría relativa a los estudios de factibilidad.

Su exploración presenta información sobre la cual el presente trabajo se fundamenta. Fue un privilegio poder contar con toda la data y el análisis que el Dr. Benítez ha generado a través de su notable esfuerzo investigativo.

2. Internacionales

- INGLATERRA

El servicio Nacional de Salud (National Health Service - NHS) es la entidad de prestaciones sanitarias públicas del Reino Unido. Creado el 5 de julio de 1948. El NHS se basa en la premisa de que la atención médica nace de la necesidad de ésta y no de la capacidad de pago de cada individuo, por lo que su financiación proviene del pago de impuestos y el presupuesto nacional. Las premisas iniciales de la atención del NHS han sido: gratis en el punto de entrega, comprensivo, equitativo e igualitario.

La organización del NHS ha cambiado con el tiempo. El NHS está dividido en la actualidad en cuatro unidades que dependen de país constituyente del Reino Unido: NHS England, NHS Scotland, NHS Wales y Health and Care NI (Irlanda del norte).

Inglaterra es uno de los países que cuentan con el mejor sistema de salud de Europa, ya que sus habitantes tienen acceso a una alta calidad de médicos e instalaciones. Es el único país donde los enfermeros pueden recetar medicamentos.

Además del sistema privado, cuentan con el Sistema Nacional de Salud que se encarga de la sanidad de carácter público e incluye hospitales, médicos, especialistas, ópticos, odontólogos, ambulancia, farmacéuticos, personas de compañía.

Los servicios gratuitos son los de hospitalización, ambulancias y consultas médicas, pero deben pagar por los medicamentos, lentes y tratamientos dentales. El NHS es la primera organización del mundo que proveyó de asistencia de salud a la población completa y fue creada el 5 de julio de 1945, tras la victoria nacional en la segunda guerra mundial.

La salud privada también es de las mejores en Londres, se pueden encontrar a los mejores especialistas. La cuarta parte de las intervenciones quirúrgicas se realizan en instituciones privadas y es frecuente que los médicos trabajen en ambos sistemas.

EL NHS tiene como principios básicos la equidad y solidaridad y sus características principales son:

- Cobertura universal gratuita para toda la población.
- Disponibilidad de todos los tratamientos médicos efectivos.
- Financiación por medio de los impuestos.
- Atención primaria garantizada para cualquier edad.

En la actualidad brinda atención hospitalaria a casi 60 millones de personas y también se encuentra presente en Gales, Irlanda y Escocia. La gran mayoría de los ciudadanos británicos se atienden en este sistema.

Es una parte central en el bienestar social del país y tiene como objetivos: fomentar la buena salud, diagnosticar las enfermedades a tiempo, curarlas, brindando atención de calidad a los pacientes, prevenirlos de posibles inconvenientes, etc.

La cobertura integral del NHS se divide en tres niveles:

- La atención primaria: está formada por médicos de cabecera, oftalmólogos, farmacéuticos, odontólogos, enfermeros, parteras, fonoaudiólogos, visitantes sociales, fisioterapeutas, psicoterapeutas, podólogos y dietistas. Se ofrecen

programas de prevención de enfermedades crónicas y coronarias y planes de vacunación para los niños y jóvenes. Además, es el encargado de derivar a los pacientes que necesitan cuidados superiores.

- La atención secundaria: se encarga de brindar tratamientos adicionales y cuidados especiales con tecnología avanzada. Se encuentra en 300 hospitales generales y los servicios son: maternidad, geriatría, internación, radiología, diálisis, anestesia, guardias en casos de accidentes y emergencias y patologías crónicas.
- La atención terciaria: involucra a hospitales de alta complejidad que se especializan en trasplantes, tratamientos oncológicos o cráneo faciales. Son reconocidos por sus valiosas contribuciones en la investigación de nuevos métodos y en la excelencia de sus profesionales.

Inglaterra destina casi un 7% de su presupuesto a la atención médica, mediante la contribución de todos los empleados, con aportes mensuales desde su recibo de sueldo. Algunos de los hospitales del NHS también ofrecen servicios de medicina privada (un 11% de la población cuenta con este sistema). Además, aceptan pacientes del extranjero. Según la complejidad puede ser gratuito o requerir el pago de la estancia (para intervenciones y permanencias por accidentes). El 97% del presupuesto se deriva a la asistencia primaria y secundaria y el 3% restante a los servicios terciarios y a programas complementarios, como se la entrega de leche y vitaminas para los bebés o campañas de protección frente al SIDA.

Por muchas razones, los ciudadanos ingleses se sienten orgullosos de su sistema de salud público que atiende todas las necesidades de personas de cualquier edad con infraestructura y tratamientos de avanzada y médicos de calidad.

- ARGENTINA

La inversión en servicios de salud en Argentina es elevada: un 10,2% del PIB. Esta cifra es considerablemente mayor que el promedio de América latina y está cerca de los valores de países europeos, se encuentra en el puesto 49 entre 191 países.

Sistema sanitario

La salud en Argentina se conforma del sistema de salud público, el sistema de Obras sociales y el de la salud privada. Alrededor de un 37.6% de la población se atiende por el sistema público y un 51,52% por obras sociales.

El sistema de salud en Argentina a grandes rasgos consta de tres subsistemas bien definidos: el público, el de Obras Sociales y el sector privado, que coexisten al unísono. Si bien este tipo de conformación establecida promueve un “liberalismo” sanitario, desarticula la salud como un todo, puesto que los entes que brindan los servicios difieren enormemente respecto al target poblacional, los servicios que brindan

(considerando el espectro más amplio de la salud), y fundamentalmente el origen de los recursos con que cuentan.

El sistema público está conformado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud, y funciona bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud ya sean nacionales, provinciales o municipales. Presta potencialmente servicios gratuitos a toda la población si bien apenas un 37.6% aproximadamente concurre a los mismos.

Argentina utiliza el sistema de Obra Social (51,5%). Si bien este país se jactaba de una buena atención pública, los diversos gobiernos de hechos y las políticas económicas de convertibilidad retrajeron este sector, con el concomitante crecimiento de las obras sociales. Por ejemplo, entre el periodo de 1991 y 1997 la población que contaba sólo con servicios de obras sociales aumentó un 25%. Otro factor importante en la expansión de las OS es el aumento de poder político evidenciando en los gremios laborales desde los gobiernos de Perón. El financiamiento de esta entidad está mantenido por contribuciones de empleados y empleadores, que varían alrededor del 10% de la nómina salarial para las nacionales y provinciales.

En lo respecta al sector privado, solo aproximadamente un 15% de la población se vale de sus servicios que son variados que presenta alguno de los tres entes configuraciones del sistema sanitario argentino. Desde cirugías coronarias hasta cirugías estéticas. Obviamente, este sector se financia con el aporte prepago o no de los propios pacientes, que generalmente poseen un ingreso medio a alto. Es de particular importancia que más del 50% de este sector de la población también posee OS, es decir que tiene una doble cobertura.

La diferencia entre estos tres subsistemas es enorme actualmente. Particularmente como pasante en el hospital Pirovano, que es público y está ubicado en la capital Federal soy testigo de la falta de medicamentos esenciales (en este caso era un analgésico para un enfermo de Sida); lo mismo sucede en numerosos hospitales nacionales y ni hablar de los provinciales e incluso municipales.

Las obras sociales generalmente no cuentan con un espectro más o menos amplio de atención sanitaria. Por este motivo, solo aquel cuyos ingresos sean medio altos o altos, podrá acceder a una atención completa.

Esta es a muy grandes trazos la situación sanitaria Argentina, lamentablemente.

- **BRASIL**

El **Sistema Único de Salud (SUS)** es la denominación del sistema público de salud en Brasil.

Considerado uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, según informaciones del Consejo Nacional de Salud, es descrito por el Ministerio de la Salud en la cartilla Entendiendo el SUS como "un sistema único en el mundo, que garantiza acceso integral, universal e igualitario a la población brasileña, desde la simple atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos". Fue instituido por la [Constitución Federal de 1988](#), como forma de realizar el mandamiento constitucional del derecho a la salud como un "derecho de todos" y "deber del Estado" y está regulado por la Ley n°. 8.080/1990, la cual rige la atención pública de la salud.

Con la creación del SUS, toda la población brasileña pasó a tener [derecho a la salud](#) universal y gratuita, financiada con recursos provenientes de los presupuestos de la [Unión](#), de los [Estados](#), del [Distrito Federal](#) y de los [Municipios](#), conforme rige el [artículo 195](#) de la Constitución. Forman parte del Sistema Único de Salud, los [centros y puestos de salud](#), los [hospitales públicos](#) - incluyendo los [universitarios](#), los [laboratorios](#) y [hemocentros](#) (bancos de sangre), los servicios de Vigilancia Sanitaria, Vigilancia Epidemiológica, Vigilancia Ambiental, además de fundaciones e institutos de investigación académica y científica, como la FIOCRUZ - Fundación Oswaldo Cruz - y el Instituto Vital Brazil.

Los Principios constitucionales del SUS

La sección **De la Salud**, ([artículo 196](#) hasta el artículo 198) de la Constitución, permite inferir que fueron establecidos cinco principios básicos que orientan el sistema jurídico en relación al SUS. Son ellos: la universalidad (artículo 196), la integralidad ([artículo 198 - II](#)), la equidad ([artículo 196](#) - "acceso universal e igualitario"), la descentralización (artículo 198 - I) y la participación social ([artículo 198](#) - III).

Universalidad (Art 196)

Este principio puede ser referido a partir de la definición del [artículo 196](#), que consideró la salud como un "derecho de todos y deber del Estado". De esa forma, el derecho a la salud se coloca como un derecho fundamental de todo y cualquier ciudadano, siendo considerado incluso cláusula pétrea o sea, no puede ser retirado de la Constitución en ninguna hipótesis, por constituir un derecho y garantía individual, conforme la Sección **Del Proceso Legislativo**, [artículo 60](#), párrafo 4, inciso IV.

Por otro lado, el Estado tiene el deber de garantizar los debidos medios necesarios para que los ciudadanos puedan ejercer plenamente ese derecho, bajo pena del estar restringiendo y no cumpliendo su función.

Integralidad (Art 198 - II)

La integralidad, conforme el [artículo 198](#), en su inciso II, confiere al Estado el deber de la "atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales" en relación al acceso que todo y cualquier ciudadano tiene derecho.

Por eso, el Estado debe establecer un conjunto de acciones que van desde la prevención a la asistencia curativa, en los más diversos niveles de complejidad, como forma de realizar y garantizar el postulado de la salud. Se percibe, sin embargo, que el texto constitucional da énfasis a las actividades preventivas, que, naturalmente, al sean realizadas con eficiencia, reducen los gastos con las actividades asistenciales posteriores.

Es el reconocimiento en la práctica de los servicios de que:

- Cada persona es un todo indivisible e integrante de una comunidad.
- Las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud forman también un todo indivisible y no pueden ser compartimentadas.
- Las unidades prestadoras de servicio, con sus diversos grados de complejidad, forman también un todo indivisible configurando un sistema capaz de prestar asistencia integral.

Finalmente:

“El hombre es un ser integral, bio-psico-social, y deberá ser atendido con esta visión integral por un sistema de salud también integral, vuelto a promover, proteger y recuperar su salud.”

Equidad (art 196)

Luego, todos los ciudadanos, de igual manera, deben tener sus derechos a la salud garantizados por el Estado. Sin embargo, las desigualdades regionales y sociales pueden llevar a que no se cumpla la isonomía, finalmente una área más carente puede demandar más gastos en relación a las otras. Por eso, el Estado debe tratar "desigualmente a los desiguales", concentrando sus esfuerzos e inversiones en zonas territoriales con peores índices y déficits en la prestación del servicio público.

Los Principios Fundamentales, [artículo](#) 3º, incisos III e IV, la Constitución configura como uno de los objetivos de la República “reducir las desigualdades sociales y regionales” y “promover el bien de todos”.

Descentralización (Art 198-I)

Está establecido en **De la Salud**, [artículo 198](#), que “las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y hierarquizada y constituyen un sistema único, organizado en consonancia con las siguientes directrices: I - descentralización, con dirección única en cada esfera de gobierno [...]”. Por eso, el Sistema Único de Salud está presente en todos los niveles federativos - Unión, Estados, Distrito Federal y Municipios - de forma que lo que es de la alzada de abarregancia nacional será de responsabilidad del Gobierno Federal, lo que está relacionado a la cualificación de un Estado debe estar bajo

responsabilidad del Gobierno Provincial, y la misma definición ocurre con un Municipio. De esa forma, búsqueda-si un mayor diálogo con la sociedad civil local, que está más cerca del gestor, para cobrarlo sobre las políticas públicas debidas.

Participación social (Art 198 - II)

También está prevista en el mismo [artículo 198](#), inciso III, la “participación de la comunidad” en las acciones y servicios públicos de salud, actuando en la formulación y en el control de la ejecución de estos. El control social, como también es llamado ese principio, fue mejor regulado por la ya citada Ley n° 8.142/90. Los usuarios participan de la gestión del SUS a través de las Conferencias de la Salud, que ocurren cada cuatro años en todos los niveles federativos - Unión, Estados, Distrito Federal y Municipios. En los Consejos de Salud ocurre a llamada paridad: mientras los usuarios tienen la mitad de las vacantes, el gobierno tiene un cuarto y los trabajadores otro cuarto. Se busca, por lo tanto, estimular la participación popular en la discusión de las políticas públicas de la salud, confiriendo mayor legitimidad al sistema y a las acciones implantadas.

No obstante, se observa que el Constituyente Originario de 1988 no buscó sólo implantar el sistema público de salud universal y gratuita en el país, en contraposición al que existía en el periodo militar, que favorecía sólo los trabajadores con contrato de trabajo. Fue más lejos y estableció también principios que irían a definir la interpretación que el mundo jurídico y las esferas de gobierno harían sobre el citado sistema. Y a partir de la lectura de esos principios, se nota la preocupación del Constituyente en reforzar la defensa del ciudadano frente al Estado, garantizando medios no sólo para la existencia del sistema, sino también para que el individuo tenga voz para luchar por su mejoría y mayor efectividad.

Acceso al SUS

El SUS debe ser entendido como un proceso en marcha de producción social de la salud, que no se inició en 1988, con su inclusión en la Constitución Federal, ni tampoco tiene un momento definido para ser concluido. Al contrario, resulta de propuestas defendidas al largo de muchos años por el conjunto de la sociedad y por muchos años aún estará sujeto al cambio. Según la legislación brasileña, la salud es un derecho fundamental del ser humano, cabiendo al poder público (Unión, Estados, Distrito Federal y Municipios) garantizar este derecho, a través de políticas sociales y económicas que visen a la reducción de los riesgos de enfermarse y morir, así como el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El acceso universal (principio de la universalidad), significa que al SUS le compete atender a toda población, sea a través de los servicios estatales prestados por la Unión, Distrito Federal, Estados y Municipios, o a través de los servicios privados conveniados o contratados con el poder público.

El acceso igualitario (principio de la equidad) no significa que el SUS deba tratar a todos de forma igual, pero sí respetar los derechos de cada uno, según sus diferencias, apoyándose más en la convicción íntima de la justicia natural del que en la letra de la ley.

Evaluación de los usuarios del SUS

En una investigación realizada por el Datafolha a pedido del Consejo Federal de Medicina (CFM) y divulgada en 19 de agosto de 2014, 54% de los entrevistados evaluaron la atención en salud prestado por el SUS con nota de 0 a 4, 33% con nota entre 5 y 7 y 13% con nota entre 8 y 10. Este hecho fue interpretado por el CFM (y reforzado por los grandes medios) cómo 87% de reprobación del SUS por los entrevistados. Aún en la misma investigación, fueron obtenidas evaluaciones más positivas en la cuota de los entrevistados que respondieron ser usuarios del SUS.

En investigaciones realizadas en años anteriores, se encontró buena satisfacción de los usuarios del SUS con los servicios públicos de salud utilizados, en diferentes niveles de atención y en diversas ciudades en el país.

Para 93% de los electores brasileños, los servicios públicos y privados de salud en el país son regulares, malos o pésimos. El Sistema Único de Salud (SUS) recibió evaluación negativa del 87% de la población. Este es el resultado de una investigación inédita encomendada por el Consejo Federal de Medicina y por la Asociación Paulista de Medicina y realizada por el Instituto Datafolha.

“Las personas están insatisfechas porque no tienen aquello que necesitan. Es una cuestión de percepción. Es una investigación de percepción”, dice el presidente del Consejo Federal de Medicina Roberto Luiz D’Ávila.

Los puntos más críticos están relacionados al acceso y al tiempo de espera para atención. La mitad de los entrevistados que necesitaron del SUS relataron que fue difícil o muy difícil conseguir acceso a los servicios, especialmente a la cirugías, atención médica domiciliar y procedimientos específicos como hemodiálisis y quimioterapia.

Entre los entrevistados, por lo menos 30% declararon estar aguardando o tener alguien en la familia aguardando la marcación o realización de consulta, examen, procedimiento o cirugía por él SUS. Incluso personas que poseen planes de salud, 22% de ellos, dijeron que aguardan algún tipo de atención por la red pública.

Sólo dos entre cada diez entrevistados consiguieron ser atendidos en hasta un mes, mientras casi mitad de la población debió esperar de uno a seis meses. Un 29% de la población aguarda hace más de seis meses, siendo que más de la mitad de ellos relata estar en la fila hace ya más de un año.

El alcance del estudio fue nacional, incluyendo regiones metropolitanas, ciudades del interior de diferentes portes y habitantes en las cinco regiones del país. Fueron oídas 2.418

personas, entre hombres y mujeres, con edad superior a 16 años, 60% de ellas residentes en el interior, entre los días tres y diez de junio.

- MEXICO

El **Sistema Nacional de Salud** mexicano es definido como un conjunto de entidades públicas —federales y estatales—, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de [México](#). Fue establecido después de la reforma a la [Ley General de Salud](#) mexicana de febrero de 1984.

El surgimiento del Sistema Nacional de Salud está relacionado con la [reforma sanitaria](#) que se ha implementado gradualmente en el país a partir de la década de 1980, después de la crisis financiera que llevó al borde de la quiebra al estado mexicano. Para poder enfrentar esta situación de enfermedades en el gobierno mexicano suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales como el [Banco Mundial](#) y el [Fondo Monetario Internacional](#), entre los que se encontraba precisamente el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema de orientación [liberal](#) que permitiera la participación de actores privados en el campo de la salud.

Uno de los objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud es integrar los diversos servicios de salud existentes en el territorio mexicano bajo la coordinación de la [Secretaría de Salud](#). Esto se podrá alcanzar mediante la desconcentración de las funciones de prestación de servicios de salud, que son traspasados a los organismos de salud estatales y a los servicios privados mediante [subrogación](#). De esta manera la Secretaría de Salud federal jugaría el papel de entidad financiera y administradora del Sistema Nacional de Salud. En las primeras décadas del siglo XXI, este proceso continúa, aunque la Secretaría de Salud solo presta servicios sanitarios en los hospitales nacionales de referencia.

México ha logrado avances significativos en la última década

Hace una década publicamos [el primer Estudio](#) OCDE del Sistema Mexicano de Salud. Desde entonces mucho ha cambiado, para bien. En sólo 10 años, el Seguro Popular extendió la cobertura de los servicios de salud a más de 50 millones de personas que antes estaban desprotegidas. Durante este período, los casos reportados de costos de salud que amenazaban con empobrecer a los pacientes cayeron de 3.3% de la población a 0.8%, mientras que los índices de mortalidad infantil y muertes por infartos o derrame cerebral también disminuyeron. Los usuarios de los servicios de salud reportan hoy una tasa de satisfacción del 97%.

También ha habido avances importantes en materia de coordinación y eficiencia. El acuerdo entre diversas instituciones de salud para llevar a cabo compras consolidadas de medicinas ha permitido un ahorro acumulado de 8 mil 350 millones de pesos en 2014 y 2015. Además se ha convertido en un modelo de mejores prácticas para otras economías OCDE que enfrentan desafíos similares para financiar sus sistemas de salud.

A esto se suman los esfuerzos por mejorar los niveles de salud de los mexicanos, mediante el cobro de impuestos a las bebidas saborizadas con azúcar y a los alimentos con alta densidad calórica, un etiquetado más detallado sobre el contenido nutricional de los alimentos y bebidas, y una mejor regulación de la publicidad alimenticia dirigida a los niños. Se trata de medidas valientes que enfrentan inercias muy arraigadas, así como poderosos intereses empresariales y que han generado gran interés entre los países OCDE.

México debe también construir un sistema de salud pública más equitativo, eficiente y sostenible. Los desafíos pendientes deben abordarse con reformas de gran alcance, como las que México ha impulsado en otros ámbitos.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE)

A pesar de los avances, existen todavía importantes desafíos en materia de salud

A pesar de estos avances, los servicios de salud en México enfrentan todavía una serie de desafíos importantes.

En primer lugar, el acceso a los servicios de salud tiene mucho que mejorar. México tiene 2.2 doctores por cada 1000 habitantes, por debajo del promedio OCDE de 3.3, y sólo una tercera parte del número de enfermeras por cada 1000 habitantes que el promedio de la OCDE.

Asimismo, los pagos directos por servicios de salud, es decir los que salen de los bolsillos de las personas, siguen siendo muy altos en México con relación al promedio OCDE, lo cual refleja las dificultades para lograr un sistema de protección efectivo y con servicios de buena calidad.

Otro desafío fundamental radica en que el Sistema Mexicano de Salud funciona como un grupo de subsistemas que operan de manera desconectada. Cada uno ofrece un nivel distinto de cobertura y precios, con resultados que también son muy desiguales. Asimismo, las personas no pueden elegir el tipo de seguro ni el proveedor de servicios, ya que éstos son predeterminados por su empleo, público, privado, formal, informal o inexistente.

Cada año, alrededor de una tercera parte de los afiliados al IMSS y al ISSSTE se ven obligados a cambiar de proveedor, de institución y de doctor, sencillamente porque su empleo cambió. Esta situación afecta la continuidad del cuidado médico, que es especialmente importante para personas con enfermedades crónicas como diabetes. También genera un desperdicio de recursos, ya que el mismo individuo debe recurrir a múltiples sistemas a lo largo de su vida, o incluso durante un solo proceso de tratamiento. En pocas palabras, con la estructura actual el sistema mexicano no logra una buena relación calidad/precio.

La OCDE ha identificado tres elementos prioritarios

La OCDE considera que la reforma del sistema mexicano de salud debe enfocarse en tres cuestiones prioritarias.

En primer lugar, deben expandirse los convenios para permitir el intercambio de servicios entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular, a fin de que los afiliados puedan pasar fácilmente de un sistema a otro.

Es necesario consolidar un sistema en el que todos los mexicanos, independientemente de donde vivan o del tipo de trabajo que tengan, puedan acceder al mismo nivel de servicio, sin tener que preocuparse de que ello represente una carga financiera mayor para los hogares.

Las autoridades mexicanas deben seguir avanzando hacia un sistema de salud unificado y financiado de manera justa y sustentable. Para ello será necesario que los convenios se extiendan de manera prioritaria a enfermedades costosas, al cuidado de maternidad y a procedimientos de cirugía electiva.

Pero enfocarse exclusivamente en la atención médica no es suficiente. Los convenios también deben enfocarse en los retos de salud pública más urgentes, como son la obesidad, la diabetes y otras enfermedades de larga duración. La experiencia de otros países de la OCDE para diseñar paquetes de tratamiento de la diabetes, por ejemplo, está a su disposición y pueden adaptarse al contexto mexicano.

En segundo lugar, debe ponerse más énfasis en mejorar la calidad y resultados de los servicios de salud.

Para ello será indispensable construir sistemas de información que permitan monitorear la calidad del servicio e impulsar mejoras a lo largo de todo el sistema. Generar y publicar más reportes sobre la calidad de los diversos hospitales y clínicas dará a los beneficiarios la información e incentivos necesarios para escoger entre un proveedor y otro. Compartir las buenas prácticas para mejorar el desempeño, también permitirá mejorar la calidad del servicio.

México debe fomentar que las aseguradoras, los doctores y los pacientes identifiquen y premien la excelencia en el sistema y, de esa manera, contribuyan a desarrollar incentivos para mejorar la calidad y enfrentar el mal desempeño.

En tercer lugar, es necesario alinear los distintos ámbitos de atención y el servicio médicos. Por ejemplo, el cuidado de los pacientes, los precios, los sistemas de información y las prácticas administrativas a través de todos los subsistemas.

Un mejor sistema preventivo podría impulsar acciones sostenidas y coordinadas entre el Seguro Popular y las instituciones de seguridad social, en particular cuando las personas

cambian constantemente de esquemas y pasan del sector formal al informal y viceversa. Por ejemplo, los estudios de la OCDE muestran que la asesoría individual a pacientes con alto riesgo de diabetes permite que una de cada ocho personas logre “un año más de vida con buena salud”, lo cual tiene un costo aproximado de 50 pesos por persona. Nuestro estudio recomienda a México establecer una Comisión que incorpore al Seguro Popular con los demás proveedores de servicios de salud y asegure las acciones necesarias para consolidar un sistema unificado en sus distintos componentes. La Comisión podría también impulsar medidas que igualen de forma gradual los beneficios ofrecidos por cada institución proveedora de servicios de salud y, con ello, preparar el camino hacia un sistema de salud más justo y eficiente.

Estas son algunas de las principales recomendaciones del estudio. Los invito a leerlo con cuidado, a enfocarse en los desafíos pero también en las recomendaciones constructivas. Este ha sido un esfuerzo que hemos hecho con el apoyo de las instituciones de salud mexicanas.

- CHILE

El [sistema de salud](#) chileno está regido por leyes de la República, siendo el [Ministerio de Salud](#) la entidad central encargada de supervisar el cumplimiento de estas. El [Sistema Nacional de Servicios de Salud](#) (SNSS), comprende al propio Ministerio así como a sus organismos dependientes: el Fondo Nacional de Salud ([Fonasa](#)), la [Superintendencia de Salud](#), el [Instituto de Salud Pública de Chile](#), la [Central Nacional de Abastecimiento](#) (CENABAST) y la Secretaría Regional Ministerial de Salud, que incluyó como institución al Servicio Metropolitano de Salud del Ambiente (SESMA).

La atención de salud de las personas chilenas está a cargo de un sistema público y privado. FONASA es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud. El sector privado está representado por las [ISAPRE](#) (Instituciones de Salud Previsional) o aseguradoras de salud.

Además del SNSS, existen otras instituciones del sector público que cuentan con sistemas propios de salud que atienden a su personal y cargas familiares como las Fuerzas Armadas y Carabineros.

Aparte de los organismos anteriores existe la [CONAMA](#) (Comisión Nacional del medio Ambiente) cuyas funciones más relevantes son informar sobre el cumplimiento y aplicación de la normativa ambiental, como proponer y promover las políticas relacionadas con estas materias.

Estructura del sistema de salud pública

La [organización de los establecimientos de salud en Chile](#) consta básicamente de servicios de atención primaria, secundaria y terciaria.

En 2002, Chile gastó alrededor del 5.8% del PIB en promoción y atención en salud, del cual el 3% aproximadamente correspondió a gasto público que atiende a aproximadamente el 70% de la población, y el 2,8% a gasto privado. Para el año 2007 el gasto en salud subió al 6.9% del PIB y al 8.2% el 2009. Del gasto público cerca de la mitad fue financiado por las cotizaciones de los trabajadores afiliados a Fonasa y la otra mitad directamente por el fisco. Del gasto privado, la mitad aproximadamente provino de planes de salud privados pagados previamente y la otra mitad de desembolso directo del usuario. En 2013, Chile fue calificado como el primer país de [Latinoamérica](#) y decimotercero del mundo en el uso eficiente de recursos en salud.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

La Red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

En aquellas regiones que tengan más de un Servicio existirá un Consejo de Coordinación de Redes Regionales integrado por los Directores de los respectivos Servicios, que será presidido directamente por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe. Su funcionamiento se regirá por las normas e instrucciones que éste imparta al respecto. Su función será diseñar, proponer y evaluar mecanismos de coordinación e integración técnica y administrativa de la Red Asistencial regional en lo referido al desarrollo de los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos integrantes de la Red, así como de los sistemas de comunicación, referencia, derivación y contraderivación de pacientes y las demás materias que sean necesarias para la adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos.

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y en el Reglamento de los Servicios de Salud (decreto 140 de 2004), éstos tienen las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud.

A los Servicios de Salud les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento,

protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

En lo que se refiere a su funcionamiento, se someterán a la supervigilancia del Ministerio de Salud y deberán cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.

- COLOMBIA

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema [Seguridad social de Colombia](#) regulado por el [gobierno nacional](#), por intermedio del [Ministerio de la Salud y Protección Social \(Colombia\)](#) y del [Ministerio de Trabajo](#), bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. Es un sistema basado en oferta y demanda, que tiene como principal objetivo la sostenibilidad financiera de los capitales privados que se invierten en él, enfrentando la salud de la población a un mercado de prestación de servicios, de esta forma la salud de sus afiliados en tan solo un efecto colateral y no el objetivo del sistema de salud Colombiano. Así pues se necesita más inversión por parte del estado para subsanar la grave situación que afronta el sistema.

Actualmente las empresas privadas encargadas de administrar el sistema de salud de Colombia se encuentran entre las más rentables, mientras que la salud de la población va en franca desmejora. El sistema general de [seguridad social de Colombia](#) integral vigente en [Colombia](#) está reglamentado por la Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993.¹ Colombia para el año [2000](#) se encontraba en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de [salud](#) según un informe de la [Organización Mundial de la Salud](#).

Estructura del Sistema

El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes:

El estado (Ciudadano) que actúa como Usuario-Beneficiario del sistema y cumple deberes y responsabilidades acordes con las reglas y principios del SGSSS.

El estado (Gobierno): actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El [Ministerio de la Salud y Protección Social \(Colombia\)](#), la [Comisión de Regulación en Salud](#) (CRES) que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la [Superintendencia Nacional de Salud](#) que vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de [prima](#) anual denominada *Unidad de Pago por Capitalización -UPC-*. Son las [entidades promotoras de salud](#) (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).

Los prestadores: son las [instituciones prestadoras de salud](#) (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeras/os, etc.) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

Comisión de Regulación en Salud (CRES)

Este organismo, creado mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud. Era una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco comisionados expertos elegidos por el presidente de la república. Esta Comisión fue liquidada en diciembre de 2012 y sus funciones y competencias fueron asumidas por el Ministerio de Salud y protección Social.

La superintendencia Nacional de Salud

Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del [IVA](#) cedido al sector salud entre otros.

Para poder acceder a los beneficios de la seguridad social colombiana es obligatorio vincularse a una empresa entidad promotora de salud (EPS), administradora de riesgos laborales (ARL) y voluntariamente un fondo de pensiones (AFP) por medio de una afiliación.

Entidades aseguradoras

En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales son:

- [Entidades promotoras de salud](#) (EPS): su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS ([Plan Obligatorio de Salud](#)) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del [régimen contributivo](#) y el de [régimen subsidiado](#), en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes

en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, etc). La Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como empresas promotoras de salud (EPS) basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cubrimiento. Las EPS deben garantizar a sus afiliados el POS y para cumplir con esa obligación deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS.

- [Administradoras de riesgos Laborales](#) (ARL): son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARL. El valor total del aporte le corresponde al empleador. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así como el pago de los días de incapacidad. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARL.

Instituciones prestadoras de servicios

Las [Instituciones prestadoras de servicios](#) (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.

Niveles de complejidad

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con

atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

Financiación del Sistema

Atención de enfermedad común y accidentes no laborales

Para atención de lo relacionado con **enfermedad general y, con riesgos no laborales** el gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por el [Fondo de Solidaridad y Garantía](#) (FOSYGA) creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social. A continuación se hace referencia a cada una de las subcuentas que tiene el FOSYGA:

- **Subcuenta ECAT:** Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. El SOAT cubre, la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente hasta completar un monto de 800 salarios mínimos legales vigentes, si la atención del paciente sobrepasa éste monto el sobrecosto estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar un formulario para éste tipo de accidentes el cual debe anexarse junto con la copia del SOAT para el respectivo cobro al FOSYGA.
- **Subcuenta compensación:** Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC (Unidad de pago por capitación), es decir la [CRES](#) fija una tarifa fija para la UPC la cual se reconoce por un usuario afiliado, de ésta forma el FOSYGA con recursos de ésta cuenta gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no.
- **Subcuenta solidaridad:** Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado (una parte <1,5 de la cotización a EPS> es aportada por todas las personas afiliadas al régimen contributivo). Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC a las EPS del Régimen subsidiado. Entre más recursos obtenga ésta

cuenta se aumentará la cobertura y universalidad logrando afiliar a la mayor población pobre y vulnerable en el régimen subsidiado.

- **Subcuenta promoción:** Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB.

En los regímenes exceptuados del Sistema General como son los de las Fuerzas Armadas, Fondo Nacional del Magisterio, Ecopetrol y universidades, la financiación no es provista por el Fosyga sino por fondos específicos de cada régimen exceptuado, aunque estos deben aportar recursos para la subcuenta de solidaridad con que se financia el Régimen Subsidiado del Sistema General.

Plan Obligatorio de Salud (POS)

El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad. La definición del POS estaba a cargo de la [Comisión de Regulación en Salud](#) (CRES) hasta diciembre de 2012 cuando dicha entidad fue liquidada y sus funciones fueron asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

También denominado Plan Nacional de Salud Pública. La Ley 100, a diferencia de la anterior legislación, contempla un cambio de visión en salud, en donde, atendiendo a la política mundial de Atención Primaria enfoca el manejo de las comunidades desde una perspectiva preventiva y se crea el Plan de Atención básica (PAB) como la política de Salud Pública que reúne un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad el cual se encuentra consignado mediante la resolución 4288 de noviembre de 1996. Este conjunto de actividades se realizan para toda la población de manera gratuita y no está sujeto a ningún tipo de afiliación en salud.

Las actividades de vigilancia en salud pública van encaminadas a la prevención de enfermedades de interés en salud pública como [VIH](#), [meningitis bacteriana](#), [tuberculosis](#), [cólera](#), [rabia](#), [hepatitis B](#), [C](#) y [D](#), [fiebre reumática](#), [lepra](#) y [enfermedades de transmisión sexual](#), investigación y control de brotes, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos fluviales, marítimos, aéreos y terrestres.

Acciones de prevención: vacunación según el esquema único nacional del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes en población de 5 a 14 años, planificación

familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvico uterina en mujeres de 25 a 65 años y examen físico de mama en mujeres mayores de 35 años.

Este plan, por medio el Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, fue estructurado por el Ministerio de la Protección Social y actualmente se denomina Plan Nacional de Salud Pública y al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años este Plan.

El Plan tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población, incluyendo:

- Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
- Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

Propósitos

- Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
- Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
- Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

Críticas y dificultades del sistema

La intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de críticas y denuncias permanentes, que las califican de costosas, ineficientes y de constituir en barrera de acceso entre el usuario y los médicos o los hospitales.

Algunas EPS han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar con el fallecimiento de la persona sin recibir la atención necesaria, lo que se le llama popularmente en Colombia como el "paseo de la muerte".

El plan de beneficios, sobre todo el definido hasta el 2009, era confuso. Impreciso y con limitaciones que han causado que los usuarios tengan que acudir ante los estrados judiciales para demandar tutela de su derecho a la salud y de acceso a los servicios de salud, lo cual ha causado congestión en estas instancias obligando a la Corte Constitucional a expedir un fallo (Sentencia T-760 de julio de 2008) conminando al gobierno a solucionar los problemas del sistema.

En un análisis publicado en el 2009, titulado "Diez años de la expansión del aseguramiento en salud en Colombia" financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, los expertos que lo hicieron concluyen que:

"La composición del financiamiento en Colombia se asemeja actualmente a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); el gasto público, que incluye seguridad social, representa más del 80% del gasto total en salud, mientras que la proporción de desembolsos directos es una de las más bajas mundo. Los resultados ratifican que, gracias a las reformas, los subsidios del gobierno con destino a la salud sean el subsidio público más eficiente del país. Los subsidios también han tenido un importante efecto redistributivo. A pesar de estos importantes logros, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible."

"A pesar de los resultados alentadores, queda mucho por hacer y mejorar. Diez años después de la reforma, el 15% de la población aún carece de seguro; los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado aún difieren. Hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. Es preciso fortalecer la función de supervisión; la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo. Sin embargo, el sistema de salud colombiano experimentó cambios radicales que han redundado en beneficio de la salud de la población del país."

En 2011 el gobierno denuncia fraudes en el Sistema relacionados con pagos por prestaciones de servicios no cubiertos en el POS y ordenados por fallos judiciales para ser financiados por el Fosyga y la existencia de una red de corrupción alrededor de los recobros de las EPS al Fosyga.

En 2013 el sistema presentó el más grande colapso debido a la corrupción y debido a la negativa de las EPS a prestar servicios reglamentarios; citas médicas, medicamentos, etc., y negar también el pago a hospitales públicos y privados a pesar de las demandas y [tutelas](#). Según los analistas, las EPS deben a los hospitales alrededor de 38 billones de pesos.

El gobierno del presidente [Juan Manuel Santos](#) propuso nueva ley para reglamentar el actual sistema de salud debido al colapso. No obstante, dicha reforma generó rechazo por parte de pacientes y médicos y no fue aprobada en el congreso.

El gobierno también presentó un proyecto de Ley de una Ley estatutaria del sector salud que si fue aprobada por el Congreso y declarada constitucional por la Corte Constitucional.

Bases teóricas de la Investigación

Una de las frases favoritas del Dr. W. Edwards Deming⁴ era: “Gestión es predicción”; significando con ello que cada decisión tomada encierra en cierto modo una predicción sobre el futuro. Una de las herramientas claves que los directivos emplean para el trabajo organizacional, es el llamado “Pensamiento sistémico”, el cual provee la capacidad de entender el entorno dinámico en el cual operan las organizaciones, la sociedad y los sistemas de salud externa e internamente.

Para gestionar las complejidades y problemas derivados del rápido ritmo de cambio, los gerentes necesitan absorber gran cantidad de información, a menudo más allá de su capacidad, y comprender la compleja red de interdependencias entre los elementos de los sistemas y los problemas que presentan, siguiendo el ritmo de situaciones en constante transformación. (Senge, 2010)

El pensamiento sistémico permite considerar a los sistemas en su totalidad, en lugar de elementos individuales, y representar la conducta de cada elemento en relación con el tiempo de los sistemas, en lugar de verla de manera estática. (Senge, 2010)

El pensamiento sistémico combina una variedad de métodos y técnicas procedentes de distintas disciplinas como los negocios, ciencias militares, la informática, la cibernética, la ingeniería y la psicología cognitiva; dotando a los gerentes de las herramientas necesarias para analizar, comprender e influir en el funcionamiento de los sistemas que están tratando de mejorar. (Lebci, 2006)

Aunque no hay una sola disciplina para el pensamiento sistémico, existen perspectivas y enfoques compartidos a través de dichos campos:

- Mayor atención a cómo el conocimiento es adquirido, administrado intercambiado, interpretado, integrado y difundido.
- Énfasis en un enfoque centrado en red que fomente la construcción de relaciones entre individuos y organizaciones a través de disciplinas y campos tradicionales con el fin de alcanzar metas y objetivos.
- Desarrollo de modelos y proyecciones, utilizando una variedad de enfoques analíticos (por ejemplo, ecuaciones diferenciales basadas en agentes de modelado, modelado de sistemas dinámicos) con el fin de mejorar la toma de decisiones estratégicas.
- Organización de sistemas con el fin de promover mejoras en las estructuras y funciones organizativas.

4

De acuerdo con esta perspectiva de los sistemas, se puede describir a la investigación transdisciplinaria como el proceso profesional en el que los miembros del equipo que representan diferentes áreas trabajan juntos durante largos períodos para desarrollar y compartir marcos conceptuales y metodológicos que no sólo integren sino que superen sus respectivas perspectivas disciplinarias. (Leischow, 2008)

El pensamiento sistémico es una de las herramientas que las teorías gerenciales han aportado al área de la salud. Sin embargo existe una corriente de pensamiento opuesta a la adopción por parte de la gerencia hospitalaria de los conceptos y aplicaciones propios del área corporativa. ¿Sería posible generar estrategias que incluyan los avances y el estado del arte en el área organizacional, considerando la misión de la praxis médica en cuanto a sus especificidades e implicaciones éticas de la responsabilidad humanística y social?

Incluso hasta los más acérrimos opositores a la adopción de teorías de negocios por parte de las organizaciones de salud, consideran positivo el que los gerentes de salud revisen lo concerniente a las organizaciones empresariales, y aquellos elementos del área tales como la contabilidad analítica de negocios y la productividad de los sistemas, las cuales se han incorporado con éxito al área de la gestión de salud.

A todas luces es posible pensar que el problema no es la aplicación de teorías provenientes de tal o cuál área, sino los elementos a considerar en las mismas. Tal manera de pensar sugiere que al aplicar la teoría, sea cual fuere su proveniencia, no se obvian los factores humanísticos y de responsabilidad social implícitos en la praxis médica.

Autores como Peter Drucker, señalan que los hospitales son mucho más que una simple organización, y que conforman una de las estructuras humanas más complejas que se han tratado de gerenciar (Carayon, 2011)

El tratamiento de condiciones médicas es un proceso complejo que involucra una serie de personas con diferentes áreas de especialización (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, nutricionistas, contadores, ingenieros y terapeutas), y su eje central lo conforman las prácticas profesionales que componen el servicio. Para coordinar eficazmente las acciones de estos individuos, es necesario establecer mecanismos eficientes de coordinación, dirección y control.

La complejidad organizativa, informática y técnica hospitalaria ha creado dimensiones gerenciales particulares, que exceden las de cualquier otro tipo de organización.

La dirección hospitalaria, estructuralmente compleja de por sí, se complica aún más por el desafío que significa el racionalizar las demandas en cuanto a la competencia de sus feudos, sin ceder el control sobre la organización en conjunto. Generalmente cada trabajador de la salud tiende a defender su espacio, recursos y áreas de conocimiento, las cuales al ser altamente especializadas, hacen de la “sustitución” o del “enroque” opciones prácticamente inviables.

Los retos a los que se enfrentan las organizaciones, afectan cada una de sus partes, desde la migración del personal médico, hasta el proceso de comercialización. Por ejemplo, veinte años atrás, las decisiones de ir o no a un centro clínico en particular, recaían sobre los profesionales y sus pacientes, cuando en la actualidad, éstas son determinadas por las aseguradoras y las corporaciones, muchas veces en detrimento del paciente.

Por otra parte, los pacientes están mucho más informados y tienen muchas más expectativas sobre el servicio. Cuando pueden tienden a seleccionar la atención médica de acuerdo al precio.

Los cambios en el sector lo hacen todavía más complejo; y con este aumento de complejidad viene una creciente incertidumbre. En medio de este entorno, las organizaciones deben administrarse con eficiencia para poder efectuar su trabajo, sobrevivir y competir.

Afortunadamente, hay maneras de alcanzar estos objetivos, y el Pensamiento sistémico que se utilice durante estos tiempos de incertidumbre y cambios rápidos, influirá significativamente en la capacidad de cada organización para hacerlo.

Mientras que los sistemas de salud son complejos e incluyen muchos elementos relacionados entre sí, las reglas, la heurística, la gerencia y la toma de decisiones, resultan generalmente demasiado simplistas para hacer frente a la complejidad de los mismos. El resultado es que las decisiones bien intencionadas, que tienen como objetivo mejorar el rendimiento, producen resultados diametralmente opuestos, un síndrome conocido como "resistencia política". (Lebci, 2006)

Un remedio para este síndrome consiste en cambiar la forma como se elaboran, formulan y analizan metodológicamente los problemas planteados. Hay una necesidad crucial de aplicar un enfoque holístico, que no sólo se concentre en el análisis de una parte del sistema, sino que incorpore además los subsistemas y sus interconexiones. Es necesario pues, una acción aislada adoptada en una parte del sistema, puede alterar el equilibrio actual del todo y hacer que los demás subsistemas resistan cualquier intervención. Para ello, se recomiendan las aplicaciones de las herramientas que aporta el pensamiento sistémico (Lebci, 2006) dentro del cual se encuentran la teoría relativa a la gerencia del conocimiento y la teoría de la complejidad. Las cuales han estado sujetas durante años a un intenso escrutinio, y algunos autores incluso han llegado a relacionarlas, estableciendo vinculaciones teóricas con nuevas aplicaciones en el área gerencial, un enfoque que ha sido aplicado con éxito por muchas organizaciones, en su intento de adaptarse al siempre cambiante entorno.

En este apartado exploraremos, en cuanto a sus aplicaciones en el área de la gerencia de salud, las teorías de sistemas y de la complejidad, centrándonos en los sistemas complejos adaptativos, y la intersección entre las tres, a partir de los autores que las han desarrollado.

Las investigaciones muestran cómo los cambios se aceleran y aumentan exponencialmente, en gran medida impulsados por las innovaciones, cuyo impacto en la economía es determinante al afectar a las diferentes industrias y sectores. En algunos mercados la tasa de cambio ha aumentado al grado, que los ciclos de vida del producto se calculan en términos de semanas o meses en lugar de años.

Con la aceleración del cambio, la reducción en el ciclo de vida de los productos, la creciente competencia, las cantidades abrumadoras de información que debe manejarse cotidianamente y la creciente demanda por una mayor calidad y productividad, la presión por encontrar nuevas maneras de gerenciar las empresas es importante.

La complejidad organizacional afecta principalmente a quienes toman las decisiones, significando el fin para aquellos servicios que no se adaptan. Implica incertidumbre y a mayor incertidumbre disminuye el número de administradores y gerentes capaces de convivir con ella.

La salud es un derecho humano básico y de tomar en cuenta la definición de la OMS (1948), la atención de salud debe proporcionar servicios más allá de la atención curativa *per se*. Sin embargo, el objetivo principal de cualquier sistema de salud se ha mantenido como siempre: proporcionar oportunamente atención de calidad a aquellos que la necesitan. Entretanto muchas de sus estructuras permanecen arcaicas. La responsabilidad de diseñar un nuevo marco de trabajo, actualizar las normas y redefinir los objetivos, recae en quienes toman las decisiones y establecen las políticas de salud.

Las organizaciones de salud no tendrían éxito, si no logran entregar sus productos o servicios en el momento adecuado y en el lugar correcto de forma sostenida. Para ello, deben ser capaces de renovarse constantemente a fin de adaptarse al mercado en el que operan y compiten.

En medio de los cambios y como resultado de la complejidad, la sociedad ha evolucionado hasta convertirse en una “sociedad del conocimiento”. Para adaptarse a ella, las organizaciones de salud deben adoptar la innovación como una praxis cotidiana a través del aprendizaje constante, el desarrollo tecnológico, la creación de nuevos productos, la mejora en sus procesos y servicios, y la definición de estrategias.

Pensamientos gerenciales contemporáneos utilizados en el estudio de los servicios de la salud

El pensamiento sistémico y la teoría de la complejidad son dos teorías más importantes desarrollados para intentar comprender el funcionamiento de las organizaciones prestatarias de salud. Ambas teorías señalan cambios fundamentales en la forma de pensar acerca de los negocios y la toma de decisiones. Ambos rechazan la noción de la toma de decisiones lineal y reemplazan los conceptos reduccionistas con ideas basadas en una visión del entorno empresarial hacia el enfoque holístico del sistema. (Donald, 2010)

El Pensamiento sistémico para el estudio de la salud

El pensamiento sistémico representa una visión diferente del mundo más allá del reduccionismo. La gerencia de salud, desde la perspectiva de la teoría de sistemas, permite una visión holística de cada organismo en el marco de los cambios drásticos que se generan en sus respectivos entornos, donde las variables determinantes (demanda, inversión en salud, regulación/desregulación) también experimentan constantes cambios.

Un sistema se define como un conjunto organizado de componentes donde cada uno contribuye al comportamiento singular del mismo, y todos son interdependientes. Grupos de componentes pueden formar subsistemas y el sistema entero es afectado si uno de ellos cambia o se elimina. Además, el sistema tiene un entorno con el que intercambia entradas y salidas, y su autonomía es incontrolable externamente.

Otra definición que aplica es la expuesta por KambizMaani y Robert Cavana en su: “Campo de conocimientos científicos para comprender el cambio y la complejidad a través del estudio de la causa y el efecto dinámico en el tiempo”. (Maani, 2007) Aunque hay muchas concepciones diferentes provenientes de numerosos teóricos, los autores mencionados sugieren siete principios universales del pensamiento sistémico:

- Visión completa. Todos los problemas planteados están relacionados con fuerzas mayores e interacciones. Esta visión integral permite el dominio del problema sistémico, en lugar de un dominio reduccionista y funcional, lo cual tiene beneficios para la resolución de problemas complejos. (Maani, 2007)
- Visión a corto y largo plazo. El pensamiento sistémico incorpora el pensamiento de "supervivencia", propio del corto plazo, considerando las implicaciones que a largo plazo puedan tener las acciones. Mientras que éstas a corto plazo son importantes, especialmente en tiempos de crisis, el efecto acumulativo de las mismas tienen impacto a largo plazo.
- Medición del desempeño. El estudio de sistemas implica consideraciones que van más allá de los indicadores claves de rendimiento y los factores críticos para medir el éxito. Deben considerarse otros factores que aunque pequeños, con el tiempo pueden tener un enorme peso.
- El sistema como causa. Principio que se refiere a la índole de los problemas y soluciones. En él se establece que las creencias y suposiciones sobre la naturaleza de los problemas, muchas veces contribuyen a éstos. Por lo cual para resolver los problemas, muchas veces deben clarificarse las creencias y supuestos relacionados a fin de comprender a plenitud lo que las personas perciben.
- Tiempo y espacio. En el pensamiento sistémico, las acciones efectuadas en el presente pueden tener efectos y consecuencias impredecibles en el futuro. En cuanto al abordaje del problema, pensar en causa y efecto de manera lineal es un error.
- Causas Vs síntomas. La forma actual de pensar acerca de la resolución de problemas a menudo termina con la errónea identificación de un síntoma como problema y no del problema en sí mismo.

- Múltiples soluciones para cualquier problema. Antípoda al aprendizaje impuesto por la cultura occidental, la cual se identifica con la oposición binaria y el pensamiento excluyente, tipo “lo uno o lo otro”, que polariza las decisiones como correctas o incorrectas.
- Bajo una perspectiva sistémica se ve la organización como un sistema de piezas complejas interrelacionadas, a las que se añade valor a través de interacciones entre las partes.

Componentes

Los ingredientes fundamentales de un sistema son los agentes participantes, las relaciones entre los mismos, el comportamiento o las actividades o el proceso de transformación del sistema, su entorno, los insumos del medio ambiente, las salidas hacia el medio ambiente, y el especial interés del observador.

Agentes

Los Sistemas Complejos Adaptativos SCA se componen de elementos activos llamados agentes, o "agentes adaptativos", los cuales pueden ser individuos, grupos o coaliciones de grupos. También se pueden agrupar, en lo que se llama “metaagentes”, que representan la disposición jerárquica de los niveles de los agentes. La capacidad de los SCA para acomodarse y formar patrones jerárquicos es importante desde el punto de vista de la adaptación y la evolución, por dos razones: una es que debido a la estructura jerárquica de los sistemas y sus sub-sistemas, los cuales funcionan de manera independiente; la otra es que por su relativa independencia jerárquica los sistemas evolucionan organizacionalmente a través de la auto-adaptación, en lugar del control, lo que implica una evolución más rápida.(Sage, 2009)

El comportamiento de los agentes está dictada por un esquema (un conjunto de reglas) que representan una estructura cognitiva que determinará las acciones que el agente tomará como respuesta a la evaluación que haga de su entorno. Tal esquema puede evolucionar con el tiempo, y los diferentes agentes pueden o no pueden comportarse del mismo modo ante el mismo esquema. Los esquemas están compuestos por reglas o conjuntos de reglas están limitados por el raciocinio, por lo que también se les llama “esquemas interpretativos”.(Helbing, 2011)

El estudio de los sistemas complejos adaptativos se basa en la imprevisibilidad de las acciones de los agentes individuales y la interconexión existente entre éstos. Como sus agentes pueden ser parte de varios sistemas simultáneamente o cambiar su composición, son difusos en vez de rígidos, y sus acciones son impulsadas por reglas interiorizadas, tales como instintos o modelos, pero no tienen que ser compartidas por otros agentes. (Rouse, 2008)



Ilustración 1: Agentes de un sistema de salud

Es razonable suponer que cada agente tiene la intención de servir sus propios intereses, pero también de ofrecer algo en retorno. También habrá conflictos de intereses entre ellos, todo lo cual debe considerarse en el análisis del sistema.

Interacción y Gestión de la Complejidad

En este primer acercamiento teórico no se intenta desglosar, todo lo que encierra la teoría de la complejidad, ni la de los Sistemas Complejos Adaptativos, sino aquellos temas relativos a sus aplicaciones en la gerencia de la salud, reuniéndolas en dos grandes grupos:

- Las organizaciones de salud como sistemas complejos adaptativos.
- La complejidad y las organizaciones.

Las organizaciones maduras pueden gestionar el diseño, desarrollo, fabricación y logística de sus productos y servicios. Pocas pueden gestionar las economías, mercados, competidores, usuarios finales o a los pacientes. En pocas palabras, porque es imposible controlar el estado de la salud, la educación, o las preferencias de quienes buscan la atención de salud, no se puede asumir que sea posible manejar un sistema tan complejo. En consecuencia, el diseño debe centrarse en gestionar la complejidad, proporcionando formas de supervisar e influir en el estado del sistema, su rendimiento, y las partes interesadas. (Rouse, 2008)

Esta estrategia puede ser facilitada por el diseño de organizaciones ágiles capaces de tomar decisiones adecuadas para redistribuir los recursos necesarios para enfrentar oportunidades y problemas. Para garantizar la agilidad comercial, se requiere de la optimización necesaria para generar empresas flexibles, con recursos flexibles que puedan responder a las contingencias, por ejemplo la necesidad de disminuir costos, conlleva una tendencia a fragilizar las organizaciones.

Relaciones, comportamiento y entorno. La matriz Glouberman / Mintzberg o matriz de las 4 “C”

Los autores conceptualizaron los diferentes objetivos de los sistemas de salud de una manera multidimensional, en una matriz formada por cuatro elementos, cada uno iniciado por la letra “C”: cura, cuidado, control, y comunidad.

La visión multidimensional aplicada al cuidado de la salud promueve mejores resultados en cuanto la práctica médica al interconectar las diferentes partes de un sistema de salud. En el cuidado de la salud, las decisiones se toman por una diversidad de gente, cada una con objetivos e intereses contrapuestos. La matriz de Glouberman y Mintzberg permite explicar gráficamente estas interacciones y cómo afectan la gerencia de salud.

Glouberman y Mintzberg identifican cuatro grupos de gestión diferentes (denominados cuatro mundos) en el hospital, como se ilustra en Ilustración 2: Los cuatro mundos del hospital general. Los médicos y enfermeras gestionan en los cuadrantes inferiores en las operaciones clínicas, debido a su enfoque es hacia la atención al paciente. Los gestores y los administradores gestionan en los cuadrantes superiores, debido a que controlan los fondos y las finanzas de la institución. Además, los empleados (gerentes y personal de enfermería) gestionan gestión desde adentro, mientras que los médicos y los administradores administran desde afuera del hospital, ya que no son técnicamente empleados y por lo tanto mantienen cierta independencia de la autoridad formal.

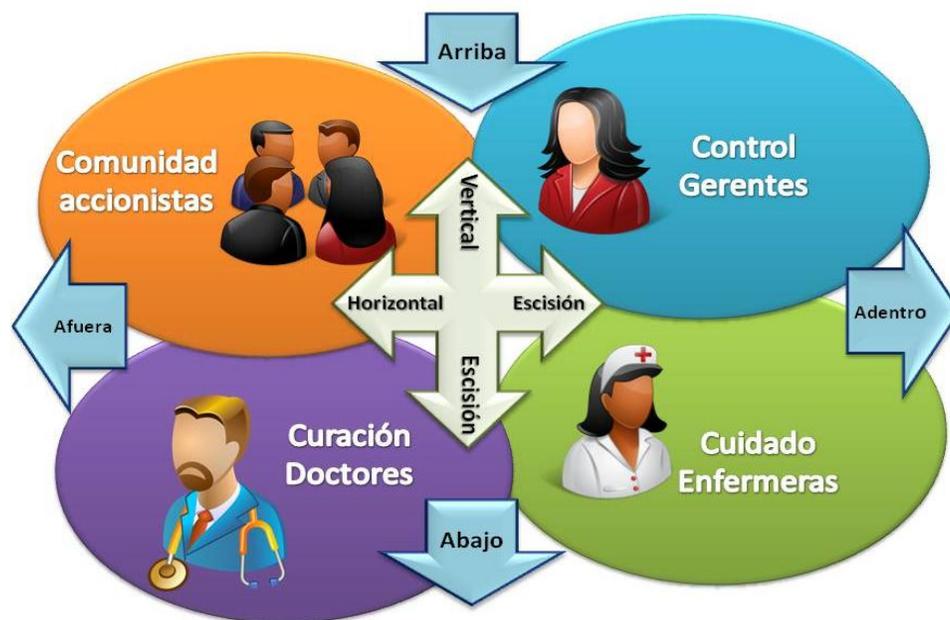


Ilustración 2: Los cuatro mundos del hospital general

Fuente: Adaptación propia del esquema de Guntert (2008)

También en su análisis destacan las diferencias entre el servicio y el lugar donde se practica.

De acuerdo con la Ilustración 2: Los cuatro mundos del hospital general, el cuadrante inferior izquierdo simboliza el mundo de la curación, que se caracteriza por impersonales, cortas e intensivas, intervenciones médicas.

El cuadrante inferior derecho constituye el mundo del cuidado. Este es el mundo representado por las enfermeras, los proveedores que trabajan directamente para el hospital bajo un salario cuyo pago es el componente más importante del presupuesto operativo. Ellos trabajan bajo su propia jerarquía de gestión interna y tienen una relación directa con los pacientes.

Los gerentes representan el control. Son empleados por el hospital y no participan directamente en las operaciones clínicas, pero son responsables de su control.

El mundo de la comunidad, representado formalmente por los administradores o Consejo de Administración, a menudo se compone de miembros de la comunidad. La Junta es responsable de establecer la política del hospital y el nombramiento de los altos directivos. Sin embargo, son quienes generalmente saben menos sobre el área clínica, ya que ni trabajan para la institución ni proporcionan servicios médicos.

En este ambiente fracturado, los médicos y enfermeras forman lo que se llama la "Coalición clínica." La cual tiene por objeto la atención de los pacientes y por lo general actúan como un frente común para la defensa de los pacientes contra los directores y los gerentes. Por su parte, las enfermeras, los directivos y los gerentes forman la "Coalición de información privilegiada", ya que ellos son los que realmente trabajan para el hospital y tiene intereses sobre el funcionamiento cotidiano de la organización. Dicha coalición actúan contra los de afuera (los médicos y administradores) para preservar el hospital y sus puestos de trabajo.

Los directivos y el Consejo de Administración forman la "Coalición de contención". La cual se establece debido a su preocupación por las restricciones presupuestarias. Por último, la Junta y los médicos constituyen la "Coalición del prestigio." Debido a que comparten el status de ser independientes de la institución, y, sin embargo, integran la superioridad de su orden jerárquico.

A diferencia de cualquier empresa del sector privado, nadie está realmente a cargo de un hospital. Los directivos toman decisiones en cuanto la asignación de recursos, pero los médicos son los que deciden lo que el hospital hace con esos recursos. Una división horizontal divide a los trabajadores de los directivos y hay poca cooperación entre ambos. Tanto los médicos como los gerentes tienden a recurrir a las enfermeras para la coordinación y resolución de conflictos, y las enfermeras terminan siendo los directores de hospital. Lo cual las coloca en una situación incómoda, ya que no tienen la autoridad para administrarlo realmente.



Ilustración 3: Los Cuatro Mundos de un Sistema de Salud.

Fuente: Adaptación propia del esquema de Guntert (2008)

El hospital en sí mismo representa la curación, al cual los pacientes se dirigen cuando están realmente enfermos, y son descargados rápidamente a la comunidad (cuidado en el hogar, médico de familia) donde reciben cuidados básicos a largo plazo. El hospital está lejos del control directo del público y es controlado por organismos gubernamentales o compañías de seguros, que aunque no ejercen ningún tipo de atención directa, son responsables de su financiamiento. Finalmente, los políticos y grupos de apoyo, como los fideicomisarios en el modelo del hospital general, tratan de influir en el sistema sin participar directamente en la financiación o la atención.

En la medida en que estos cuatro mundos permanezcan desconectados, el sistema actuará de manera disfuncional y su capacidad para la satisfacer las necesidades reales de la población que atiende se verá disminuida. Generalmente las intervenciones de mejoramiento en la forma de reingenierías o reorganizaciones afectan solo uno de los cuatro mundos.

La complejidad y las organizaciones de salud

El pensamiento sistémico proporciona las bases para pensar sobre los sistemas y la interacción entre sus componentes, de diferentes maneras. Una forma de hacerlo es mediante la visualización de los sistemas particulares como organismos complejos y adaptativos. Estos sistemas, como tales fueron concebidos originalmente en las ciencias, como una manera de comprender los sistemas biológicos que resultaban inexplicables a través del reduccionismo; se componen de muchos agentes individuales que actúan en paralelo, similar a un banco de peces. Estos agentes continuamente se barajan y reestructuran, de acuerdo con su interpretación del contexto en que operan, pudiendo

identificar patrones y adaptándose con facilidad a las condiciones cambiantes, similarmente a las migraciones de pájaros. Si bien hay muchas y variadas concepciones de lo que constituye un sistema adaptativo complejo, Richard, T. Pascale citado por Donald, identifica cuatro principios básicos fundamentales: variedad requerida, auto-organización, complejidad emergente, movimiento hacia el borde del caos, y fragilidad. (Donald, 2010)

Por ende, la teoría de la complejidad trabaja sobre la idea de que un sistema es mucho más que solamente el ensamblaje de varias partes.

Podemos catalogar a un sistema como complejo, cuando sus muchas entidades interactúan de manera no lineal, generando cambios continuos y discontinuos comportamientos inesperados, imprevisibles y paradójicos, y resultados impredecibles. Generalmente, los sistemas complejos se entienden como opuestos a aquellos simples y lineales.

La ciencia de la Complejidad, ofrece nuevas formas de pensar sobre los tratamientos de pacientes en la práctica clínica, el liderazgo, el entorno empresarial y, a mayor escala, todo el sistema sanitario.

Dirk Helbing and Stefano Balietti del Santa Fe Institute, identifican cuando un sistema puede considerarse Complejo Adaptativo (Helbing, 2011):

- Tienen varios estados de estacionales (fenómeno conocido como multi-estabilidad) y el resultado dependerá de las historias previas, como por ejemplo el tamaño de dichas perturbaciones, el "estado inicial", etc. Tales estados, producen un efecto catalogado como "histéresis")
- Pueden estar también "fuera de equilibrio" y se comportan de maneras no estacionarias.
- Pueden "auto-organizarse", mostrando oscilaciones periódicas o no periódicas.
- Pueden presentar patrones de comportamiento "caóticos" o "turbulentos", en cuanto a la formación de patrones espacio-temporales, (por ejemplo, olas que vienen y van en los flujos de tráfico).
- A menudo son robustos en cuanto a pequeñas perturbaciones, es decir, presentan estados de relajamiento posteriores a comportamientos previos, lo cual se denomina "atractores estables", (*stable attractor*); por consecuencia a menudo se resisten a los intentos de manipulación o control externo, sin embargo, en los llamados "puntos críticos", pequeñas influencias pueden causar inesperados y repentinos "cambios sistémicos" o fases de transición, después de las cuales, el sistema se comportará de una manera muy diferente.
- En general, pueden mostrar propiedades nuevas y emergentes, imposibles de entender solamente a partir de las propiedades de los elementos propios del sistema ("el sistema es más que la simple suma de sus partes").
- Las correlaciones pueden determinar la dinámica del sistema, y obviarlas genera conclusiones equivocadas.

- Debido a un fenómeno llamado "criticidad auto-organizada", durante los cambios sistémicos (las llamadas "transiciones de fase") se producen efectos en cascada en todas las escalas, por lo que los factores locales pueden tener un efecto "global" ("fenómenos críticos").
- De acuerdo con una distribución normal, los "eventos extremos" pueden ocurrir con una probabilidad mucho más alta que la esperada, distribuyéndose de acuerdo con las "leyes de poder truncadas", o la "distribución de cola gorda". El sistema puede tener características como la reproducción, la innovación, el aprendizaje por refuerzo, y dinámicas relacionadas con las expectativas; y es capaz de presentar singularidades después de un tiempo finito. Muchas de las características anteriores son resultado de interacciones fuertes, reales o abstractas en el espacio, o de las interacciones de la red dentro del sistema.

Los conceptos proporcionados por los sistemas complejos, pueden ser utilizados para examinar los sistemas de salud, proporcionando una visión directa de los cambios organizativos y de comportamiento necesarios para acelerar el mejoramiento de la calidad. A través de ellos, se puede rastrear el origen de los problemas relacionados con la calidad y los errores médicos, al igual que los efectos de los ajustes o desajustes entre los flujos financieros y las complejidades que envuelve el tratamiento médico de cada paciente y la praxis clínica. (Rouse, 2008)

Los Sistemas y Organizaciones de Salud como Sistemas Complejos Adaptativos (SCA)

La Teoría de la complejidad es un vago conjunto de conceptos, heurística, y herramientas analíticas, que ofrece nuevas formas de pensar sobre los tratamientos de pacientes en la práctica clínica, el liderazgo, el entorno empresarial y, a mayor escala, todo el sistema sanitario.

Las herramientas ofrecidas por los Sistemas Complejos Adaptativos (SCA) permiten estudiar a las organizaciones o a los sistemas de salud de una manera más dinámica y por ende más realista que otras teorías, pues está basada en cómo sus agentes o actores interactúan entre sí; y cómo dichas interacciones pueden producir fenómenos emergentes. Entendiendo como fenómenos emergentes aquellos que incluso teniendo conocimiento y comprensión perfectos, son impredecibles, y en los que la manera óptima de acercarse a una posible predicción es a través de la simulación, generalmente computarizada. (Wolf, 2011)

Puede describirse un SCA como un agregado de agentes interactuantes que se comportan y evolucionan de acuerdo con tres principios fundamentales (Wolf, 2011):

- El orden es tan opuesto a emergente como predeterminado
- La historia del sistema es irreversible
- El futuro del sistema es imprevisible

Cuando los sistemas complejos interactúan con otros, se crean tensiones o paradojas lo cual mejora el comportamiento creativo, sorprendente y emergente, pero de ninguna manera implica incertidumbre o aleatoriedad. Por el contrario, los sistemas complejos adaptativos, a menudo demuestran un patrón que permite hacer afirmaciones generales sobre el sistema. Dicho de otro modo, a pesar de que tal vez no se conozca el punto exacto cuando alguna acción se producirá, es posible asegurar que ésta ocurrirá. Por último, un sentido de auto-organización es inherente a los sistemas complejos a través de simples normas aplicadas a nivel local.

La industria actual del cuidado de la salud es enormemente compleja, y enfrenta constantes cambios relacionales entre pacientes, médicos, hospitales, aseguradoras, empleadores, comunidades y gobiernos. Una combinación de factores, incluyendo el surgimiento de una competencia intensa, las dinámicas de consolidación, el aumento de las expectativas de consumidores más exigentes, sofisticados, e informados, aunado a una disminución de la presión de fondos públicos y privados, han generado un entorno cada vez más difícil para los hospitales y la cadena de valor de la salud.

Con costos de atención médica en continua escalada, a una mayor tasa que la inflación general, tema que resuena en todo el campo de la salud y que recibe cada vez mayor atención por parte de los políticos, la academia y la industria. Se reconoce la necesidad de mejorar la eficiencia de los procesos, e internacionalmente el sector salud experimenta una tremenda presión, no sólo para controlar el aumento de los costos, sino para mejorar la calidad de la atención prestada.

Características de los Sistemas Complejos Adaptativos (SCA)

Uno de los errores clásicos en cuanto al estudio y “rediseño” de los sistemas de salud, es el abordaje de sus problemas mediante la descomposición de sus partes, aplicando medidas aisladas para subsecuentemente recomponerlo integrando las soluciones diseñadas para cada elemento dentro del diseño global. Si bien, dicho enfoque conocido como descomposición jerárquica ha funcionado bien para el diseño de automóviles, carreteras, laptops, teléfonos celulares y sistemas de venta al por mayor desde cualquier parte del mundo, no funciona en lo que a la salud se refiere. (Rouse, 2008)

Incluso, se ha llegado a pensar que el éxito de un sistema depende de la capacidad de descomponer y recomponer sus elementos, y que lo más importante, es que alguien tenga la autoridad y los recursos para hacerlo.

Los sistemas complejos, como el de la salud, no siguen un orden lineal y por ende el estudio de sus problemas de gestión o su diseño no puede abordarse mediante la descomposición jerárquica, la cual resultaría en la pérdida de información importante acerca de las interacciones entre los fenómenos de interés. (Sage, 2009)

Un problema fundamental para el estudio de los SCA, es que nadie está “a cargo”, o tiene la autoridad ni los recursos para rediseñarlo. De hecho, los SCA, tienden a tener limitaciones per se en cuanto a su diseño y gestión.

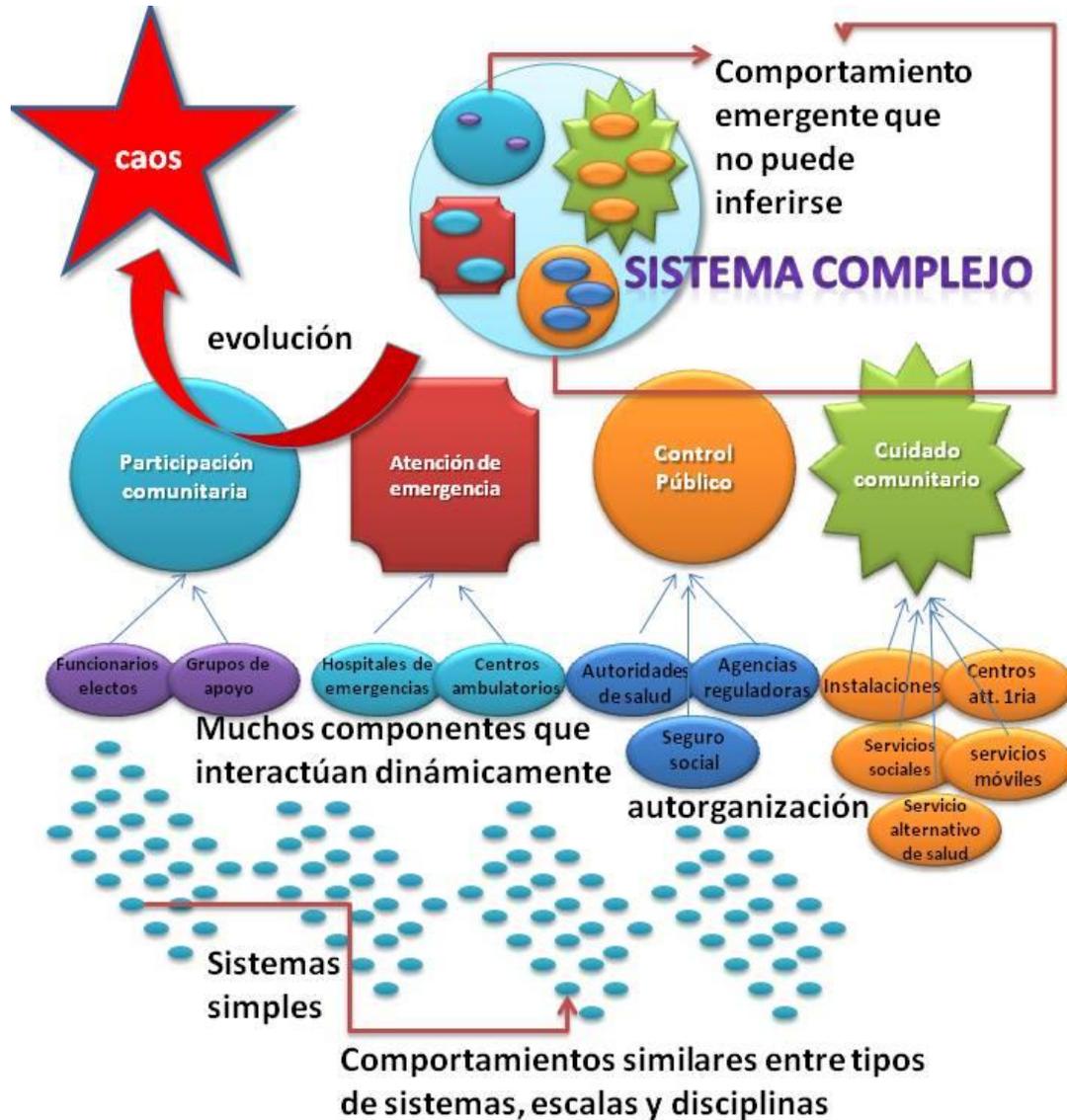


Ilustración 4: Características de los sistemas complejos.⁵

La propuesta actual es que los SCA requieren de un abordaje distinto, a fin de optimizar su desempeño. Y que en su estudio deben considerarse las relaciones entre sus partes, la dinámica de cada una, la cultura organizacional, y todos aquellos fenómenos emergentes, como por ejemplo el liderazgo, toma de decisiones o respuestas grupales ante estímulos específicos. (Wolf, 2011)

⁵Wolf, J. A. (2011). *Organization Development in Health Care: A Guide for Leaders*. (J. (. Wolf, Ed.) Charlotte, NC, USA: Information Age Publishing.

Los SCA se pueden definir en términos de las siguientes características (Rouse, 2008):

- Son no lineales y dinámicos, e intrínsecamente no alcanzan puntos de equilibrio fijos. Como resultado, sus comportamientos pueden parecer aleatorios o caóticos.
- Están compuestos por agentes independientes, cuyo comportamiento se basa en reglas físicas, psicológicas o sociales, en vez de demandas propias de la dinámica del sistema.
- Debido a las necesidades o deseos de los agentes, reflejados en sus reglas, no son homogéneos. Sus objetivos y comportamiento suelen estar en conflicto. Como respuesta a estos conflictos o competencias, los agentes tienden a adaptarse.
- Los agentes son inteligentes. A medida que experimentan y ganan experiencia, aprenden y cambian su comportamiento acorde a ello. En consecuencia el comportamiento general del sistema cambia inherentemente.
- La adaptación y el aprendizaje tienden a resultar en auto organización. Patrones de comportamiento emergen espontáneamente en lugar de ser diseñados. La naturaleza de los comportamientos emergentes puede ir desde las innovaciones valiosas hasta desafortunados accidentes.
- No existe un solo punto (s) de control. El funcionamiento del sistema es a menudo imprevisible e incontrolable, y ninguno de los entes participantes puede ser considerado el único "responsable" de lo que sucede. En consecuencia, el comportamiento de los SCA, generalmente puede ser más fácilmente "influenciado" que "controlado".

Antes de profundizar en estas características en el contexto de la atención de la salud, es útil reflexionar sobre las implicaciones de las mismas en los sistemas, donde no es posible dictar órdenes o imponer fuerza para cumplir con cánones específicos de comportamiento o rendimiento (según dictan los medios convencionales). Cada agente en este tipo de sistema es de por sí, lo suficientemente inteligente para jugar con el mismo, encontrar "soluciones", y de manera creativa a identificar la manera de servir sus propios intereses. (Tait, 2010)

Creación de Valor

Los recientes intentos de reformas de salud han tratado de disminuir los costos al mínimo (y que sea aceptado por la población usuaria) y seguir prestando el servicio. Según los planteamientos anteriores, lo que se debió haber hecho fue enfocar la reforma hacia la generación de mayor valor en el servicio. Valor se centra en los resultados (salidas), en vez de las entradas (costos).

El Valor se refiere a los beneficios de los resultados, en lugar de los resultados en sí mismos. Desde esta perspectiva, las mejoras en cuanto a la productividad y calidad que guarden relación con la consecución de los objetivos de salud, no son y no deben ser vistos simplemente como la ausencia de la enfermedad. En un mundo basado en el conocimiento,

los activos intelectuales son fundamentales para la competitividad global y el crecimiento económico.

Por último, el valor implica resultados relevantes, y útiles, los cuales requieren que las partes interesadas entiendan y aprecien la filosofía de la gestión y sus implicaciones. En un Sistema Complejo Adaptativo, la falta de comprensión y / o apreciación tiende a resultar en comportamientos "disfuncionales" entre los agentes, aunque éstos puedan ser bien intencionados y razonables.

Comportamiento Organizacional

La mejor manera de abordar la gestión de los Sistema Complejos Adaptativos, es mediante la gerencia de comportamientos organizacionales diferentes de los comportamientos habituales, como la adopción de una perspectiva centrada en el hombre que se ocupa de las habilidades, limitaciones, e inclinaciones naturales.

Teniendo en cuenta que nadie está a cargo de un SCA, el enfoque de la gestión debe hacer hincapié en el liderazgo en lugar de las técnicas tradicionales de gestión, aplicando la influencia en lugar de poder. Debido a que ninguno, o muy pocos, de los agentes en el sistema de salud son empleados, el mando y el control deben reemplazarse por incentivos e inhibiciones. (Rouse, 2008)

No se puede exigir que los agentes cumplan con los dictados de la organización, al contrario, se les deben facilitar incentivos para generar un comportamiento adecuado, ya que es imposible gerenciar sus actividades, pero si es posible evaluar los resultados.

	Sistemas	
	Tradicionales	Complejos
Roles	Gerencia	Liderazgo
Métodos	Comando y control	Incentivos e inhibiciones
Medidas	Actividades	Resultados
Foco	Eficiencia	Agilidad
Ralaciones	Contractuales	Compromiso Personal
Redes de trabajo	Jerárquico	Jerárquico
Diseño	Diseño Organizacional	Auto-Organización

Tabla 7: Comparación entre comportamientos organizacionales

Fuente: (Rouse, 2008)

El comportamiento organizacional es una forma de entender cómo la gente trata de integrarse y ser parte de las organizaciones. Representa un enfoque sistemático para gestionar y organizar a la gente a través del entendimiento de cómo funciona en organizaciones, tales como individuos y grupos pequeños y grandes. (Jones, Robert y Fiona Jenkins, 2007)

Las organizaciones que deseen ser innovadores y creativas deben crear con la variabilidad una "propiedad interna". A tal sentido Ralph Stacey⁶ sugiere que se puede alcanzar la Variabilidad de la organización mediante el establecimiento de tres características importantes dentro de la misma: (Stacey, 2007)

- Permitir la creación de suficientes redes auto-organizativas, que traspasen las fronteras internas y externas, creando suficiente inestabilidad” (alejados del equilibrio) con el fin de convertirse en motores del cambio o de la investigación.
- Dejar opciones abiertas a sus agentes. Mantener un equilibrio entre la estructura (que debe ser determinista) y los resultados de redes poco estructuradas.
- Enfocarse en procesos emergentes a corto plazo, en lugar de resultados proyectados a largo plazo.

Identidad organizacional

La Identidad organizacional (IO) da forma a la organización y a sus reacciones al influir en el significado de los eventos cuando éstos suceden.

Influencia la asignación de los recursos y puede ser motivacional. Dado su papel fundamental en cuanto a la toma de decisiones y en la toma de acciones, se sugiere que la identidad de una organización puede ser la principal limitación en su capacidad de adaptación. (Schneider, 2006)

Al analizar esta capacidad de cambio y de adaptación, que es primordial en el estudio de los SCA, en primer lugar debe considerarse el grado de fortaleza con que la IO es compartida por los miembros de la organización.

Como las creencias de los individuos pueden o no coincidir con la identidad colectiva, este grado es variable. El segundo elemento a considerar es el grado de singularidad / pluralidad, de la IO, lo que refleja la confluencia de las partes interesadas y sus intereses. En tercer lugar está el grado de (estabilidad / inestabilidad.)

Una IO fuerte se caracteriza por la influencia pocos (hacia la singularidad) y mayor grado de estabilidad, conducirá a la congelación de la organización, hacia un sistema no adaptativo. Lo contrario sería una identidad muy débil, caracterizada por el exceso de influencias (pluralismo) y también a un bajo grado de estabilidad, dará lugar a un caos y por consiguiente a un sistema no adaptativo. (Schneider, 2006).

⁶Stacey, R. (2007). *Strategic Management and Organisational Dynamics* (5ta ed.). London, UK: Prentice Hall.

Cultura organizacional vista desde la complejidad

En el campo de la salud, muchas discusiones sobre la cultura organizacional y la Gerencia del cambio han contrastado las teorías de gestión mecanicistas que hacen hincapié en el orden jerárquico y los mecanismos de control, oponiendo a ellas una visión más holística de la organización como sistemas complejos adaptativos, con énfasis en la flexibilidad descentralizada y el aprendizaje continuo. Tales discusiones, han profundizado en la individualización de los modelos mentales, las convenciones lingüísticas, y los sistemas de creencias, con los que se han enriquecido algunos entornos empresariales modernos.(Funderburk, 2011)

Los diversos puntos de vista sobre los diferentes tipos de modelos estudiados hasta la fecha podrían utilizarse como base para la promoción de cambios sistémicos y el mejoramiento de la calidad en la atención médica.

La cultura organizacional es el resultado emergente de negociaciones en curso sobre los valores, significados y propiedades entre los miembros de una organización y su entorno.(Douglas, 1985)

Los patrones que caracterizan el comportamiento de dos individuos “agentes” al interactuar en un determinado contexto pueden interpretarse en términos de intercambio de información, confianza, cooperación y competencia. A tal sentido, existen diversos modelos desarrollados para estudiar el Comportamiento Organizacional, las barreras contra el cambio y los elementos facilitadores del mismo:

- CO Canalizada. Un determinado tipo de atractor produce orden en el sistema. se generaliza a situaciones en las que un conjunto de sub-sistemas puede alterar el paisaje de adaptabilidad biológica de otros subsistemas, lo que resulta en co-evolución. Por ejemplo la consolidación de empresas farmacéuticas o de medicina prepagada en corporaciones cada vez mayores ha tenido un gran impacto en el área de salud.(Funderburk, 2011)
- Modelos Generativos. Las computadoras, producen patrones característicos del comportamiento de sistemas específicos a través de la especificación de parámetros que controlan la interacción entre los agentes dentro del mismo. Se utiliza para estudiar la dinámica social como un tipo de cálculo.
- La cultura organizacional como intercambio de conocimientos. Este enfoque define la CO como un repositorio de conocimientos relacionado con la capacidad de innovación de la organización. En este contexto, la cultura organizacional es vista como un facilitador o restrictor en los procesos de desarrollo del conocimiento. Otra perspectiva que enfatiza la Gestión del Conocimiento es el modelo de sistema dinámico, el cual considera al Conocimiento como la información codificada que se utiliza en la toma de decisiones de la organización. Una cuestión clave en este enfoque es cómo cada modelo mental se traduce en estrategias para definir el rendimiento del sistema y diagnosticar las causas raíz de sus problemas particulares.

- Redes Sociales. Ofrecen una forma de explorar la difusión de la información y el conocimiento en organizaciones. La estrategia general para la aplicación de esta técnica es identificar a cada individuo “agente”, como un nodo en la red para examinar el flujo de la información “recursos del Conocimiento”. Posteriormente, a través de medidas de ubicación, se puede asignar grados de importancia de los nodos dentro de la red.
- Modelos dinámicos de redes sociales. También conocidos como modelos socio-técnicos, integran modelos computacionales a dimensiones como el conocimiento, recursos técnicos, y las tareas en un entorno de red dinámica, a fin de analizar los vínculos entre la cultura y el aprendizaje organizacional, mediante la comunicación y la codificación de normas de conducta específicas.(Funderburk, 2011)

Liderazgo y movimientos sociales

El estudio de los movimientos sociales puede contribuir a la comprensión del liderazgo en un SCA. Los movimientos sociales son conjuntos de creencias y acciones capaces de generar cambios en los elementos de una sociedad. Están asociados con redes de grupos, con base en una identidad colectiva, que participa en la acción colectiva para lograr un cambio. (Schneider, 2006)

Los primeros movimientos sociales tendieron a centrarse en los sistemas de clase, mientras que los actuales son más diversos, mostrando una pluralidad de ideas valores que a menudo no es clasista. Tienden a ser pragmáticos, e ideológicamente tienden a la búsqueda de reformas institucionales.

Los movimientos sociales difieren en el grado de radicalidad de sus posiciones y tácticas. Su éxito se basa en el atractivo que la ideología aporte al movimiento, y a la capacidad que tengan para movilizar a los interesados y a sus recursos, participando en procesos políticos. Otros factores que afectan el éxito, es su capacidad de participar en redes sociales, la manera en que se enmarcan las “propuestas del cambio” y las debilidades de la oposición. (Schneider, 2006)

Salud, Sistemas y Políticas

Los sistemas de salud son diferentes. Cada país tiene sus propios métodos de financiamiento, prestación de servicios y seguimiento de los resultados producidos por la gestión médica, los cuales están conformados por influencias políticas, culturales e históricas. Sin embargo, a lo largo del orbe se enfrentan a retos comunes, particularmente en lo que refiere al incremento de los costos, cambios demográficos, avances tecnológicos y aumento de las expectativas de los pacientes.

Al mismo tiempo, también comparten objetivos comunes como la necesidad de garantizar una atención de salud accesible y de alta calidad, que responda a las necesidades de la población, y que sea sostenible financieramente. El estudio entre intra-sistemas, permite explorar las formas en que diferentes países abordan sus problemas y objetivos particulares,

estableciendo puntos de referencia entre datos comparables, y analizando las diferentes estrategias para posibles reformas. En última instancia, estos análisis tienen por objeto fomentar el aprendizaje entre los países, la elaboración de políticas públicas y la generación de mejores prácticas gerenciales a través del incremento de la calidad y el fomento al alto desempeño.

Los Retos

Variaciones en los patrones poblacionales, inequidades sociales persistentes o en aumento, fallas en el servicio, cambios políticos y estructurales, incremento en cuanto a precios y costos del servicio médico y márgenes de cobertura entre patrones, empleados y aseguradoras –en medio de una crisis económica y financiera global-, condiciones para la cobertura impuestas por las aseguradoras tales como las cláusulas sobre enfermedades preexistentes-, dificultades y restricciones en el acceso del paciente a las medicinas con prescripción; entre otras necesidades y problemas por resolver, han definido el impulso político necesario para adelantar sendas reformas de salud alrededor del Orbe, las cuales abarcan desde la revisión de sus marcos legales y la modificación de sus sistemas de contribución, hasta la redefinición de políticas públicas.

Los grandes cambios planteados por las reformas de salud adelantadas a diferentes niveles en cada uno de estos sistemas, son parte de estos desafíos, pero no los únicos. En un mundo cada vez más globalizado, la forma de practicar la medicina se transforma dinámicamente, la telemedicina, el “ensamblaje” internacional de bebes, y el turismo de salud, nuevos patrones epidemiológicos –gripe porcina y recientemente el estallido de cólera en Europa-, a lo cual se suma el surgimiento de nuevas epidemias como por ejemplo, la obesidad o la diabetes, han abierto la puerta a la medicina global, y las transnacionales se preparan para entrar por ella.

Los cambios en los patrones de producción y consumo, impuestos por China e India, con las consecuentes modificaciones a la geografía de la transferencia de capitales, significan para las empresas de salud la creación o pérdida de nuevos mercados. De la capacidad que tengan para comprender y trabajar con y para tales culturas, dependerán las posibilidades de aprovechar dichos mercados.

Asimismo, debido a su creciente complejidad y constante evolución, la adopción, innovación y mantenimiento del componente tecnológico es naturalmente uno de los mayores retos para las empresas de salud, a la vez de lo que determinará su crecimiento o desaparición en un entorno cada vez más competido, no sólo en el ámbito nacional, sino ahora en el internacional. Algunas de ellas han tomado la delantera para compartir el conocimiento y hacerse partícipes del acontecer de otros países que fuera de los grandes consorcios informáticos, están desarrollando sus propios sistemas de datos o redes, y buscan exportarlos.

El cambio constante se ha convertido en el nuevo status quo del sector salud, cuyos mecanismos financiero, de planificación estratégica y de procesos están sometidos a un

creciente estrés, debido a las constantes fusiones, adquisiciones, regulaciones y reingenierías que deben manejar.

La tendencia es hacia la formación de equipos médicos y administrativos, liderados por gerentes con conocimiento y experiencia global, capaces de prever cambios en el entorno y diseñar estrategias para enfrentarlos con éxito. La multipolaridad del conocimiento sanitario comienza a sentirse, más allá de los tradicionalismos.

Prácticas Gerenciales

El término Gerencia Médica tiene varias acepciones. Puede referirse a aquellos programas que las organizaciones de salud establecen con el fin de prevenir y controlar enfermedades o mejorar la salud de sus pacientes; en otros casos, se refiere simplemente a los sistemas empleados para administrar los costos de la atención médica.

Con amplitud, el término Gerencia Médica captura definiciones todavía más específicas, como la Gestión de Uso, la Gerencia de Casos y la Gerencia de Enfermedades.

La idea que una práctica gerencial sea mejor que otra resulta interesante, pero ¿cómo se determina? Básicamente debe ser susceptible de ser medida, y esta medida solo puede efectuarse a través de los resultados, lo cual representa el grado de éxito de los logros alcanzados. En principio, una buena práctica gerencial sería aquella que permita lograr el mayor grado de éxito en una gestión específica, lo cual lleva implícita una relación básica entre los resultados y el tipo de gestión determinada por los objetivos que se deseen alcanzar.

El concepto de mejores prácticas gerenciales implica buscar lo mejor de lo mejor entre los conceptos del negocio y adaptarlo a una realidad particular. Muchas industrias han investigado, analizado e identificado ciertas claves que pueden ser utilizadas para lograr un desarrollo sostenible y sobrevivir en una economía global. Hoy en día los negocios en cualquier sector alrededor del mundo deben considerar esas ideas adecuándolas a su escenario específico y a su estrategia de negocios.

En el caso de la gerencia de salud, implicaría la capacidad de adaptación a cambios rápidos signados por el desarrollo y la adopción de nuevas tecnologías, grandes y constantes transformaciones en el marco legal -incluyendo reformas constitucionales- la necesidad de competir en un entorno cada vez más globalizado -lo cual genera retos per se, como la trasmisión de nuevas enfermedades a una rata mayor y más rápida, cambios en los patrones migratorios, migración-emigración de personal médico-; mayores demandas y exigencias por parte de pacientes con mayor grado de información a su alcance; y la necesidad de hacerse más competitivos a fin de mantenerse en un mercado signado por la inclusión de nuevos y poderosos actores (China e India) y nuevas maneras de ejercer la profesión médica.

Mejores prácticas gerenciales pueden servir para definir el progreso de sistemas enteros u organizaciones en el ámbito nacional, pero depende de los líderes y de los gerentes el guiar a los individuos y a sus empresas a través de lo que vendría a ser el futuro gerencial; lo cual implica el interminable reto de navegar hacia lo desconocido, en un entorno globalizado y competitivo lleno de incertidumbres.

El objeto de desarrollar y adoptar mejores prácticas gerenciales es mejorar la capacidad de respuesta a lo desconocido. Implica garantizar el crecimiento, la productividad, mejorar los procesos, y mantener la calidad de productos y servicios.

Por supuesto que en un área tan importante como lo son los servicios de salud, la determinación de cuáles son las mejores prácticas gerenciales no corresponde a un individuo, sino que en un proceso que se mantiene en el tiempo mediante el estudio y la investigación constantes efectuadas por organizaciones y comisiones de acreditación, muchas de ellas creadas específicamente para tal fin. Las cuales anualmente efectúan rankings entre los cientos y miles de empresas, evaluando las prácticas gerenciales, los alcances de las mismas, definiendo estándares, para finalmente elaborar reportes que generalmente incluyen visiones prospectivas.

Además de las empresas acreditadoras y certificadoras, las organizaciones internacionales como la OMS, por ejemplo, también avalan ciertas prácticas gerenciales, basados en su experiencia, conocimiento y observación. Los cuales son utilizados por empresas, organizaciones vinculadas, e inversionistas, para planificar, soportando la toma de decisiones a todos los niveles.

Los procesos de certificación y los análisis inter-sistemas, permiten mejorar las estructuras organizacionales, sus procesos y resultados, pero su misión primordial es proteger a los pacientes, garantizando un nivel óptimo y consistente en cuanto a la prestación del servicio

La investigación sostenida en el tiempo de estas áreas, han permitido generar modelos gerenciales aplicables al:

- Uso de recursos: físicos, humanos, temporales. Apuntando al mejor aprovechamiento de los mismos, garantizando mejores resultados, y mayor eficiencia.
- Transferencia, almacenaje y compartimiento de conocimientos. Valorando el conocimiento y la experiencia del personal que labora en la organización como un activo. Establece procesos para transformar el conocimiento individual en conocimiento organizacional, que pueda ser transferido a nuevas generaciones, o utilizado en periodos de emergencia. Apunta a la disminución de errores médicos y el incremento de la eficiencia.
- Mejoras cualitativas. Parten de la optimización de la calidad, la garantía de sostenimiento a través del tiempo y durante los procesos de cambio, a fin de generar una praxis más segura, el alcance de metas y un comportamiento organizacional

más efectivo, que permitan la permanencia y el crecimiento de la organización en un entorno competitivo.

Estos elementos no resultan excluyentes entre sí, y al contrario, se complementan. El conocimiento es la clave para el desarrollo de mejores técnicas de gestión, mientras que los datos y la información son necesarios para la “Gerencia de la enfermedad” y la medicina basada en evidencia.

En el área médica, se han desarrollado modelos gerenciales aplicables a cada uno de estos campos, que responden a las especificidades de los mismos. Así pues se habla de:

- Gerencia operativa o Gerencia de Uso: referidos al uso de recursos y procesos.
- Medicina Basada en Evidencia: referido a cómo guardar y compartir información y experiencias. Guarda relación con la gerencia del conocimiento y con la teoría de la “*organización inteligente*”.
- Gerencia de la Calidad: como su nombre lo indica, busca garantizar las mejoras cualitativas en cuanto a servicio a los pacientes.

Gerencia de recursos y procesos

Gerencia de Operaciones

Se refiere a la aplicación de herramientas matemáticas y estadísticas a fin de predecir y resolver problemas en cuanto a los procesos gerenciales y de negocios en el área correspondiente a los servicios de salud. Un ejemplo de ello sería la aplicación de la teoría de colas o “*queuing theory*” o del análisis de rutas críticas a fin de optimizar el acceso de los pacientes a la sala de emergencia de un hospital. Los analistas evaluarían los tiempos de espera en la sala de emergencias, a fin de determinar la mejor ruta y el proceso de atención más apropiado para reducir los tiempos de espera y mejorar el servicio en general.

Estas teorías permiten reducir los cuellos de botella, los tiempos de espera y la cantidad de horas extras que el personal debería servir, mejorando el proceso de atención del paciente.

El corazón de este tipo de gestión está en el análisis de los flujos de cada proceso y las capacidades implícitas de gestión, para lo cual se revisan, analizan y diseñan, entre otros, los siguientes procesos: selección tecnológica, mantenimiento de la calidad y cadena de suministro. Al tiempo que se revisa la estrategia operativa y la difusión del conocimiento.

Los elementos en los cuales se basa gerencia de operaciones son: el precio, el tiempo de respuesta, la calidad y el rendimiento.

Gerencia del Uso

Se basa en el control de costos, en el uso de los recursos, y en el comportamiento de los consumidores, y tiene como principal objetivo el mejor uso de los servicios, con el fin de alcanzar una mayor eficiencia.

La gerencia de uso evalúa las necesidades médicas y la eficacia e idoneidad en el uso de los servicios de salud, los procedimientos y las instalaciones de conformidad con las disposiciones de la salud aplicables, dentro del plan de beneficios, a veces llamado "revisión de uso" "*utilization review*." Comienza con las decisiones de compra en el momento de decidir cuáles productos y servicios deben ser incluidos en el paquete de procura, y se extiende entre los contratos con los proveedores, incluyendo aseguradoras y prestaciones de servicios.

El corazón de la gerencia de uso, es el concepto del médico de cuidado primario. En el cual un médico, generalmente especialista en medicina familiar o medicina interna o pediatría, es responsable por proveer todo el cuidado de atención primaria a sus pacientes, y determinará cuándo debe referirlos a otros especialistas, coordinando los tratamientos prescritos.

Este tipo de gerencia, hace imprescindible la implementación de sistemas avanzados de información y control, y formatos estandarizados como por ejemplo data de empleadores y set de información. Toda data generada, deberá recolectarse, a fin de analizarla estadísticamente y producir información relevante que ayude a futuro a mejorar la calidad del servicio prestado y los resultados de los tratamientos.

La gerencia de uso tiene que ver con los siguientes procesos: Comparaciones en la normativa de uso de la data cuantitativa, Políticas de reclutamiento de médicos y personal especializado, Socialización del grupo, objetivos y filosofía, Premiaciones como bonos, beneficios y permisos, Promociones y gerencia de calidad, Incentivos como financiamiento y reembolsos. Aumento de la eficiencia y la productividad.

Gerencia de Casos

La gestión de casos es un proceso colaborativo de evaluación, planificación, facilitación y promoción de las opciones y servicios destinados a la satisfacción de las necesidades de salud de los pacientes, a través los recursos comunicacionales disponibles para garantizar una alta calidad y resultados costo-efectivos. En los últimos años, la importancia de los servicios a través de la Gerencia de Casos se ha expandido como un elemento fundamental para los sistemas de gestión médicos.

Gerencia de Enfermedades

La gerencia de enfermedades en un sistema coordinado de atención de salud, a través de intervenciones y comunicaciones, en las cuales se estimulan los esfuerzos del paciente por auto-cuidarse.

La gerencia de enfermedades soporta al médico o a los especialistas de salud envueltos, haciendo hincapié en las relaciones con el paciente y el plan de cuidado, enfatizando la prevención y las posibles complicaciones, para lo cual se utilizan guías desarrolladas a través de la evidencia clínica, y se practican estrategias de empoderamiento a los pacientes, para posteriormente evaluar los resultados en términos clínicos, humanos y económicos, con el objetivo primigenio de mejorar la salud en general. La información recolectada se reciclará permitiendo la futura mejora del proceso.

Los componentes de la Gerencia de la Enfermedad, incluyen: procesos para la identificación de la población, directrices basadas en la evidencia práctica, modelos colaborativos entre médicos y proveedores, educación para los pacientes incluyendo prácticas de prevención y programas de modificación de la conducta.

Integración

La tendencia observada en las organizaciones de salud de vincular diferentes tipos de gerencia, como por ejemplo gerencia de casos y gerencia de enfermedades, es cada día mayor, lo cual se ha facilitado mediante el desarrollo de sistemas de información cada vez más complejos, que han incrementado las posibilidades de intercambio de data entre tales programas. Sin embargo, debido a regulaciones y por exigencias de las organizaciones certificadoras, también los mantienen por separado.

Gerencia del Conocimiento en el contexto de la Salud

Hoy en día, la Gerencia del Conocimiento es un campo amplio y multidisciplinario que abarca muchos enfoques. En términos generales puede ser definida como la captura, organización, y almacenamiento del conocimiento; sumada a la experiencia de trabajadores individuales y grupos dentro de una organización, y la capacidad de compartir dicha información. El concepto también debe incluir el aprendizaje acelerado; una estrategia de captura y codificación del conocimiento. (Bali R. K., 2007)⁷

El desarrollo conceptual y práctico de la Gerencia del Conocimiento, desde una perspectiva de negocios, como teoría aplicada al desenvolvimiento organizacional que implica el

⁷Bali, R. (2010). *Knowledge Management for Healthcare*. (J. H. Michael Christopher

Gibbons, Ed.) Baltimore, Maryland, USA: Springer Science+Business Media, LLC.

⁵Bali, R. K. (2007). *Knowledge Management: Issues, Advances, and Successes*. New York, NY, UK: Springer Science+Business Media, LLC.

manejo explícito y sistemático del conocimiento, se le considera un fenómeno reciente. McInerney lo sitúa operativamente a mediados de la década de los 90. (McInerney, 2011)⁸

En el área clínica, se repite el mismo fenómeno. Aunque desde la antigüedad, existen innumerables registros sobre la captación y compartimiento de descubrimientos y procesos, la aplicación del término a la organización moderna es bastante reciente.

Si bien puede parecer inapropiado suponer que la gestión del conocimiento en el cuidado de la salud no tiene precedentes (porque, evidentemente, existen demasiados antecedentes que demuestran lo contrario), sería igualmente incorrecto ver la actual ola de aplicaciones tecnológicas y nuevas prácticas gerenciales como menos que una extensión del pasado, pues la realidad es que las tecnologías modernas ofrecen a médicos, administradores, líderes y pacientes, cantidades inimaginables de información, de una complejidad enorme. (Bali R. K., 2007)⁵ La gerencia del conocimiento no se refiere solamente a tecnología, aunque cada organización decidirá su propio enfoque. En todo caso, el objeto de la gerencia del conocimiento es soportar a la organización para que alcance de sus metas.



Ilustración 5: Gerencia del Conocimiento. Áreas de Enfoque.

Fuente: Adaptado de (Wiig, 1999)

La gerencia del conocimiento nace de la organización y debe considerar su realidad y el contexto de cada caso específico, a fin de generar un diseño extenso, adaptativo, completo y, centrado en el personal. Implica la gestión sistemática y explícita de los conocimientos relacionados con las actividades, prácticas, programas y políticas dentro de la organización. En consecuencia, la viabilidad de la empresa depende directamente de:

- La calidad competitiva de sus activos de conocimiento

⁸McInerney, C. R. (2011). *Knowledge Management (KM) Processes in Organizations: Theoretical Foundations and*.(U. o. Gary Marchionini, Ed.) USA: Morgan & Claypool.

- La aplicación exitosa de estos activos en todas sus actividades empresariales, es decir, la realización del valor de los activos de conocimiento.

Desde una perspectiva ligeramente diferente: "El objetivo de la Gestión del Conocimiento es construir y explotar el capital intelectual eficaz y remunerado." Este objetivo es válido para la organización en su totalidad y para todas sus actividades, e implica una complejidad considerable.

Las organizaciones de salud, tanto grandes como pequeñas compiten por ver quién integra primero esta poderosa herramienta a su infraestructura. En esencia, se incorporan los procesos organizacionales que buscan la combinación sinérgica de datos e información con la capacidad de procesamiento que aportan las tecnologías de la información y la capacidad creativa natural en los seres humanos.

Para que una organización sanitaria tenga éxito, necesita sobresalir en una serie de procesos claves (es decir, el diagnóstico del paciente, tratamiento, atención, etc.) indispensables para el cumplimiento de su misión. Si los procesos son repetitivos, la automatización es posible a través del uso de las Tecnologías de la Información (TI). El conocimiento médico se deriva de decenas de fuentes múltiples, por lo que los principios de diseño para la gestión del conocimiento, el intercambio y su impacto global son una mezcla compleja de problemas caracterizados por diversos determinantes culturales, legales, normativos y sociológicos. (Bali R. , 2010)⁵

Los acontecimientos mencionados en diversas áreas de tecnología de la información pueden resumirse en tres características: la movilidad, la convergencia digital y la escala de masas. Los servicios informáticos se han vuelto más móviles, siguiendo a los usuarios en cuanto a costumbres e intereses. Al mismo tiempo, la convergencia será cada vez mayor en cuanto a las señales digitales. Por ejemplo, lo llamado "triple - play" (combinación de banda ancha Internet, teléfono y servicios de TV) o "cuádruple play" (agregando a Internet móvil) ha dado como resultado una rápida convergencia digital en el contenido de los medios, el almacenamiento y los mecanismos de distribución, los cuales han creado grandes trastornos en las industrias de los medios de comunicación y de la comunicación. (Locke E. A., 2009)

El uso de dichas plataformas en el área de la salud es una realidad en diversas partes del mundo, aunque todavía mucha menor escala que en otras industrias, el experimento ha sido positivo. Las mismas en otras áreas, han generado cambios que pueden ser agrupados en las siguientes categorías: (Locke E. A., 2009)

- Mejora de la eficiencia a gran escala, en cuanto a los procesos de negocio y transacciones.
- Optimización de las comunicaciones, el acceso a la información, la toma de decisiones y el intercambio de conocimientos.

- Cambios en la base de la estructura de la competencia y la industria en beneficio de la empresa
- Explotación de nuevos modelos de negocio.

Estas categorías no son excluyentes, y una empresa en particular puede efectuar varias al mismo tiempo mediante el uso eficaz de las diversas capacidades de las nuevas tecnologías.

Debido a que dicho conocimiento ha sido creado por los seres humanos, como resultado de la interpretación de la información (por ejemplo, la revisión crítica de artículos de revistas y dando sentido a los sitios de salud en Internet), existe un nivel de subjetividad que puede crear incertidumbre, y riesgo inherente de una mala interpretación cuando el usuario no posee las habilidades y herramientas para tomar decisiones sensatas acerca de aplicación del conocimiento a la solución de un determinado problema.

El mayor valor de la gerencia del conocimiento en el área de la salud es que generalmente ayuda a esclarecer nuevos conocimientos médicos, no sólo en cuanto al mejoramiento de la calidad del servicio, sino también específicamente para la generación de nuevas intervenciones clínicas y la reducción y la eliminación de las desigualdades en cuanto a salud y atención médica. (Bali R. , 2010)

Vista de esta manera, la gerencia de salud proporciona ventajas rentables que permiten, una alta calidad de atención médica en cualquier tipo de entorno, tanto rural como urbano; al tiempo que proporciona ventajas tanto para la parte clínica como para la administrativa, lo cual le permite enfrentar los numerosos desafíos que en la actualidad confronta la gerencia de la salud, convirtiéndola en una herramienta indispensable para cualquier organización médica con visión de futuro.

Actualmente, numerosas organizaciones de salud especialmente en países en vías de desarrollo experimentan gran escasez de expertos en el área médica. En tales casos, la GC puede representar un gran impacto en cuanto a procesos de formación. Lo cual podría extenderse a la creación de un entorno real para la transferencia de conocimiento en cuanto a talleres, comunidades de práctica y todo lo que implique intercambio de conocimientos, sin obviar el hecho de que la revolución informática de salud presenta por sí misma nuevos retos tales como la avalancha de sobrecarga informativa.

Otra ventaja es que los problemas médicos, por su naturaleza requieren de un enfoque multidisciplinario y en este sentido la GC resulta ideal. Cuando se introduce correctamente, puede mejorar grandemente la práctica clínica promoviendo la atención de calidad. Debido a que la profesión médica está basada en el compartimiento de la información y del conocimiento, la GC ofrece herramientas indispensables para la búsqueda e intercambio de ambos.

De aquí que la GC haya sido aplicada con anterioridad en las organizaciones de salud incluso antes de que ésta fuese reconocida como disciplina; en la forma de técnicas

relativas al comportamiento organizacional, el trabajo en equipo, la inteligencia artificial, el liderazgo, el entrenamiento, y la motivación.

Objetivos y funciones de un sistema

Anthony Shih, Vicepresidente el ejecutivo de programas del *Commonwealth Fund*, identifica los seis atributos de un sistema ideal de salud. (Shih, 2008)

- Continuidad en la información. La información clínica relevante de los pacientes, está disponible para todos los proveedores desde el punto de atención primaria y luego a través de historiales médicos electrónicos.
- Coordinación entre los diferentes especialistas, a través de todo el proceso de atención médica.
- Rendición de cuentas. Existe una clara responsabilidad en cuanto a la transmisión de data financiera y el sistema es capaz de generar reportes confiables sobre los costos en que ha incurrido y los servicios prestados.
- Trabajo en equipo de alto valor, alta calidad del servicio prestado. Los proveedores (incluyendo enfermeras y otros miembros de los equipos de atención) dentro de sus parámetros, comparten la responsabilidad de la rendición de cuentas y de la revisión del trabajo de los demás, colaborando para efectuar sus servicios, al tiempo que mantiene altos estándares y valor agregado.
- Innovación Continua. El sistema es capaz de innovar constantemente, y de aprender con el fin de mejorar la calidad, el valor y las experiencias de los pacientes. Fácil acceso a una atención adecuada. Los pacientes tienen fácil acceso a la atención médica adecuada y a la información necesaria a todas horas. Deben haber múltiples puntos de entrada al sistema, con proveedores culturalmente competentes e identificados con las necesidades de los pacientes. (Shih, 2008)

Integrando la Teoría de la Complejidad y la de las Organizaciones Inteligentes a la Gestión del Conocimiento

El desempeño en los negocios no es más que la aplicación del Conocimiento y los resultados dependen de la calidad del mismo. Por ende el área que explica como adquirir, guardar y compartir el Conocimiento, que es la Gerencia del Conocimiento, reviste una enorme importancia.

El aprendizaje organizacional –en cuanto al pensamiento sistémico- y la teoría de la complejidad –y su aplicación en los negocios-, comparten una visión integrada de la Gerencia del conocimiento.(McElroy, 2002)

Hoy día se sabe que el Conocimiento es la última y única fuente sostenible de ventajas competitivas en los negocios. A diferencia de las otras formas de activos, como por ejemplo el capital-tierra, equipo, trabajo y dinero, el conocimiento es teóricamente infinito. Siempre hay una nueva idea a la espera de ser descubierta, nuevas formas de hacer las cosas, nuevos productos, nuevas estrategias, nuevos mercados.

Los sistemas complejos son, por definición, Organizaciones Inteligentes que aprenden y la Teoría de la complejidad puede contribuir en mucho a la gerencia del conocimiento y a la organización. Cada uno de ellos tiene elementos que complementan a las demás, y la gerencia de las organizaciones de salud es tan compleja, que una teoría aislada no puede resolver los problemas que presenta.

Desde el punto de vista de la teoría de la Complejidad, el comportamiento de una organización de salud, se asemeja al de seres vivos, como un banco de peces o una bandada de pájaros. Y considerar los principios de dicha teoría para su análisis resulta bastante apropiado, permite, digámoslo así, ventajas gerenciales para la toma de decisiones, ahorro de tiempo y esfuerzo, la comprensión en tiempo real de procesos que abordados de otro modo serán incomprensibles.

La teoría de la Complejidad, permite explicar el comportamiento de organizaciones o sistemas, aparentemente “desordenados” o incluso “caóticos”. Yendo más allá, indican que la etapa más creativa de un sistema, es decir, el punto en que los comportamientos emergentes surgen inexplicablemente, se encuentra entre el orden y caos. Stuart Kauffman, investigador del *Santa Fe Institute*,⁹ señala que los sistemas complejos producen sus exhibiciones más creativas en la región conductual que él denomina “al borde del caos.”

En cierto sentido, los sistemas complejos innovan mediante la producción de brotes espontáneos y sistemáticos de novedades, de los cuales emergen nuevos patrones de comportamientos. Los patrones que pueden ayudar a un sistema adaptarse exitosamente a su entorno son estables y repetidos, aquellos que no lo son, resultan un retraso para el sistema.

En este modelo, se representan las tres etapas que el autor considera fundamentales en cuanto a la evolución del Conocimiento: Producción de Conocimiento, Validación e Integración. (McElroy, 2002)

Hoy en día se reconoce que la organización y no solamente quienes en ella trabajan, tienen conocimiento. Por ende existe un aprendizaje personal y el aprendizaje organizacional.

El aprendizaje individual conduce al conocimiento individual; el aprendizaje organizacional, lleva al conocimiento colectivo.

Este modelo muestra la relación entre dos ciclos de aprendizaje, aprendizaje individual y el aprendizaje organizacional. El aprendizaje individual está formado por el conocimiento organizacional en cuanto a modelos mentales, mientras que el conocimiento organizacional se produce colectivamente por los individuos que en ella trabajan. Al comparar estos

⁹ El profesor Stuart Kauffman es uno de los principales investigadores del Instituto Santa Fe (institución sin fines de lucro dedicada al estudio de sistemas complejos), donde ha desarrollado una labor pionera en el área de la Teoría de la Complejidad y de los Organismos Complejos Adaptativos. Ha escrito numerosos libros sobre el tema, desarrollando su línea de investigación entre las diversas áreas de la biología, incluyendo conjuntos autocatalíticos, redes reguladoras de genes en la biología del desarrollo, y la biología evolutiva.

elementos, dentro del análisis propio de la teoría de los Sistemas Complejos Adaptativos, tenemos la siguiente correspondencia:

Aprendizaje Organizacional	Sistemas Complejos Adaptativos
Observación de la experiencia concreta	Detecta el mundo exterior
Evalúa las observaciones efectuadas	Elabora un sistema de reglas para comprender lo que sucede
Diseña respuestas a partir de conceptos abstractos	Crea conocimiento
Implementa (prueba los conceptos)	Reacciona (se mueve, se comunica, actúa)
Responde al entorno	Responde al entorno, generando una experiencia

Tabla 8: Aprendizaje Organizacional Vs Sistemas Complejos Adaptativos

Fuente: (McElroy, 2002)

Gerencia Basada en la Evidencia (GBE) o *Evidence Management*

La Medicina Basada en Evidencia es considerada el estandarte de oro en la práctica médica. La “evidencia” es información validada y arbitrada, por la comunidad científica, proveniente de estudios clínicos, la cual es utilizada para crear herramientas para los médicos, como guías para su praxis cotidiana, aportando criterios para subsecuentes revisiones. Infortunadamente, la calidad de la evidencia varía dependiendo del tipo de estudio clínico que fue conducido.

El proceso de revisar y calificar la calidad de la evidencia frecuentemente debe incluir esfuerzos para traducir dicha evidencia a recomendaciones prácticas. Un concepto comúnmente aceptado es:

La gerencia basada en evidencia (GBE) es el uso consciente, explícito y juicioso de la actual y mejor evidencia disponible, para la toma de decisiones. (Stewart, 2002, p. 12)

A tal respecto, deben aclararse los significados que la autora otorga a las palabras "consciente", "explícito" y "juicioso". La primera significa que los directivos consideran que una evidencia es relevante para la toma de una decisión, lo cual implica que como opción su adopción /o no, puede representar cambios significativos. Por “explícito”, la autora señala que la naturaleza de la evidencia elegida se ha basado en los resultados de un proceso de examinación previa; y por “juicioso” implica que la evidencia seleccionada proviene de la cuidadosa selección de la misma y de la fiabilidad de las pruebas aportadas.

La medicina basada en evidencia es una herramienta para promover la eficiencia y la efectividad de las prácticas clínicas. Implica la integración de la evidencia científica, la experiencia clínica, las preferencias del paciente y los valores sociales y culturales en la toma de decisiones médicas. Su uso se debe a la confluencia y la evolución natural de varios factores: las fuerzas de la competencia, las demandas del mercado, las nuevas prácticas de operación y gestión, y las nuevas tecnologías de la información.

“En una época de rápidos cambios, para tomar decisiones, los gerentes son menos capaces de basarse en conocimientos previos y experiencia, y deben buscar la mejor evidencia disponible.”(Stewart, 2002, p. 7)

Resulta preciso aclarar, que en la praxis cotidiana muchas decisiones rutinarias se toman con base a la experiencia personal del gerente, quien obviamente no todo el tiempo tendrá ni el tiempo ni la disposición para investigar y buscar mayor información. Tampoco se espera que lo haga. La (GBE) está reservada para decisiones importantes o inusuales, sin embargo, una recomendación general es que al igual que en los demás conocimientos médicos, los responsables deben hacer del autoanálisis un hábito, a fin de verificar si sus decisiones basadas en la experiencia siguen siendo relevantes o apropiadas.

Diferencia entre la Gerencia Basada en la Evidencia (GBE) y la Medicina Basada en Evidencia (MBE)

Obviamente existen grandes diferencias entre los problemas que enfrentan los médicos y los gerentes, aunque también existen ciertas similitudes que pueden ayudar a comprender mejor esta herramienta:

- La necesidad de trabajar sobre la base de la evidencia se ha hecho más necesaria recientemente debido a la manera en que los cambios actuales y rápidos afectan su desempeño. Otro factor de este incremento es que los gerentes de hoy son más responsables de sus acciones que en el pasado. Sencillamente, se espera más de ellos y deben hacer más cosas por sí mismos y en menos tiempo.
- El desarrollo en los campos de la medicina y la gestión, aunado a cambios en las esferas políticas, sociales, económicas y técnicas, significa aprendizaje en tiempo real.
- Tantos médicos como gerentes se sienten presionados para tomar decisiones, deben decidir cuándo y cómo recoger más información.
- Tanto la medicina como la gerencia son artes y a la vez ciencias, donde la intuición y la habilidad innata son importantes. (Stewart, 2002)

La GBE Información y Conocimiento

La Gestión Basada en la Evidencia se trata de cómo buscar la información necesaria para luego utilizarla. En la Ilustración 6: GBE Requerimientos para una buena información, se señalan los elementos necesarios para que cierta información sea útil. Partiendo de una data

no procesada, se tiene que la calidad de la información que se utiliza es parte esencial del proceso.

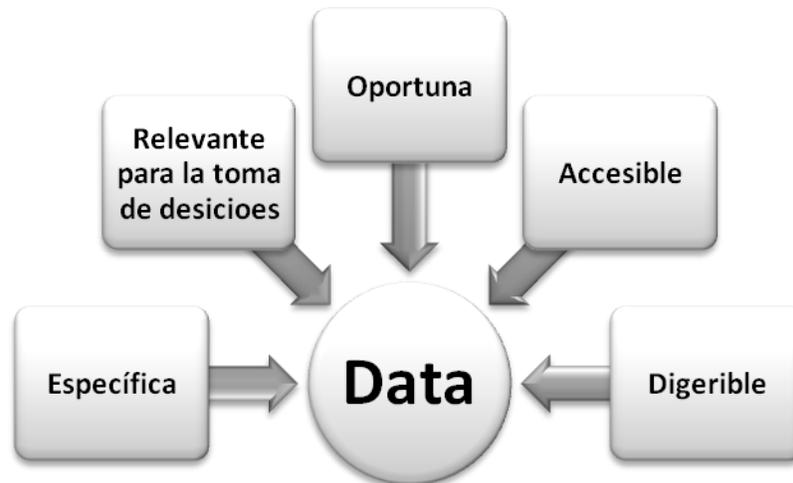


Ilustración 6: GBE Requerimientos para una buena información

Fuente: (Stewart, 2002)

Plan de cinco etapas para una mejor Gestión del Conocimiento:

- Producción de conocimiento, que produzca la información que los Gerentes de salud necesitan.
- Almacenamiento, permitiendo que dicho conocimiento esté disponible.
- Evaluación del Conocimiento, a fin de determinar su calidad y pertinencia.
- Aplicación del Conocimiento de aplicación: llevar la investigación a la práctica.
- Mercadeo del Conocimiento. Formar asociaciones público-privadas para difundir el conocimiento.

El nivel macro tiene que ver con el Estado, los Ministros de Salud y la alta dirección del Departamento de Salud, donde se toman las decisiones que tienen que ver con políticas nacionales integrales en las operaciones de la prestación de servicios públicos. Este es el nivel que tiene el poder central para influir en los hospitales, los fideicomisos, etc. (Saltiel, 2010)

El otro nivel, o micro, es donde se presta la asistencia sanitaria. Está conformado por varias categorías de grupos, como los NHS *trusts* los grupos de atención primaria. Es un sector cercano a la población, que incluye las autoridades de salud, regionales, especiales, distritales, etc. En este ámbito, el NHS ve afectada la prestación de sus servicios por los cambios en la estructura poblacional, en los niveles de morbilidad, las nuevas tecnologías, y las crecientes expectativas de pacientes y de proveedores.

Bases Legales de la Investigación

La Constitución Bolivariana y el Plan Simón Bolívar como Marco del Plan Nacional de Salud.

El Derecho a la Salud en la Constitución Bolivariana

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) reconoce la salud como un derecho social fundamental, al mismo tiempo que consagra como derecho la mayoría de los determinantes, y responsabiliza al Estado de garantizarla, así como organizar el Sistema Público Nacional de Salud, vinculado al Sistema de Seguridad Social. La Constitución define los principios y valores que deben regir el Sistema Público Nacional de Salud

El Sistema Público Nacional de Salud en la Constitución Bolivariana.

Artículo 84: “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”.

Artículo 85: “El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5453. 3 de marzo de 2000.

Derecho a la Salud y Calidad de Vida en la Constitución Bolivariana.

Artículo 83: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”.

Artículo 2: “Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de derecho y de justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su

actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político”.

Artículo 3: “El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución. La educación y el trabajo son los procesos fundamentales para alcanzar dichos fines”.

Artículo 19: “El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos...”

Artículo 75: “El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia...”

Artículo 76: “La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos...”

Artículo 82: “Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, segura, cómoda, higiénica, con servicios básicos esenciales que incluyan un hábitat que humanice las relaciones familiares, vecinales y comunitarias. La satisfacción progresiva de este derecho es obligación compartida entre los ciudadanos y ciudadanas y el Estado en todos sus ámbitos. El Estado dará prioridad a las familias y garantizará los medios para que éstas, y especialmente las de escasos recursos, puedan acceder a las políticas sociales y al crédito para la construcción, adquisición o ampliación de viviendas”.

Artículo 87: “Toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar. El Estado garantizará la adopción de las medidas necesarias a los fines de que toda persona pueda obtener ocupación productiva, que le proporcione una existencia digna y decorosa y le garantice el pleno ejercicio de este derecho..... Todo patrono o patrona garantizará a sus trabajadores o trabajadoras condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuados. El Estado adoptará medidas y creará instituciones que permitan el control y la promoción de estas condiciones”.

Artículo 102: “La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria...”

Artículo 111: “Todas las personas tienen derecho al deporte y a la recreación como actividades que benefician la calidad de vida individual y colectiva...”

Artículo 122: “Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos”.

Artículo 127: “...Toda persona tiene derecho individual y colectivamente a disfrutar de una vida y de un ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado. (...) Es una obligación fundamental del Estado, con la activa participación de la sociedad, garantizar que la población se desenvuelva en un ambiente libre de contaminación, en donde el aire, el agua, los suelos, las costas, el clima, la capa de ozono, las especies vivas, sean especialmente protegidos, de conformidad con la ley”.

El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”.

III. ENFOQUE EPISTEMOLOGICO Y METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION

En este punto se presentará la orientación Epistemológica y Metodológica, que se definió en la presente investigación con la finalidad de lograr los objetivos establecidos. Se desarrollará y explicará el paradigma de la investigación, tipo, diseño y selección de las unidades de análisis de la investigación, desde allí se construye la muestra.

Teodoro Adorno ¹⁰(2001) el concepto moderno de “metodología” en particular el de “metodología de las ciencias sociales”, nació vinculado al de ciencia natural, comprendida esta como una ciencia que se valida en la experiencia e independizando así al objeto y su conocimiento del sujeto.

Esmelin Graterol¹¹ (2012) Las Reflexiones Epistemológicas tienden a ser precisiones sobre el significado de los conceptos situados en el corpus de una teoría del aprendizaje, la potencialidad heurística de sus hipótesis, los criterios de comparabilidad entre teorías rivales de aprendizaje, los obstáculos que pueden derivar de la transposición pura y simple de las teorías al campo educativo. Pero en ningún caso ellas pueden suministrar criterios normativos acerca de cómo investigar, prescribiendo reglas metodológicas externas que deberían ser satisfechas en las indagaciones.

La reflexión epistemológica es expresión de la función valorativa que puede lograrse a través de la superación científica metodológica en su conjunto y se ha situado como momento necesario, en la construcción del modelo representativo del proceso de formación del estilo de pensamiento holístico- dialéctico.

La apropiación de una cultura científica en sus momentos capitales, es esencial. Esta no la proporciona el contenido de su disciplina particular por importante que ella sea, ni la proporciona la didáctica como una ciencia social específica. Esta cultura científica proporciona la visión epistemológica de su objeto de trabajo, que permite la inserción del mismo en el proceso global del movimiento del pensamiento. De ahí el notable interés en la ciencia social contemporánea hacia los estudios epistemológicos.

La postura epistemológica no es una simple posibilidad de elección sino una nueva protección de los intereses individuales y colectivos de la superación y de la actividad metodológica en su conjunto, realizada por el investigador.

Se muestran y definen los instrumentos para la recolección de datos: entrevistas, cuestionarios, revisión documental. Se presentan los criterios que dan el contexto de

¹⁰ ADORNO, Theodor W. (2001). Epistemología y Ciencias Sociales. Trad. De Vicente Gómez. Fonesis – Cátedra. Valencia, España.

¹¹ GRATEROL, Esmelin. (2012). Reflexiones Epistémicas para la Sistematización de la Investigación Científica. Rev. Docencia, Investigación y Extensión, Educación y Trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

validez, confiabilidad y las pautas que se siguieron para el procesamiento de los datos, y su respectivo análisis.

Paradigma de la Investigación

El paradigma de la investigación, es la conceptualización del objeto de estudio de la ciencia, de los problemas para estudiar, de la naturaleza de sus métodos y de la forma de interpretar los resultados de la investigación realizada sobre el objeto de estudio. El paradigma asumido en esta investigación fue el interpretativo, que se asocia fundamentalmente con la investigación cualitativa, particularmente en el campo de las ciencias sociales. Para Córdoba, González y Bermúdez¹² (1990:90) el objeto de la investigación social interpretativa "es una acción y no el comportamiento, esto es que frente al objeto acción significación, el investigador postula una variabilidad de relaciones entre las formas del comportamiento y las significaciones que los actores le asignan a través de sus interacciones sociales"

Los sistemas y/o las organizaciones, por su complejidad y variedad resultan difíciles de entender y administrar, para entender su complejidad se hace necesario utilizar todos los instrumentos, teorías e ideas sobre naturaleza y formas de trabajo de las empresas. **Dr. K. E. Weick**¹³ "¿qué es una **organización**?" "una organización es un cuerpo de pensamiento pensado por pensadores que piensan..." En consecuencia se puede considerar que las organizaciones son instantáneas de procesos continuos y que la conciencia y atención humana seleccionan y controlan estas instantáneas. La conciencia y la atención, a su vez, pueden verse como instantáneas de procesos cognoscitivos continuos, en los cuales la mente fija conocimiento de lo que la rodea. Sin lugar a dudas que en estos procesos epistemológicos, los participantes construyen interactivamente tanto el conocimiento como el entorno. Reafirmó lo siguiente: "es posible considerar a una organización como un cuerpo de lenguaje característico que se anexa a la experiencia o que las organizaciones existen sobre todo en la mente".

Bajo estas realidades comportamentales en las organizaciones, ¿cuál es la reacción de los gerentes o los líderes de estas instituciones?. Sin temor a equivocaciones puede afirmarse que el trabajo de la gerencia consiste en administrar mitos, imágenes, símbolos y rótulos. La bandera más promocionada desde el punto de vista gerencial, como es la del "renglón de rentabilidad" de las organizaciones es un símbolo, por no decir un mito. En consecuencia, los gerentes trafican con imágenes y, como tales, "la función apropiada del gerente puede ser la de evangelista en lugar de la de contador". Este enfoque se diferencia en muchos aspectos importantes de otros tratamientos de la función simbólica de la gerencia y el uso del lenguaje y los símbolos. En donde prevalece la retórica por un lado y la adopción de decisiones por el otro.

¹² CORDOVA, Víctor., GONZALEZ, M., BERMUDEZ, L. (1997). Realidad y Sujeto. Caracas: Universidad Nacional Abierta. Dirección de Investigación y Post-Grado.

¹³ WEICK, K. E.. URL disponible en: http://gerenciaenaccion.com.ve/Compor_Hum/comport9.htm

En el contexto de las ciencias sociales se hace uso de la pluralidad metodológica, que implica hacer usos de cuantos métodos sean necesarios para comprender la realidad. **Hugo Cerda**¹⁴ (2002) señala que “el método se constituye en la manera ordenada y sistemática de hacer las cosas o determinada cosa. El orden se refiere a la manera de estar ubicadas las cosas y los elementos que hacen parte de un todo. Poner en orden, es ubicarla en el lugar que le corresponde”. De igual modo, señala que en el campo de ciencias sociales es interminable la variedad de métodos que existen y que a la larga se constituyen en los caminos propios que han adoptado cada una de las disciplinas y áreas del conocimiento (pp. 105-106).

En este sentido **Manzanos**¹⁵ (2002) dice que la pluralidad metodológica consiste en la utilización de métodos particulares y comunes a las ciencias sociales y humanas en función de su capacidad de descubrir la infinidad de relaciones, procesos y dimensiones que conforman lo social.

La utilización del paradigma cualitativo para realizar estudios en nuevos campos de aplicación permite al investigador elegir y combinar alternativas para el desarrollo de su investigación. Es importante destacar que la Etnometodología, la Fenomenología, la Hermenéutica, el Interaccionismo Simbólico, Teoría Fundamentada, Método Biográfico, que permiten trascender los diferentes hechos sociales, para entender y comprender las acciones de la vida cotidiana de los sujetos en su ámbito.

Garfinkel¹⁶ los sujetos en la vida cotidiana, en sus actividades prácticas, circunstancias prácticas y razonamiento sociológico práctico; le conceden la misma atención a las actividades diarias que a las extraordinarias. Para **Garfinkel** la Etnometodología se propone analizar cualquier coyuntura social, en la perspectiva de que cada elemento tiene sentido para la realización de sus acciones prácticas. Los sujetos parten de una estructura social, están continuamente comprometidos en el decidir, reconocer, evidenciar el carácter racional en su forma de actuar.

En esta investigación se asumirá el paradigma de la investigación interpretativo, el cual permite el abordaje de la sustentación gerencial en la complejidad organizacional e institucional del siglo XXI, desde las diferentes perspectivas Gerentes, Administradores, Supervisores, que participan dentro de este sector, estableciendo una interrelación entre el investigador y el sujeto de estudio por intermedio del diálogo y aplicación de instrumentos que permitan comprender su realidad; esto se consigue a través de la comunicación y el intercambio de opiniones e ideas, lográndose de esta manera una comprensión compartida del fenómeno a ser estudiado.

Tipo de Investigación

¹⁴ CERDA, G. Hugo. (2005). Los Elementos de la Investigación. Como Reconocerlos, Diseñarlos y Construirlos. Ed. El Búho LTDA. 1^{ra} Reimpresión. Bogotá, D.C.

¹⁵ Manzanos

¹⁶ GARFINKEL, Harold. (1967). Studies in Ethnomethodology. Englewoods Cliffs. NJ: Prentice Hall. New York.

La Investigación Científica¹⁷ es uno de los procesos que contribuye a la solución de los problemas que enfrenta el hombre en su relación con la realidad objetiva, por lo que se erige en una necesidad del mismo en la búsqueda e indagación a los problemas que se presentan en la vida cotidiana y profesional, en su relación con los demás hombres en la sociedad y con la naturaleza, de ahí que este proceso investigativo se dirija a explicar e interpretar esas realidades en aras de transformarla y ponerla en función de satisfacer sus necesidades e intereses tanto materiales como espirituales.

Interpretándolos desde su esencia epistemológica y metodológica y asumiendo la transformación a través de una profunda y consciente construcción científica los ejes epistémicos sistematizadores no han de ser la repetición mecánica de determinados conocimientos específicos en el terreno de la epistemología y la metodología, sino que deben orientar y regir el proceso lógico de la investigación. Ellos permiten buscar un criterio de ordenamiento y análisis de los discursos y prácticas investigativas sobre una base epistemológica sin pérdida de la diversidad necesaria, enriquecer la identidad propia, por tanto conducen y determinan la directriz del proceso investigativo, a la vez que vehiculan los contenidos necesarios que permiten hacer emerger el contenido dialéctico del pensamiento teórico en todas sus relaciones multifacéticas.

El tipo de investigación, está definido como el alcance que tendrá la investigación, es decir, el grado de profundidad con la que se aborde un objeto o fenómeno. El tipo de estudio tomara en cuenta el estado de conocimiento del objeto y el enfoque de los objetivos.

Se realizara una investigación de tipo Etnometodológica con apoyo en la Hermenéutica, Fenomenología, con direccionalidad cualitativa.

Esta posición permite realizar el análisis de las actividades normales cotidianas de los¹⁸ sujetos dentro de la estructura social, dentro de la cual interactúan y en particular los métodos empleados por los individuos para realizar sus acciones de todos los días. Esto facilita el abordaje del objeto de estudio permitiendo su comprensión e interpretación dentro de la realidad.

En el ámbito de las ciencias sociales se ha planteado prácticamente desde su emergencia una reflexión en torno a cuatro diversos tipos de relaciones: en primer lugar, respecto de la relación entre teoría e investigación empírica; segundo, alrededor de la relación entre la teoría y las diversas imágenes del mundo, incluidas aquí tanto aquellas que remiten a la religión como aquellas que se refieren a ideologías políticas; en tercero, sobre la relación entre la teoría y las preguntas normativas que orientan y dan sentido a la propia investigación y, finalmente, en cuarto y último lugar, en torno a la relación entre el saber y la comprensión teóricos por parte de los investigadores, por un lado, y el saber y la

¹⁷ GRATEROL, Esmelin. (2012). Reflexiones Epistémicas para la Sistematización de la Investigación Científica. Rev. Docencia, Investigación y Extensión, Educación y Trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. Nº 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

¹⁸ RUSQUE, Ana María. (2012). De la Diversidad a la Unidad en la Investigación Cualitativa. 4^{ta} Reimpresión. Ed. Vadell Hnos. Caracas, Venezuela.

comprensión prácticos de los actores sociales legos, por el otro (cfr. Joas y Knobl, 2004: 13 y ss.)¹⁹ .

La Etnometodología^{20 21} se centra en la comprensión e interpretación de sucesos y significados de la vida cotidiana y está fundamentada la tradición fenomenológica y el Interaccionismo Simbólico.²²

La Etnometodología pretende describir al mundo social tal y como se está continuamente construyéndose, emergiendo como realidad objetiva, ordenada, inteligible y familiar. Es la perspectiva teórica y metodológica a la que se le atribuye como principal raíz disciplinaria, la Sociología.

En los años cuarenta Garfinkel²³ describe la Etnometodología, y aparece sistematizada en los años sesenta, y con el tiempo, ésta fue tomando gran importancia desarrollándose en diferentes direcciones, fue en esos años cuando **Zimmerman** concluyó que ya no existía una única Etnometodología sino que abarcaba una serie de líneas de investigación más o menos diferentes. Se caracteriza por sus numerosos estudios empíricos, desde los análisis²⁴ de ambientes institucionales, como juzgados o comisarías, hasta el análisis de las conversaciones, las formas de pasear o de hablar en público. La Etnometodología junto con otras perspectivas como la fenomenología social de **Berger** y **Luckmann**^{25 26}, el Interaccionismo simbólico de **Mead** y **Blumer**, y la teoría dramaturgica de **Goffman**, se proponen estudiar al mundo social desde lo dado, es decir, desde sus contextos de ocurrencia y de producción. Entre otras perspectivas se encuentran: la etnografía y la teoría fundamentada expuestas desde los años treinta por la escuela de Chicago y, con un énfasis mas sociológico se encuentran; la hermenéutica, expuesta por pensadores filosóficos como **Dilthey**, **Gadamer** y **Weber**; y la teoría crítica expuesta por **J. Habermas** como una forma diferente de asumir las ciencias sociales, en la cual se plantea el enfoque histórico que considera la explicación del mundo desde las relaciones del lenguaje, la tradición y la historia, es parte de un movimiento general de la reflexión sociológica posparsoniana por retornar al mundo social en su cotidianidad (Atkinson, 1988; Attewell, 1974; Gildow, 1972;

¹⁹ GARZA, T. Enrique, LEYVA, Gustavo. (eds). (2012). Introducción en Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. 1^{ra} Ed. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F.

²⁰ CORDOVA, Nery. (2012). La Etnometodología y la Gerencia frente al Siglo XXI. Rev. Docencia Investigación Extensión educación y trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

²¹ CORDOVA, Nery. (2012). La Etnometodología y la Gerencia frente al Siglo XXI. Trabajo Presentado en el Seminario Métodos Cualitativos y Competencias en Investigación. (Dr. Esmelin Graterol). Doctorado en Gerencia. FACES. Comisión de Estudios. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y sociales.

²² FRISBY, David. (1993). Georg Simmel. Fondo de Cultura Económica. 1^{ra} Reimpresión. (Colección Brevarios N° 512). México, D.F.

²³ Garfinkel

²⁴ GARZA, T. Enrique, LEYVA, Gustavo. (eds). (2012). Introducción en Garza Toledo E., y Leyva Gustavo (eds). Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F. 1^{ra} Ed. Pág. 19-32.

²⁵ LUCKMANN, T. (1996). Teoría de la Acción Social. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, España.

²⁶ LUCKMANN, T. (2007). La Realidad de los Medios de Masas. Coedición Anthropol. Ed. Universidad Iberoamericana México. España.

Heritage, 2003, 1998; Maynard y Clayman, 1991; Sharrock, 1989). Este movimiento lleva, aunque de distintas maneras, a una revalorización del ser humano y de sus capacidades cognitivas en la explicación de las prácticas y acciones sociales.

Los Etnometodólogos aceptan la importancia de las construcciones de significado, pero no se interesan tanto por las actividades mentales de la persona sino en cuanto en la acción y en la interacción procedente de dichas actividades (Caballero Romero, 1991)²⁷. Se centran en el análisis cualitativo detallado de las pautas de interacción social, la manera en que las personas crean y construyen sus formas de vida, el orden y las reglas sociales.

La Etnometodología fue propuesta por el sociólogo Harold Garfinkel al publicar *Studies in Etnomethodology* (Estudios en Etnometodología) en el año 1967. Se trató de una respuesta crítica a la sociología estructural de su tiempo, debido que rechazaba aquellos discursos sociales que calificaban la acción humana de automatista, así como las teorías que daban por sentados conceptos como estructura, clase social, cultura, sistema, familia, identidad, entre otros conceptos. Es la principal figura del campo Etnometodológico hasta hoy. Pero es importante resaltar que él en sus estudios no parte de cero. Está sometido a dos influencias principales; Talcott Parsons²⁸ sobre el problema del orden social y los escritos fenomenológicos de Alfred Schutz.

Garfinkel estudia con Parsons en Harvard a finales de la década de 1940-50, intentó repensar las categorías fundamentales de la teoría sociológica con la “Teoría de Acción”, buscando conectar personalidad, cultura y sistema social. La clave para Parsons era identificar las fuerzas que estructuran socialmente las elecciones que pueden realizar los actores.

Dado que estas fuerzas estructurales sociales tienen que estar radicadas en la acción misma y tienen, al mismo tiempo que trascender de algún modo a dicha acción. Parsons las denomina “propiedades emergentes” de la acción, las más significativas de estas propiedades emergentes son los compromisos de valor normativo, que son compromisos compartidos que tienen los actores sobre qué tipos de elecciones de acción son adecuadas en qué tipos de situaciones.

Para Garfinkel, el logro de Parsons no está tanto en su solución teórica al problema del orden social como en su reconocimiento de que la Sociología requiere un análisis elaborado de su fenómeno fundamental, la naturaleza de la acción, como base de su conocimiento empírico. Para Garfinkel el test de las ideas de Parsons tiene que estar en el²⁹ tipo de conocimiento que generan: en las descripciones de la vida social corriente que hacen posibles, en el acceso que proporcionan al sociólogo hacia las actividades cotidianas en cuantos fenómenos socialmente organizados.

²⁷ Caballero Romeo

²⁸ PARSONS, Talcott. (1960). *Structure and Process in Modern Societies*. Glencoe III. Free Press.

²⁹ CORDOVA, C. Víctor. (2010). *Los Modos de Vida Aspectos Teóricos y Metodológicos*. Ed. La Espada Rota. Caracas.

Se está viendo a la Etnometodología como una reacción de corte individualista frente al colectivismo vigente a la época, además que Garfinkel señala que Parsons consideraba según Teóricos de las Ciencias Sociales, al actor en minusvalía, que la acción tiene un carácter adaptativo es decir: pasivo y conformista en lugar de activo y constructivo. Garfinkel acusa a Parsons de no preocuparse por los actores y la acción, de considerar que la cultura y la sociedad funcionan automáticamente, siendo los actores un mero instrumento de pasividad.

Giddens los estudios Etnometodológicos se centren en la producción de la sociedad, en tanto que realización inteligente de los actores ordinarios, pero se interesan mucho menos por su reproducción en tanto que conjunto de estructuras (1997), no le pareciera en pleno Siglo XXI, sencillo ser aplicada organizacionalmente, sería todo un desafío, debido a que como recomienda no tratar los hechos sociales como cosas, sino considerar su objetividad como una realización social, y por lo tanto, tiende a tomar su línea en cuanto a que la autoorganización del mundo social no se debería situarse en el Estado, la política o cualquier superestructura abstracta sino en las actividades prácticas de la vida cotidiana de los miembros de la sociedad. Por otra parte, señala, que éstas actividades se realizan conjuntamente en las interacciones; y la gente las realiza ateniéndose a los presupuestos y a los tipos de conocimiento propios de la "actitud natural".

Harvey Sacks otra figura principal del campo, por su creatividad análoga a la de Garfinkel, pero que la aplicó a un solo propósito: el estudio de la organización de las conversaciones cotidianas, estudio raíz del Análisis Conversacional clave en la aplicación de la Investigación Cualitativa Etnometodológica.

No hay que perder la perspectiva que aparte de **Garfinkel, Sacks** y **Cicourel**, hay otros Etnometodólogos más o menos conocidos como: **Edward Rose** y **Egon Bittner, David Sudnow, Roy Turner, Don Zimmerman, Lawrence Wieder, Melvin Pollner** y **Howard Schwartz**, discípulos más jóvenes de Garfinkel” (Caballero Romero³⁰, (1991)) con quienes el encuentro es obligatorio más aún cuando quieres adentrarte al tema de manera seria y rigurosa.

Autores más recientes ofrecen interesantes visiones sobre el tema: **J. Heritaje, E. Livingston, W. Sharrock** y **R.J. Anderson, R. Turner, T.P Wilson, K Leiter**, y si es el campo educativo la Etnometodología tiene mucho que aportar, **Alain Coulon** es una de las lecturas obligadas.

Wilson, discípulo de Garfinkel en un artículo de 1970, afirma que hay (2) paradigmas complementamente distintos en Sociología; 1. El Normativo y 2. el Interpretativo, asocia el normativo al funcionalismo de Parsons, afirmando que concibe la relación del actor con las normas de un modo completamente fijo, rígido y formal. La Etnometodología, por el contrario, basa el significado por completo en las interpretaciones de los actores, no el significado fijo de la normativa misma.

³⁰ Caballero Romeo

La segunda influencia en Garfinkel, fue la de Schutz Alfred^{31 32}, quien aplica la filosofía Fenomenológica de Husserl al campo sociológico. Analiza los fundamentos de la comprensión sociológica de modo muy distinto a Parsons. Para Parsons de lo que se trata es sobre todo, de explicar cómo surgen los sistemas de acción, sistemas que tienen las propiedades de cooperatividad, predictibilidad, estabilidad y racionalidad, es decir propiedades de orden. Para Schutz, en cambio, hay que situar los fundamentos de la sociología no a nivel de la acción en cuanto teorizada desde la perspectiva del “sistema” sino al nivel de la acción en cuanto experimentada por el autor en el mundo de la vida cotidiana. Afirmo que Parsons intentaba unificar la perspectiva “subjetiva” del actor y la perspectiva “objetiva” del sociólogo y que hacía esto transformando el punto de vista subjetivo del actor en el punto de vista objetivo del sociólogo.

Schutz presenta por primera vez sus ideas a comienzos de la década 1930-40 criticando la concepción weberiana de la sociología interpretativa. Él estaba de acuerdo con Weber en que experimentamos nuestro entorno social como una realidad socialmente significativa.

El mundo social cotidiano es una “realidad interpretativa”. En consecuencia, el sociólogo cuando investiga, debe intentar captar los significados subjetivos que los actores asignan a sus acciones. Para él lo “objetivo” y lo “Subjetivo” son dimensiones de la perspectiva de sentido común de los actores.

Este “conocimiento de sentido común” es a lo que se refiere al conocimiento del mundo social que tienen los actores por el hecho de vivir en su mundo cotidiano. Así el conocimiento de sentido común nos permite categorizar y nombrar la realidad que experimentamos, viendo de “qué tipo de realidad” se trata. Dado que según Weber, el sociólogo nunca puede “conocer realmente” lo que está en la mente de un actor, la única descripción que puede dar del significado es idealizada y exagerada (Típica-ideal). Además señala, si las comprensiones de cada actor son completamente “subjetivas” en el sentido de Weber, el sociólogo debería explicar cómo estas comprensiones se mezclan suficientemente para producir pautas estables y ordenadas de la vida social. Esta línea de pensamiento lleva inevitablemente a la solución parsoniana al problema del orden.

El carácter común y “objetivo” de la vida cotidiana es algo que todos nosotros como sociedad, en cuanto a actores sociales damos por supuesto. Esperamos que los demás sepan de lo que hablamos y vean lo que vemos. Para Schutz^{33 34}, pues, lo “objetivo” y lo “Subjetivo”, son dimensiones de la perspectiva de sentido común de los actores.

Contribuciones y Acepciones

La Etnometodología es la que estudia los métodos o procedimientos con los que los integrantes de la sociedad dan sentido a la vida cotidiana o actúan en ella; desde la

³¹ SCHUTZ, Alfred. (1962a). Estudios sobre Teoría Social. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

³² SCHUTZ, Alfred. (1962b). El Problema de la Realidad Social. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

³³ SCHUTZ, Alfred. (1972). Fenomenología del mundo social. Ed. Paidós. Buenos Aires.

³⁴ SCHUTZ, Alfred. (1986). La Construcción Significativa del Mundo Social. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, España.

consideración de que el orden social está determinado por los continuos actos interpretativos de los sujetos implicados.

Estudia los procedimientos por los que los miembros de otras disciplinas concretan su objeto inteligible de investigación.

Según Garfinkel los estudios etnometodológicos analizan las actividades cotidianas como métodos que sus miembros usan para hacer que esas actividades sean racionalmente visibles y reportables para todos los efectos prácticos, es decir, “explicables”.

Parte de que los fenómenos sociales no tienen capacidad, por sí solos, para imponerse a las personas, sino que son estas las que hacen posible la producción de hechos sociales en su práctica social cotidiana.

La Etnometodología no niega las estructuras, sino su factibilidad separada de las prácticas humanas, o sea, las considera un proceso y no un estado.

Y su centro está en la interpretación de las diversas caras que puede tener una realidad humana, ya sea individual, familiar, social o, de cualquier grupo humano.

La familia es vista como una actividad social que solo es posible descubrir y conocer en la acción y explicaciones que dan de ella los propios miembros que la componen y la construyen.

Supuestos

Los hechos sociales no determinan desde fuera la conducta humana, sino que ellos mismos son el resultado de la interacción social que se produce continuamente a través de su actividad práctica cotidiana.

Los seres humanos son agentes activos capaces de articular procedimientos que les son propios para definir, según las circunstancias y los significados, las situaciones sociales en las que están implicados.

A través de ellos se explican las creencias, teorías, modelos, metáforas y métodos que emplean las personas para construir su mundo social buscando la explicación en los mismos actores que lo producen y en el curso de la propia acción.

Herramientas

Indicación

La vida social se construye a través de la utilización del lenguaje y del significado de una palabra o expresión en el marco de un contexto en particular. Es necesario estudiar cuándo

se utilizan las palabras y expresiones para comprender la dimensión exacta de lo que se está hablando.

Expresiones indicativas como "esto, yo, usted, aquí, ella, allá, etc." están rodeadas de una situación y de un contexto lingüístico. Es decir, aunque una palabra o expresión pudiera tener un significado situacional, también podría tener uno diferente en cada contexto particular. Por ello se afirma que la combinación de palabras y contexto es lo que da sentido a una expresión.

Reflexividad

Se destaca el hecho de que el lenguaje no solo se utiliza para referirse a algo, sino también, y principalmente, para hacer algo; es decir, no se limita a representar el mundo, sino que interviene en ese mundo de una manera práctica.

La reflexividad destaca el hecho de que una descripción es una referencia a algo y, al mismo tiempo, forma parte de su construcción.

Descripción

Toda la acción social es descriptible, manifiesto y analizable para la Etnometodología. Por ello, el concepto de discurso no se limita al uso lingüístico, sino que se refiere a toda la acción social. Es como hacer visible el mundo y hacer comprensible la acción al describirla, ya que el sentido de la acción social se revela en el marco de los procedimientos que se emplean para expresarla.

Noción de Miembro

Convertirse en miembro de un grupo o de una organización no supone solo adaptarse, sino también participar activamente en la construcción de este. El miembro no adopta pasivamente las reglas del grupo, sino que es corresponsable de su construcción cuando participa en él. Los grupos, organizaciones o instituciones se crean y se recrean en la práctica cotidiana de sus miembros. El miembro es una persona dotada de un conjunto de procedimientos, métodos y actividades que la hacen capaz de inventar dispositivos de adaptación para dar sentido al mundo que la rodea.

Método Etnometodológico

Se aplica para explicar el orden, coordinación y cohesividad sociales; a partir del análisis de las interacciones cotidianas, caracterizadas por el compromiso emocional de los participantes, con sus procedimientos interpretativos y expectativas.

Estilos o tendencias de investigación Etnometodológica

El primer estilo, es el de los estudios sobre las prácticas de trabajo efectuadas por Garfinkel y sus estudiantes de California, Egon Bittner, Zimmerman, Lawrence Wieder, Howard Schwartz. A este grupo podemos sumar el formado por Aaron Cicourel en Santa Bárbara hasta su separación definitiva de Garfinkel en el Simposium de Boston de 1974, con Melvin Pollner, H. Elliot, H. Mehan, Marshall Shumsky y H. Wood. En general son estudios sobre actividades ocupacionales ordinarias, aunque Garfinkel se interesó concretamente en las actividades de físicos y matemáticos. La idea surgió al comprobar que muchos estudios sociológicos trataban "sobre" las ocupaciones y no directamente "las" ocupaciones.

El 2^{do} estilo sobre los estudios de la conversación. Se originaron con los trabajos conjuntos de Garfinkel, Sacks y Schegloff. Estos estudios examinan los trazos organizacionales del lenguaje natural en las interacciones cotidianas, como por ejemplo las conversaciones telefónicas, los saludos, las producciones de historias y de informes o las bromas en el contexto de su enunciación. Los volúmenes editados por Sudnow (1972), Schenkein (1978), Psathas (1979) o Rod Watson y Heritage (1985) ofrecen una buena muestra de ello.

El 3^{er} estilo surgido de la Etnometodología, es la sociología cognitiva. A partir de 1974, Cicourel³⁵ acuñó el término "sociología cognitiva" (1974; 1980) y emprendió un tipo particular de investigación. Su continuador ha sido Mehan (1985).

El 4^{to} estilo es el grupo "análisis", está encabezada por P. McHugh y A. Blum. Su principal aporte se debe fundamentalmente a su desarrollo de las implicaciones del problema de la reflexividad

Encontraremos que su trabajo útilmente puede ser visto como el producto de la búsqueda constante de una pregunta: ¿cómo vienen actores sociales para saber en común, lo que ellos hacen y las circunstancias en las cuales ellos lo hacen?

La Etnometodología y el Enfoque Cualitativo

Investigación Cualitativa

Para la conceptualización epistemológica sobre la Etnometodología, es necesario analizar el modelo cualitativo y conocer que implica el utilizarlo. Éste modelo constituye un esfuerzo por entender la conducta de los actores a través de la interpretación de las formas de vida que los caracteriza en la sociedad. Esto conlleva a la interpretación del sentido común de los actores en sus escenarios sociales. El llamado paradigma cualitativo no tiene pretensiones de universalización, por ello plantea la contextualización de la teoría en espacio y tiempo.

³⁵ CICOUREL, Aaron. (1964). El Método y la Medida en Sociología. Ed. Nacional. Madrid.

Sus enunciados son afirmaciones cuya validez se limita en el ámbito cultural e histórico. Por otro lado, rechaza la idea de cuantificar la realidad humana y rescata la importancia del “contexto, la función y el significado de los actores humanos” (Martínez, 2009)³⁶. Trata de interpretar el accionar de la gente, es decir, los motivos y creencias que le permiten desentrañar la naturaleza de la vida humana.

Los autores clásicos de corriente cualitativa, plantean como uno de sus objetivos principales del nacimiento de la Sociología, aparte del estudio de la realidad social, de convertirla en una ciencia; y para ello había que definir el objeto científico y usar un método científico para su estudio.

E. Durkheim³⁷ considera que el objeto de la investigación sociológica son los hechos sociales definidos como 'todo aquel fenómeno existente antes que el individuo, y que por consiguiente, existe fuera de él (...) Hecho social, es toda manera de hacer, fijada o no, susceptible de ejercer una coacción exterior al individuo'.

Max Weber considera que el objeto de la investigación sociológica es la acción social. Hay que estudiar el contexto cultural y el significado cultural de las manifestaciones de los individuos en su forma actual, estudiar las causas históricas de que se hayan producido así y no de otra forma.

Durkheim considera que la regla fundamental para la observación del objeto científico es la de que hay que 'considerar los hechos sociales como cosas' descartando sistemáticamente todas las preconcepciones y tomando como objeto de investigación sólo un grupo de fenómenos previamente definidos, partiendo de las sensaciones, y considerando los hechos aislados de sus manifestaciones individuales. Es decir, los hechos sociales son 'tanto más susceptibles de representarse objetivamente, cuanto más estén completamente desligados de los hechos individuales que los manifiestan'. Esto obliga a la depuración de los datos, estudiando los tipos o especies y no los sujetos o casos individuales.

Weber considera que el método de investigación ha de recurrir al estudio de tipos sociales, si bien hay que entenderlos más como representaciones ideales que como esquemas reales. Su metodología se basa en la construcción y utilización de tipos ideales (por ejemplo: la economía de mercado, la artesanía, e.o.), es decir, la idea que hacemos de estos fenómenos sociales, debido a que estas ideas son, en realidad, tipos ideales. Las diferencias fundamentales entre ambos nacen de el objetivo de estudio. Para Weber la acción social y para Durkheim el hecho social.

Weber reafirma lo subjetivo del fenómeno social: hay que comprender el sentido que el propio individuo da a su conducta. Por el contrario, el hecho social es exterior al individuo, y además, produce una coacción en él.

³⁶ MARTINEZ, Miguel. (2009). El Paradigma Emergente hacia una Nueva Teoría de la Racionalidad Científica. Ed. Trillas 2^{da} Ed. México.

³⁷ Durkheim E.

Metodológicamente, sus representantes se interesan en el enfoque interpretativo y fenomenológico para reforzar su posición antipositivista y, en esta medida, se centran en las manifestaciones de la razón humana para revalorizar el papel del sujeto en la construcción de la realidad social. Es decir, la mente humana es la que elabora percepciones para reconstruir el objeto de la realidad, dándole forma a la “materia” primaria que le proporcionan los sentidos. Para ello, utiliza categorías o formas propias, estructuradas con presupuestos o reglas generales, lenguaje, filosofía y estructura teórica:

Estas formas, lo que se percibe y su significado dependerán de nuestra formación previa, de nuestras expectativas teóricas actuales, de nuestras actitudes, creencias, necesidades, intereses, miedos, ideales. Los objetos, los eventos, las situaciones, no tienen un significado en sí mismo; más bien, el significado se lo confiere el observador. De aquí, la necesidad de recoger los datos ubicados siempre en su contexto y la importancia de recurrir a una técnica hermenéutica, para interpretarlos, ya que su significado permanecería oculto ante un análisis meramente positivista.

La incorporación del enfoque cualitativo en la acción gerencial nos permite cuestionar la generalización sistemática y descontextualizada de los métodos cuantitativos para sustituirlos por los métodos cualitativos que ponen el énfasis en la vida cotidiana, en la cual se valora el sentido que da a ésta el gerente. Esto significa el rechazo a las concepciones naturalistas, en la cual lo humano y lo histórico están reducidos al modelo de las ciencias naturales. Entre las vertientes que se derivan del enfoque cualitativo se encuentran el Interaccionismo Simbólico, la Etnometodología y la investigación-acción.

Para los etnometodólogos, los métodos que usan los miembros de la sociedad para comprenderse y comprender el mundo social no son diferentes de los empleados por los sociólogos profesionales para adquirir un conocimiento "científico" del mundo. Garfinkel toma prestado de K. Manheim, para ilustrar esta continuidad entre sociología profana y profesional, el "Método documental de interpretación", que el autor alemán reservaba para el conocimiento científico.

Según Manheim ³⁸ mediante el método se busca un "patrón idéntico homólogo subyacente a una gran variedad de realizaciones totalmente diferentes en su sentido". Efectivamente, los actores sociales buscan continuamente patrones en las conductas de nuestras interacciones cotidianas, de no hacerlo los intercambios no tendrían sentido.³⁹

Estamos obligados a evocar patrones subyacentes para hacer frente a la irremediable indexicalidad. El método documental de interpretación permite ver las acciones de los otros

³⁸ KETTLER, David., MEJA, Volker., STHR, Nico. (1989). Karl Manheim. Fondo de Cultura Económica. (Colección Breviarios 506). México, D.F.

³⁹ REMMLING, Gunter W. (1982). La Sociología de Karl Mannheim. Fondo de Cultura Económica. (Colección Breviarios 292). México, D.F.

como la expresión de patrones de conducta y esos patrones, a su vez, permiten ver lo que son las acciones.⁴⁰

El fenómeno de Indexicalidad refuerza la idea de atenerse a la situación en curso convirtiéndose, en manos de los etnometodólogos, en una herramienta privilegiada para la interpretación de la acción. Dado que la contextualización de las acciones es siempre una contextualización imputada, esa misma imputación se convierte en un elemento clave para poder explicar dichas acciones.

El tema de la Indexicalidad tal y como es abordado por la Etnometodología representa un intento efectivo de introducir el aspecto lingüístico en la teoría sociológica. Además, si admitimos que la naturaleza del discurso y de la acción social es irremediamente indexical, deberá reinterpretarse la relación entre el actor y la norma, y en consecuencia entre el razonamiento profano y el profesional.

La noción de indexicalidad, remueve las bases de la psicología "profesional" puesto que pone en el mismo plano los "descubrimientos" de los sociólogos académicos y el conocimiento del sentido común. Dicho de otra manera, la indexicalidad evidente e irremediable del lenguaje y de las situaciones sociales, pone en duda la existencia de la ruptura epistemológica entre el sujeto y su objeto de estudio. El sujeto, está constantemente ligado al objeto que quiere estudiar, y sin ruptura epistemológica, no hay sociología profesional posible.

Hablar de indexicalidad significa, desde este punto de vista y en contra de lo que pretende la ciencia tradicional, que el sentido es siempre local y que no hay generalización posible. Esta constatación dificulta cualquier empresa de construcción de una semántica para una lengua concreta, lo que, a su vez, compromete gravemente toda posibilidad de construir gramáticas formales.

Las lenguas naturales, por tanto, no son susceptibles a definiciones absolutamente precisas, fenómeno daña gravemente las bases de la lingüística general.

En consecuencia, comprender un texto es en parte razonar, pero también ejercer una función creativa o adivinatoria que es la que interesa al etnometodólogo. Por tanto, todas las ciencias que exponen sus conclusiones en lenguaje natural, ven su carácter científico seriamente afectado.

Los individuos hacen inteligible la sociedad construyendo patrones y esos patrones les permiten entender al mundo social. Sin embargo, y a pesar de que el sociólogo profesional hace exactamente el mismo trabajo que el actor social, extraer y aplicar patrones, descontextualizar y contextualizar, al trabajo del profesional se le llama objetivación y al del actor subjetivismo.

⁴⁰ MANNHEIM, Karl. (1978). Diagnostico de Nuestro Tiempo. Fondo de Cultura Económica. Colección Popular. 7^{ma} Reimpresión. México. D.F.

Garfinkel denuncia esta comparación irónica entre razonamiento profano y razonamiento profesional que relega al actor al papel de minusválido cuya única posibilidad es actuar conforme a las alternativas preestablecidas como legítimas por la cultura. En los casos en que las explicaciones de los actores no coincidan con las del científico deben rechazarse los argumentos del primero y el experto propondrá una explicación científica de sus acciones en función del papel de las normas y los valores interiorizados. Esta actitud permite marginar el conocimiento de los actores sociales y calificarlo de no-racional o desviado, cuando no se atenga a los cánones lógico-empíricos de la investigación científica.

Garfinkel⁴¹ mantuvo que las actividades sociales cotidianas se realizan utilizando la racionalidad científica, el resultado sería la inactividad, la desorganización y la anomia. Es a todas luces inadecuado poner el conocimiento científico como estándar con el que evaluar los juicios de los actores y es, además, un obstáculo para el análisis de las propiedades de la acción práctica. Evitar estas concepciones ideales de la acción racional permite acceder a las propiedades del razonamiento que el actor aplica al elegir entre las diferentes alternativas de acción que se le presentan.

El medio técnico más apropiado en la Etnometodología es la observación independiente o participativa, según el caso, con la grabación de audio y de vídeo para poder analizar las escenas repetidas veces y, quizá, para corroborar su interpretación.

El principal problema al que se enfrenta la Etnometodología es que aunque sea el grupo el que crea las reglas de la vida en grupo y no al revés, son los propios actores los que consideran que son las reglas las que determinan la vida del grupo, la propia sociología presupone la realidad social como constituida. Ahora bien, si la Etnometodología quiere estudiar los procesos de constitución de la realidad y el orden social debe incluir, al menos como recurso implícito, la referencia a lo que es su propia labor de descripción e interacción. Caso de no hacerlo, sería un simple estudio formal de las interacciones y caso de hacerlo se encuentra ante un problema de regresión infinita puesto que cada intento de explicitar su acción se convierte en una nueva que también debe explicitarse.

Todo proceso de investigación tiene como objetivo general la construcción de un conocimiento y el método que se utilice no es más que el camino a seguir para lograrlo. En esa línea, las ciencias sociales se caracterizan por ser multiparadigmáticas, tanto a nivel epistemológico como teórico-metodológico, debido al carácter que presenta el objeto de estudio y al tipo de relación que mantiene con el sujeto investigador.

El método es un proceso riguroso, formulado de manera lógica, que debe seguir el investigador para obtener un conocimiento. **Edgar Morín**^{42 43 44}, el pensamiento complejo

⁴¹ GARFINKEL, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewoods Cliffs. NJ: Prentice Hall.

⁴² MORIN, Edgar. (Abril, 2007). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Ed. Gedisa. N^{va} Reimpresión. Barcelona, España.

⁴³ MORIN, Edgar. (2000). *Los Siete Saberes Necesarios a la Educación del Futuro*. Publicado en Co-Edición, Unidad de Publicaciones y el Centro de Investigaciones Post-Doctorales de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela y el Instituto de Educación Superior para América Latina y el Caribe IESALC/UNESCO – Caracas.

y la integración del conocimiento implican pensar y ver la realidad como una entidad compleja y pluridimensional.

Las teorías de complejización de las ciencias de **Edgar Morín**.

- El principio sistémico ecológico.
- La teoría de la acción comunicativa de Habermas.
- La posibilidad de conocer el mundo desde la perspectiva de los sujetos.
- La consideración de que la realidad debe ser complementada con múltiples miradas.
- La realización de los estudios donde tiene objeto la cotidianidad sin perder de vista lo externo.

La complejidad surge como un nuevo paradigma frente al reduccionismo, la disciplina, el absolutismo y la simplificación. Para estudiar la realidad, el investigador cuenta con numerosos métodos, además de la Etnometodología, se pueden destacar: la fenomenología, la etnografía, la teoría fundamentada, la teoría crítica, la investigación participativa, la complementariedad de métodos, las historias de vida, la hermenéutica, la semiótica, el paradigma integral, el Interaccionismo Simbólico, la autopoiesis, la investigación acción, el multimétodo, y el método comparativo continuo y el positivismo.

La Complementariedad de los Métodos

El investigador que esté estudiando una realidad se puede encontrar en medio de la investigación cualitativa que es necesario utilizar datos numéricos por lo que tiene que recurrir al abordaje del estudio utilizando la complementariedad de paradigmas, o sea abordar el estudio bajo el enfoque cuantitativo-cualitativo.

La complementariedad de paradigmas implica el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas para la recogida de datos utilizados en la investigación social e incluye el uso de la experimentación junto a las nuevas tendencias de investigación de corte cualitativo para la comprensión de fenómenos sociales entre las ya nombradas. Para la aplicación de estas técnicas, se debe conocer ambos enfoques de manera que los resultados representen a la realidad en estudio. El investigador debe comprender lo que implica la transformación de hipótesis teóricas en operaciones de investigación empírica, el diseño de experimentos como un instrumento fundamental creado por las ciencias para el estudio del nexo causal y como esa herramienta puede ser aplicada a las ciencias sociales, el uso de encuestas por muestreo, la utilización de escalas como las de Likert o técnicas para estudiar las interacciones personales en grupos, el uso de las fuentes de estadísticas oficiales para datos (demográficos, económicos, financieros, e.o.) y las técnicas y tipos de muestreo, y por el otro, debe conocer las técnicas de investigación social como la observación con sus fases y su desarrollo y la entrevista, la cual presenta diferencias dependiendo del enfoque ya sea cualitativo o cuantitativo, sus distintos tipos, sus fases y las formas de conducirlas.

⁴⁴ MORIN, Edgar. (1989). La Noción de Sujeto, Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Ed. Paidós Iberica. Barcelona, España.

Adicionalmente, el investigador que utiliza este método debe manejar los documentos que sirven de base a la investigación social ya sean los personales, los grupales o los institucionales.

La influencia de los sujetos en la percepción del mundo. La complementariedad permite tener una visión más amplia del objeto porque la combinación de métodos reduce las posibles limitaciones de cada método tiene y hace que la investigación sea mucho más completa y refleje la realidad en estudio.

Aporte de la Etnometodología al Campo Gerencial

La mayoría piensa que las organizaciones –sobre todo las grandes y exitosas– son prototipo de orden, disciplina, regulación y otros conceptos análogos, muchas de ellas con base en modelos de jerarquización verticales, con procesos de toma de decisiones centralizadas dentro de los esquemas de la racionalidad limitada e instrumental. Se tomará en cuenta por lo menos dos Premisas, partiendo de una posición de compromiso social de la Gerencia, la cual le exige: 1^o, una reflexión crítica acerca de la Jerarquía y su rol como expresión de la racionalidad instrumental en la dirección y, en 2^{do} momento, la revalorización del papel que cumple la epistemología para construir un nuevo conocimiento en el campo gerencial. El cumplimiento de estas dos premisas, como debería identificar los principales lineamientos, objetivos, principios, valores del estudio de la Investigación, así como fuentes epistemológicas y antecedentes de lo que con mayor esfuerzo podría constituir un nuevo ámbito de conocimiento con las características de una sociología gerencial, basada en ese compromiso social que motiva una investigación. El resultado de este estudio, seguro abonará el terreno que impulse el “uso” de la disciplina cualitativa, a través de algunos modelos y perspectivas que posibilitarían, el estudio de las tendencias, contradicciones y cambios de una acción gerencial, la cual debería vincular lo científico con lo ético-político y la realidad cotidiana.

Es un tema en la cual hay mucho que estudiar y analizar. No debe perderse de vista que las transformaciones sociopolíticas culturales actuales en el mundo, exigen un nuevo conocimiento gerencial, un conocimiento que esté a tono con las nuevas realidades e innovaciones del día, no solo para el éxito de una gobernabilidad dentro de las instituciones y sus directivos, sino para enfrentar la desviación producida por una estandarización de los procesos y estructuras, basadas en la racionalidad instrumental y en la búsqueda desmedida del lucro o poder personal en algunos cargos, que dejan a un lado lo humano que existe en cualquier empresa.

H. Garfinkel, más que plantear un conocimiento elaborando modelos, como hace Schutz, intenta avanzar en ese mundo de 'expectativas escondidas', de conocimientos 'dados por supuestos' y, sobre todo, de las reglas y normas que establecen la formación de ese conocimiento de sentido común.

Lo que pretende la Etnometodología es, que la gente se apropie y utilice el método para dar sentido y a la investigación, y al mismo tiempo, lograr la comunicación, la toma de

decisiones, la racionalidad y la acción en la vida cotidiana. A la Etnometodología le interesa conocer el cómo de la estructura social: cómo se crea ese sentido de estructura y cómo los miembros se intercambian este sentido de estructura social en la vida cotidiana, cómo se toman decisiones y cómo se mantiene la realidad de la convivencia. Esto implica no sólo el conocimiento mundano, del sentido común, sino también cómo se intercambia este conocimiento en cada situación y en cada momento, es decir, el lenguaje y las actividades de interpretación: la conversación.

El objeto principal de la investigación etnometodológica lo constituyen los fenómenos de vida cotidiana respetados en toda su integridad situacional. Lo principal se sitúa en aquello que fundamentalmente se da por supuesto en esta vida cotidiana, aquello en lo que los actores están de acuerdo y debe ser manejado como objeto y como recurso.

Este tipo de investigación cualitativa presta atención a las interacciones humanas tal cual se presentan en la vida cotidiana, analizando el lenguaje implicado en ellas, principalmente el no verbal, cuyos significados subyacen en un conjunto de reglas de la comunidad establecidas a través de las costumbres y condicionan el comportamiento de las personas

Los criterios metodológicos para éste tipo de investigación, se basan en reproducir la realidad social a través de la observación directa e inmediata, debido a que los análisis de la realidad social son más bien descripciones de esa realidad social. Es por ello, que hay que analizarla a través del lenguaje y utilizando 'técnicas de ruptura de la vida cotidiana', es decir, 'técnicas de creación y de observación de la incongruencia'

Para que se produzca el cambio profundo de tal racionalidad, deben realizarse transformaciones dentro de la visión Gerencial; la cual posiblemente requerirá nuevos conocimientos técnicos, económicos, políticos y éticos y hasta nuevos enfoques de trabajos con el colectivo.

La idea de constituir un estudio Etnometodológico en una empresa cualquier sea su origen: Salud, Educativo, Ambiental...podría ser decisiva para la transición del poder y los cambios paradigmáticos de una dirección gerencial. Conocer la realidad dentro de una empresa, no es una tarea fácil no solo por lo complejidad que ella presenta y representa, sino por la visión que tengan sus Directivos, sin importar si es una empresa pública o privada.

En tal sentido el Etnometodólogo, debe utilizar teorías previas que le ayuden a comprender el fenómeno en estudio, para entender los datos naturales y además aplicar los métodos para enfrentar la complejidad de la investigación.

Usualmente, el investigador tiende a ser influenciado por el fenómeno, donde tienen significado y sentido sus percepciones, interpretando la realidad desde su experiencia personal, eso no debe suceder, debe ser desde las acciones de los actores, no se quiere saber qué piensa el actor sino que hace y cómo lo hace.

Cuando la filosofía y su carga de pasión por el conocimiento se aplica a las organizaciones sociales, éstas tienden a rediseñarse a sí mismas, se redescubren y se reinventan dentro del marco llamado Rombo Filosófico que, según Bédard, R. (1996), comprende cuatro dimensiones básicas y claves para la investigación cualitativa: la praxeología (creación: lo bello, lo bueno), la epistemología (validación de la verdad), la axiología (legitimación: el bien) y ontología (significación: la razón de ser). Las cuatro dimensiones no están separadas sino son parte de una misma realidad. Estas dimensiones están en interacción de una manera armoniosa. Son complementarias y están interrelacionadas además íntimamente articuladas y finalmente son convergentes. Cada una condiciona la presencia de las otras. Estos cuatro dimensiones unidas a la metodología aportan el sustento básico para toda investigación. Para construir el Rombo Filosófico, la humanidad tuvo que transitar por un largo camino conocido como arqueología del pensamiento. Ésta comienza en la Prehistoria, pasa por las grandes civilizaciones, la modernidad, la postmodernidad hasta nuestros días (transmodernidad) en el cual el discurso se centra en la complejidad y en los cambios de paradigmas.

Como se puede notar el conocimiento y el progreso social ha sido acumulativo y ha ido adaptándose a las exigencias del entorno en la búsqueda de soluciones a los problemas de la sociedad. Ahora bien, se trata de trascender los límites impuestos por las modas gerenciales y avanzar hacia un pensamiento autónomo, que cobra pertinencia con el planteamiento de las “comunidades científicas” (Kuhn, 2006)^{45 46 47}, las cuales se deben conformar para compartir y aportar conocimientos dentro de una visión común según las siguientes premisas fundamentales:

- La calidad de vida.
- El compromiso social.
- El dominio científico-técnico.

La Realidad Gerencial Compleja del Siglo XXI⁴⁸:

Para la Etnometodología, su fin es conocer lo que hacen las personas y cómo lo hacen. Ellas son parte esencial de las organizaciones, las cuales han sido objeto de estudios desde hace varias décadas. La mayoría de los autores en la materia ubican el comienzo del estudio de las organizaciones desde tres vertientes. 1. Los que afirman que empieza con los estudios de la burocracia de Weber (1864-1920); 2. Vertiente, quienes ubican su inicio con la aparición de la teoría científica de la administración de Taylor (1856-1915) y la teoría clásica de Fayol (1841-1925) y; 3. Postura, quienes opinan que comenzó a partir de los

⁴⁵ KUHN, Thomas S. (2006). La Estructura de las Revoluciones Científicas. Trad. de Carlos Solis Santos. 3^{ra} Ed. Fondo de Cultura Económica. (Colección Breviarios 213). México, D.F.

⁴⁶ BARNES, Barry. (1986). Thomas S. Kuhn y las Ciencias Sociales. Fondo de Cultura Económica y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. (Colección Breviarios 390). México, D.F.

⁴⁷ GONZALEZ, Wenceslao. (2004). Análisis de Thomas Kuhn: Las Revoluciones Científicas. Colección Estructuras y Procesos Serie Filosofía. Ed. Trotta. Madrid, España.

⁴⁸ Silva

trabajos con enfoque sociológico durante los años treinta del siglo veinte y la llegada de los científicos de la conducta a las organizaciones.

Para establecer los antecedentes de los estudios de la organización, se precisa la revisión de la evolución del pensamiento administrativo a través de las diversas culturas de la antigüedad e historia media. En el seno de las antiguas civilizaciones se desarrollaban trabajos organizados que, en su búsqueda de caminos para satisfacer las necesidades humanas, dieron origen a las entidades que hoy día conocemos como organizaciones.

En plena Revolución Industrial el economista **Adam Smith**⁴⁹ (en **Keynes J. M.**)⁵⁰, comienza a estudiar el fenómeno de la administración y puede ser considerado como el principal inspirador de la teoría empresarial. En su obra, publicada en 1776, se refiere a la división del trabajo, así como la importancia de la empresa y de los clientes. Fue el primer defensor de la libre empresa y por lo tanto, del sistema capitalista actualmente vigente. Los primeros esfuerzos orientados al estudio de las organizaciones en la era moderna se presentan con los trabajos de la Administración científica de F. Taylor en Norteamérica y la *Administration Industrielle et Générale* de Henry Fayol en Europa. Ambas obras representan verdaderos paradigmas en los estudios de la administración. Con el desarrollo de la industrialización a principios del siglo veinte, se advirtió que las investigaciones dirigidas a la maquinaria, ampliación de la planta y a los procesos técnicos, eran insuficientes para satisfacer la demanda de productos en la incipiente época de la producción en masa y de consumo creciente. Fue entonces cuando los dirigentes de las organizaciones comenzaron a estudiar el desempeño del ser humano.

Parsons⁵¹, contempla a la organización como un sistema social compuesto por varios subsistemas (grupos, áreas) y embebido a su vez en otros sistemas sociales más amplios (comunidad, sociedad) y lo analiza desde el punto de vista institucional-cultural, partiendo de los valores de la organización. Así mismo, las clasifica en: 1) organizaciones orientadas a la producción; 2) organizaciones orientadas a fines políticos; 3) organizaciones integrativas y 4) organizaciones tipo conservación. Simon⁵², cuya lectura es referencia obligada para los estudiosos de las organizaciones, afirma que una parte de la dificultad y de la resistencia a analizar los factores organizativos del comportamiento ejecutivo nace de la mala interpretación de la palabra organización. En su libro, el término se refiere al complejo diseño de comunicaciones y demás relaciones en un grupo de seres humanos, donde las realizaciones estereotipadas son de papeles, no de personalidades. Uno de los investigadores que mayores aportes ha realizado a la teoría de las organizaciones es Henry Mintzberg⁵³, quien identifica diez roles en el directivo y los

⁴⁹ Smith

⁵⁰ KEYNES, J. M. (2010). *Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero*. 2^{da} Reimpresión de la 4^{ta} Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. Pág. (331-332) (345).

⁵¹ PARSONS, Talcott. (2007). *Explorations in General Theory in Social Sciences: Essays in Honor of Talcott Parsons*. New York. Tomo II. Pag. 609-638. 1976. Citado por Luckmann T. en *Realidad de los Medios de Masas*. Anthropolos. México.

⁵² Simón

⁵³ MINTZBERG, Henry., OUNN, James., VOYER, Jahn. (1997). *El Proceso Estratégico, Contextos y Casos*. Ed. Prentice Hall. Hispanoamericana. Edición Breve. México, D.F.

clasifica como: 1) roles interpersonales, cuando se manifiesta como cabeza visible, líder y enlace; 2) roles informativos, en su papel de monitor, difusor y portavoz y 3) roles de decisión, cuando el directivo actúa como empresario, gestor de anomalías, asignador de recursos y negociador. Lleva a cabo un amplio estudio acerca de la estructuración organizacional y propone un modelo en el que identifica los siguientes tres niveles: a) en la parte superior el Ápice estratégico; b) en la parte media la Tecnoestructura, la línea media y el staff de apoyo y c) en la parte baja el Núcleo de operaciones. Esta estructura tiene correspondencia con la organización general de alta gerencia, gerencia media y nivel operativo.

Diversos son los enfoques que han adoptado los investigadores de la teoría de la administración. Solamente hasta los últimos sesenta años los estudiosos han recapacitado en la importancia del desempeño de los individuos en las organizaciones, creándose la corriente de las relaciones humanas, cuya perspectiva hace al Ser Humano el centro de análisis. Este tardío interés por las personas en la organización obedece también a la aparición reciente de los procesos industriales, que dan origen a los estudios para el mejoramiento de las formas de producción y representan el germen de los estudios científicos acerca de la administración y de la organización.

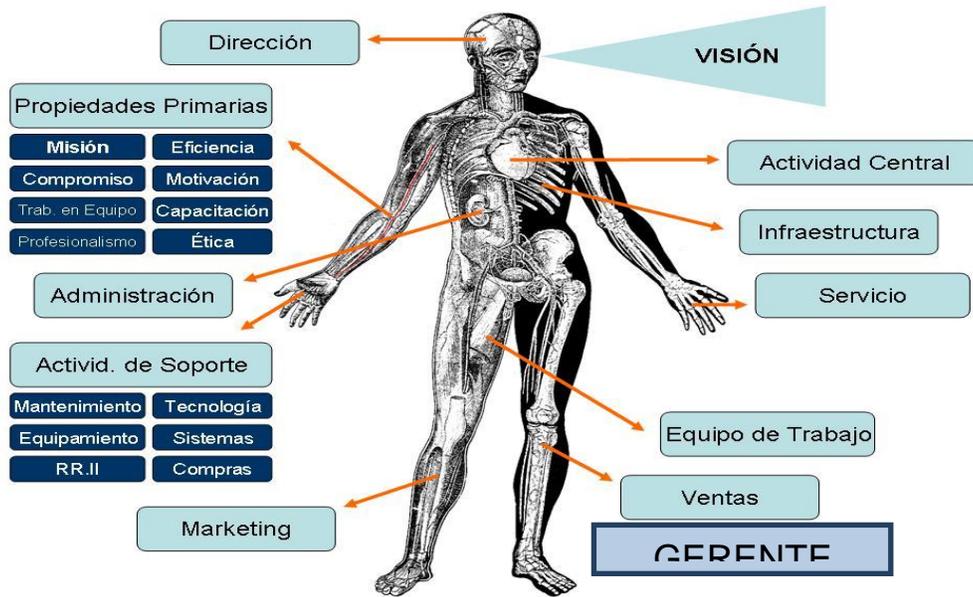
El estudio de las organizaciones implica diversos enfoques, tradicionalmente son desde el aspecto funcional, lógico, tecnológico y humano. Las perspectivas teóricas son desde las ciencias que lo examinan como la economía, la administración, la teoría de sistemas; las ciencias con orientación humanista como la sociología, psicología y antropología. La complejidad del estudio de la organización y la administración queda de manifiesto en el estudio de la historia económica. La organización es inherente a la administración desde sus orígenes y las construcciones conceptuales que se le han asignado, según Kliksberg^{54 55 56}⁵⁷, provienen de diversas aproximaciones. Un enfoque antropológico sugiere que la organización es un sistema de relaciones entre personas, la perspectiva racional hace énfasis en un sistema coordinador central o en el basamento lógico de la organización, mientras que el enfoque estructural se cuestiona acerca de las relaciones entre organización y estructura. El Ser Humano / Gerente/ Líder.

⁵⁴ KLIKSBERG, Bernardo. (2002). Una Nueva Gerencia Pública para la Modernización del Estado y Afrontar los Desafíos de la Integración.

⁵⁵ KLIKSBERG, Bernardo. (2004). Una Economía con Rostro Humano, Caracas, OPSU-CNU.

⁵⁶ KLIKSBERG, Bernardo. (2005) (Compilador). La Agenda Ética Pendiente de América Latina. 1^{ra} Ed. Banco Interamericano de Desarrollo y Fondo de Cultura Económica de Argentina. Buenos Aires, Argentina.

⁵⁷ KLIKSBERG, Bernardo. (2011). Escándalos Éticos. Ed. Temas Grupo. 5^{ta} Ed. Buenos Aires, Argentina.



En general, los fundamentos teóricos de los estudios de la organización se sustentan en un conjunto de aproximaciones que parten desde la tradicional teoría clásica de la administración, hasta entretener las propuestas del movimiento de las relaciones humanas, las ciencias del comportamiento, la escuela estructuralista, la escuela contingente, la escuela de sistemas, el enfoque del nuevo humanismo, la teoría de la decisión y las más recientes con sustento en la calidad y la mejora continua.

Este Grafico muestra las diferencias resaltantes entre éstos dos clásicos: Fredrick Taylor⁵⁸ y Henri Fayol⁵⁹, lecturas obligadas al hablar de Empresa.



⁵⁸ TAYLOR,

⁵⁹ FAYOL,

Entendemos por organización **Giddens**⁶⁰ (2001): “una amplia asociación de gente que se reúne con fines impersonales para conseguir ciertas metas”. Esta definición tan amplia incluiría el gran abanico de organizaciones que la sociedad actual ha ido creando: empresas privadas (micro-empresas, transnacionales, etc.), organizaciones/instituciones sin ánimo de lucro, empresas/instituciones mixtas de capital privado y público, etc.

La constatación de esta variedad ha llevado a algunos autores a afirmar que la sociedad actual se caracteriza precisamente por la expansión de las organizaciones; por este motivo, la comunicación que se genera dentro de ellas ha despertado también el interés de los investigadores, además que son organismos revestidos de poder.

El pensamiento sociológico a través de la Etnometodología en cuanto al estudio de las organizaciones y por ende de la Gerencia, se podría decir que ha estado mediatizado por algunas barreras:

- La atomización de la administración pública.
- Las tendencias tecnócratas.
- La poca capacidad para liderar los cambios.

Ante esta realidad, como ámbito de conocimientos y prácticas totalmente definidas, la Etnometodología tendría que constituirse en un instrumento para impulsar el cambio profundo de la gestión de la administración y contribuir tanto gubernamental como ministerio de lo público. Existen limitaciones que no permiten adelantar cambios profundos en el campo gerencial debido, entre otros aspectos, a la exigencia de ir creando producción de nuevos conocimientos además de la activación de una masa crítica para conformar líneas de Investigación. Esto será posible, ante el convencimiento de que el campo gerencial aún se mueve en el plano del instrumentalismo y racionalismo y por lo tanto requiere cambios.

Por otra parte, los lineamientos políticos centrales y objetivos estratégicos, como la ciudadanización, la justicia social y la solidaridad económica, hacen obligatorio el fortalecimiento de la disciplina sociológica para avanzar en el rigor científico y el compromiso social en aras de la aceleración del proceso de innovación tecnológica y el “desarrollo económico con rostro humano” (Kliksberg, 2004)^{61 62}.

La realidad actual es compleja, el investigador debe recurrir a métodos que le permitan entender el objeto en estudio y a teorías que lo ubiquen en la era transmoderna. Una de las teorías más relevante es la Teoría del Caos, la cual es una herramienta que ayuda a entender la realidad enmarañada que nos rodea. Esta teoría unida a la Teoría de la Catástrofe de

⁶⁰ Giddens

⁶¹ KLIKSBERG, Bernardo. (2004). Una Economía con Rostro Humano, Caracas, OPSU-CNU.

⁶² KLIKSBERG, Bernardo. (2011). Escándalos Éticos. Ed. Temas Grupo. 1^{ra} Ed. Buenos Aires, Argentina.

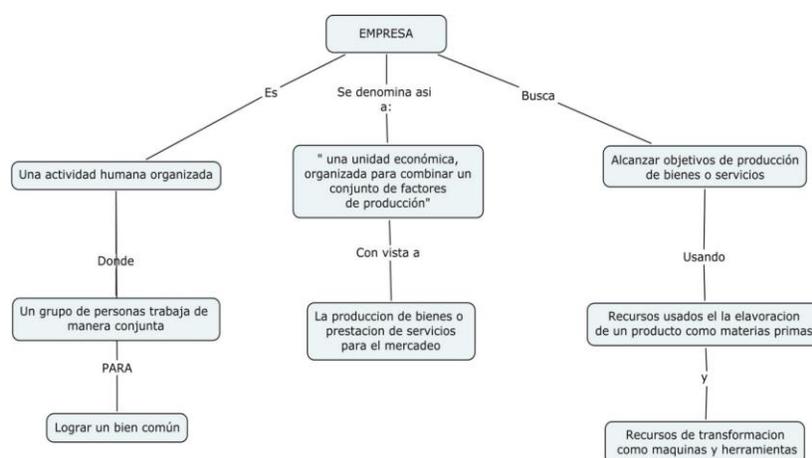
Rene Thom⁶³ puede ser aplicada a sistemas dinámicos, no lineales, favoreciendo el entendimiento de toda la complejidad y el caos actual producto de la globalización.

Un Etnometodólogo, debe estar en línea con la situación mundial actual, la cual es complicada por la presencia de muchos problemas que generan caos, incertidumbre, confusión, perturbación, inseguridad, ambigüedad, sensación de pánico, de desorganización, de desorden, de anarquía y de sensibilidad a las condiciones esenciales que son impredecibles. Es por ello, que la Teoría del Caos, según **Kellert, S.** (1993), entre otras, es importante considerarla como estudio cualitativo del comportamiento aperiódico e inestable en sistemas complejos y dinámicos no lineales y deterministas, además que observa un comportamiento aperiódico cuando no hay.

En conclusión, la Etnometodología tiene como finalidad estudiar los métodos que utilizan los individuos para otorgar sentido a las actividades cotidianas y no puede obviar las diferentes teorías existentes.

El interés cognoscitivo de la Etnometodología, no está en los métodos de investigación propiamente como tales, sino directamente en el objeto de estudio. Garfinkel, la realidad de los hechos sociales es objetiva en la medida en la que expresa la concertación de las actividades de la vida diaria. Éste es el fenómeno fundamental que va a ser estudiado por la Etnometodología, en cualquiera empresa, cómo construyen su mundo las personas que conforman ese espacio común, sumado al estudio de la racionalidad de lo cotidiano como una cualidad que requiere ser investigada de igual manera con el propósito de conocer cómo participan los actores en la sociedad, dándole sentido a las actividades que dirigen dichos actores.

Visualizando un mapa de Significados de una empresa



⁶³ AIGRAIN, Pierre. (1990). Palabras de un Hombre de Ciencia. Fondo de Cultura Económica. 1^{ra} Ed. Colección Popular. 434. México.

La organización desde la perspectiva sociológica actual plantea la búsqueda de solución a los problemas humanos en la sociedad y permite creer que es posible estructurar una teoría de la organización con fundamento en el terreno de lo social. En el campo de los estudios organizacionales se identifica un terreno intelectual fértil desde donde continuarán emergiendo teorías contrapuestas que se ocupan de las formas en que la organización puede y debería ser.

La Etnometodología es una empresa sociológica diversificada que se interesa en la naturaleza de un orden social “cumplido” y el compromiso de la gente en ese orden. Es un campo de investigación en continuo desarrollo.

La Fuerza radica en su capacidad para explicar: el orden, coordinación y cohesividad social, a partir del análisis de las interacciones cotidianas, caracterizadas por el compromiso emocional de los participantes, con sus procedimientos interpretativos y expectativas.

Se centra principalmente en cómo se desarrollan las realidades humanas; en los acontecimientos cotidianos y las influencias del conocimiento común en las ciencias humanas. Es por ello que su premisa principal es que en las ciencias sociales todas es interpretación y que nada se explica por sí solo, que hay que buscarle un sentido a todos los elementos a los que se enfrena el investigador. “Describir una situación es construirla.” (Coulon, A. 1987)⁶⁴.

Como perspectiva microsociológica, ha sido útil, para establecer una relación íntima entre identidad, síntoma, y discurso tácito por otro para sustituir el método hipotético-deductivo por uno inductivo-ideográfico, el cual nos enseña a explorar el discurso tácito desde el contexto simbólico de la familia y ha permitido diseñar una técnica de intervención para la terapia familiar denominada “conversación terapéutica” en base a preguntas limítrofes.

La Etnometodología se mueve, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible para lograr un entendimiento en profundidad.

Ha transformado la teoría de la acción social y ha puesto a disposición de los investigadores los dispositivos metodológicos y la cobertura teórica para la explicación de su constitución continua.

En la actualidad, se debe pensar en la complejidad de las organizaciones, además que son una parte de nuestras vidas mucho más importante de lo que lo han sido nunca. Cada vez que utilizamos el teléfono, abrimos el grifo... estamos en contacto con organizaciones y, hasta cierto punto, dependemos de ellas... Gracias a la compañía del agua, por ejemplo, damos por hecho que cuando abrimos el grifo sale agua, y que así ocurre también en los

⁶⁴ Coulon A. (1987).

grifos de millones de personas. Pero esta empresa también depende de otras organizaciones, como las que construyen y mantienen los depósitos; éstas, a su vez, dependen de otras, y así sucesivamente...” (2001).

Finalmente podemos decir que el estudio de las organizaciones es una ciencia en construcción y debemos tener presente la reflexión de Silverman cuando afirma que “cualquier explicación del origen de las organizaciones debe tomar claramente en cuenta la naturaleza de la sociedad en la cual ellas surjan.

La investigación Etnometodológica, se dirige a los fenómenos de pequeños grupos y se centra principalmente en el análisis del comportamiento, en el interior de las organizaciones y las instituciones más o menos reglamentadas, busca establecer como los participantes llegan a supuestos acuerdos sobre los significados, mediante el lenguaje y error de las reglas, la negociación de las reglas, y la naturalización de las mismas en el uso del lenguaje, dentro del contexto en el cual se produce el proceso de interacción y de la construcción de la realidad que emerge de la actividad cotidiana.

La **Hermenéutica**, como herramienta para la comprensión e interpretación de los contenidos de los discursos que aportan los entrevistados.

La Hermenéutica^{65 66 67 68}(del verbo griego hermeneuo, interpretar) establece los principios, métodos y reglas necesarios para conocer el sentido de lo que está escrito. Dilucida todo lo que ha sido definido con controversia, mediante un proceso inteligente donde todo lector pueda darse cuenta exacta del emisor. Es la pretensión de explicar las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el que acontece. En un principio su aplicación se vio restringida a los asuntos bíblicos, hoy en día se emplea como método en el análisis e interpretación de textos y contextos en todas las aéreas, y gracias a **Schleiermacher** y **Dilthey** adquiere una dimensión específicamente filosófica, pariendo de dos concepciones fundamentales: (a) la hermenéutica es el arte de evitar el malentendido, y (b) la comprensión plena del detalle presupone que el conjunto ya es comprendido. En la ciencia gerencial aplica el modelo interpretativo de los textos y la comunicación en general al ámbito ontológico, donde la realidad no es más que un conjunto heredado de datos (textos, relatos, mitos, narraciones, saberes, creencias, monumentos e instituciones)

⁶⁵ LANCIANESE, F. Wladimir. (2012). La Hermenéutica: herramienta gerencial para la interpretación de las necesidades del componente humano y el proceso de toma de decisiones. Rev. Docencia Investigación Extensión educación y trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

⁶⁶ LANCIANESE, F. Wladimir. (2012). La Hermenéutica: Herramienta gerencial para la interpretación de las necesidades del componente humano y el proceso de toma de decisiones. Trabajo Presentado en el Seminario Métodos Cualitativos y Competencias del Investigador. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y sociales. Comisión de Estudios. Doctorado en Gerencia.

⁶⁷ LEYVA, Gustavo. (2012). La Hermenéutica Clásica y su Impacto en la Epistemología y la Teoría Social Actual. en Garza Toledo E., y Leyva Gustavo (eds). Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F. 1^{ra} Ed.

⁶⁸ VELAZCO, G. Ambrosio. (2012). Hermenéutica y Ciencias Sociales. en Garza Toledo E., y Leyva Gustavo (eds). Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F. 1^{ra} Ed.

heredados y presentes que fundamentan el conocimiento de lo que es el mundo y el hombre mismo en el contexto productivo.

El concepto de Hermenéutica ha evolucionado desde la interpretación de los oráculos o signos ocultos divinos y las atribuciones de dichos actos al alma. Con los estoicos, la hermenéutica alegórica, por ejemplo, trabajada en los contenidos racionales escondidos en los mitos. Posteriormente, en el pensamiento judío y cristiano, se ha asociado a las técnicas y métodos de interpretación de textos bíblicos, aunque esta exégesis atienda solo al análisis lingüístico y ciertos aspectos simbólicos. Más tarde la hermenéutica profana se ha dado en la interpretación de textos clásicos, jurídicos e históricos.

La hermenéutica significa también traducción, explicación, expresión o interpretación que permite la comprensión; se refiere a la interpretación de un texto, la posibilidad de referir un signo a su designado para adquirir la comprensión, para hacer que una situación sea comprensible o llevada a la comprensión.

Su término deriva del nombre del dios griego Hermes, el mensajero, al que los griegos atribuían el origen del lenguaje y la escritura y al que consideraban patrono de la comunicación y el entendimiento humano. Originalmente expresaba la comprensión y explicación de una sentencia oscura enigmática de los dioses u oráculo, que precisaba una interpretación correcta. Deriva directamente del adjetivo “saber”, explicativo o interpretativo, especialmente de las Sagradas Escrituras, y del sentido de las palabras de los textos, así como el análisis de la propia teoría o ciencia volcada en la exégesis de los signos y de su valor simbólico. Su origen se encuentra en la teología cristiana, donde la hermenéutica tiene por objeto fijar los principios y normas que han de aplicarse en la interpretación de los libros sagrados de la Biblia, que siendo revelados por Dios pero compuestos por hombres, poseían dos significados distintos: el literal (significado de las palabras utilizadas para la escritura, exigiendo la justa interpretación) y el espiritual (interpretación ética de la “Palabra de Dios” a través del sentido alegórico – reconocimiento en Cristo – moral – acción de la justa interpretación de la palabra para el correcto accionar – y anagógico- simbología activa y profunda perdurable en el tiempo según el efecto de los niveles anteriores).

Fueron los alemanes Friedrich Ernst Daniel Schleiermacher (1768-1834), Wilhelm Dilthey (1833-1911) y Edmund Husserl (1859-1938) quienes emplearon la hermenéutica como método para explicar toda manifestación de la vida del hombre.

Desde el Romanticismo y trascendiendo el imperio teológico, Friedrich Schleiermacher (1768-1834)⁶⁹ ve en la hermenéutica un proceso de reconstrucción del espíritu de los

⁶⁹ Schleiermacher, Friedrich Teólogo y Filósofo Alemán educado en escuelas Morabas y luteranas. Se separó de esta formación ante su resistencia a entrar en diálogo con la filosofía de su tiempo. Estudió la filosofía Kantiana y fue discípulo de Friedrich Von Schlegel, un líder del romanticismo en los círculos literarios de Berlín. Fue ordenado al ministerio en 1794 y comenzó su asociación con los círculos de la filosofía romántica. Fue el primer calvinista que enseñó en la Universidad luterana de Halle en 1804 y en 1810 fue el 1er teólogo invitado a enseñar en la Universidad de Berlín. Era un eucemista consumado. Abogó por la unión de las iglesias calvinistas y luteranas en Prusia.

antepasados, planteando un círculo hermenéutico para poder interpretar correctamente los textos a través de una dimensión objetiva, relacionada con la construcción del contexto del autor, y otra subjetiva y adivinatoria, que consiste en trasladarse al lugar del autor. Para él la hermenéutica es un práctica que garantiza la buena interpretación de un texto hablado o escrito, es la: "... reconstrucción histórica y adivinatoria, objetiva y subjetiva, de un discurso dado".

Posteriormente aparece la dualidad entre ciencias naturales y ciencias del "espíritu" tras la influencia del Historicismo Diltheiano de Wilhelm Dilthey (1833-1911)^{70 71} quien afirmaba que toda manifestación espiritual humana, y no solo los textos escritos, tiene que ser comprendida dentro del contexto histórico de su época. Si los acontecimientos de la naturaleza deben ser explicados (Método Explicativo), los acontecimientos históricos, los valores y la cultura deben ser comprendidos (Método Comprensivo).

Esta dualidad se distinguió por el uso de un método analítico esclarecedor, y el uso de un procedimiento de comprensión descriptiva. Comprensión y aprehensión de un significado y sentido es lo que se presenta como contenido. Se determina la comprensión por el sentido y el sentido apenas por la comprensión, sobreponiéndose esta; y toda comprensión es aprehensión de un sentido.

Afirmaba Dilthey, que todo conocimiento de las ciencias del espíritu es una comprensión y un conocimiento histórico, que es posible porque la vida misma (el objeto de estudio de las ciencias del espíritu) genera estructuras tangibles e intangibles, concediendo a la hermenéutica el papel de disciplina encargada de interpretarla permitiendo el conocimiento de las ciencias del espíritu.

El problema de la comprensión fue tratado posteriormente por Martin Heidegger⁷² a través⁷³ de la llamada "Estructura Circular" (toda interpretación, para producir comprensión, debe tener comprendido lo que va a interpretar). Introduce nuevos elementos en la hermenéutica al dejar de considerarla únicamente como un modo de comprensión del

⁷⁰ DILTHEY, Wilhelm Filósofo, Historiador, Sociólogo, Psicólogo y estudioso de la hermenéutica (estudio de las interpretaciones y significados de textos) de origen alemán. Como profesor de filosofía en las Universidades de Basilea, Kiel, Breslau (actual Wrocław, Polonia) y Berlín combatió el dominio ejercido en el ámbito del conocimiento por las ciencias naturales u "objetivas"; y pretendía establecer una ciencia "subjetiva" de las humanidades ("Ciencias del Espíritu") como disciplina metodológicamente diferenciada de las "Ciencias de la Naturaleza". Para él estos estudios humanos subjetivos (derecho, religión, arte e historia) deberían centrarse en una "realidad histórica-social-humana". Razono que todo saber debe analizarse a la luz de la historia, sin esta perspectiva el conocimiento y el entendimiento solo pueden ser parciales.

⁷¹ DILTHEY, Wilhelm. (2007). Historia de la Filosofía. Fondo de Cultura Económica. 10ª Reimpresión. Traducción: Eugenio Imaz. (Colección Breviarios 50). México, D.F.

⁷² HEIDEGGER, Martin Estudio Teología Católica, ciencias naturales y filosofía en la Universidad de Friburgo de Brisgovia; discípulo de Heinrich Rickert, uno de los máximos exponentes del neokantismo de la Escuela de Baden y luego asistente de Edmund Husserl fundador de la fenomenología, influyó en toda la filosofía del existencialismo del siglo XX, fue uno de los primeros pensadores en apuntar hacia la "destrucción de la metafísica", planteando el problema que sostiene que la filosofía no es la verdad sino el lenguaje, con lo que hizo un aporte decisivo al denominado giro lingüístico, problema que ha revolucionado la filosofía.

⁷³ NUÑO, Juan A. (1962). La Revisión Heideggeriana de la Historia de la Filosofía (la Tarea de la Destrucción de la Historia de la Ontología en Relación con la Filosofía Griega). Separata del Anuario Episteme. Nº 3. EBUC. Caracas.

espíritu de otras épocas y pensarla como el modo fundamental de situarse el ser humano en el mundo y afirmar que existir es comprender. Desde entonces su hermenéutica de la “Facticidad” se convierte en una filosofía que identifica la verdad con una interpretación históricamente situada (Hans-Georg Gadamer). La hermenéutica es considerada entonces desde esta perspectiva, la escuela de pensamiento opuesta al positivismo.

Lo propio realizó Paul Ricoeur⁷⁴ quien propone la “Hermenéutica de la Distancia”, o la interpretación entre el emisor y el receptor. De aquí surge una teoría cuyo paradigma es el texto, es decir, todo discurso fijado por la escritura, con el contundente desplazamiento del a intención del autor y cobra independencia con respecto a él. El texto ahora se encuentra desligado del emisor, y es una realidad metamorfoseada en la cual el lector, al tomar la obra se introduce, pero a su vez propone un “Yo” (Dasein), que debe ser extraído por el lector en la tarea hermenéutica.

Para él, interpretar es extraer “el ser en el mundo” que se halla en el texto. De esta manera se propone estudiar el problema de la apropiación del texto, es decir, de la aplicación del significado del texto a la vida del lector. La reelaboración del texto por parte del lector es uno de los ejes de la teoría de Paul Ricoeur, donde la interpretación del comportamiento humano, remitiéndose a la historia, no se contraponen con las de las finalidades que persigue el ser humano, ambas se complementan, aunque dialécticamente se unen y se niegan, se integran y se transforman constantemente.

Mauricio Beuchot^{75 76} también hace su aporte al proponer la llamada “Hermenéutica Analógica” o Hermenéutica de lo Simbólico (1997) basada en el concepto de analogía, que se estructura como intermedia entre la univocidad y la equivocidad. La univocidad tiende a la identidad entre el significado y su aplicación, es una idea positivista que pretende objetividad. Mientras que la equivocidad es la diferencia del significado y de aplicación, y tiende al relativismo y subjetivismo.

Esta hermenéutica trata de evitar posturas extremas, abriendo el margen de las interpretaciones jerarquizándolas de una manera ordenada de modo que exista una interpretación que sea el analogado principal y otras interpretaciones que sean analogados secundarios. Así se plantea como una postura moderada donde puede plantearse la interpretación de los textos con una postura ni equivocista (lo que no es) ni univocista (lo que es), sino prudente en un punto medio.

⁷⁴ RICOEUR, Paul Filósofo y Antropólogo Francés (1913-2005) hijo de familia protestante con fuerte motivación familiar al estudio de la biblia e influenciado por las ideas de Karl Jaspers y Edmund Husserl, durante su periodo de prisionero de guerra. Combino la Descripción Fenomenológica y la Interpretación Hermenéutica.

⁷⁵ BEUCHOT, Mauricio., GIANNI, Vattimo., AMBROSIO, Velasco. (2006). Hermenéutica Analógica y Hermenéutica Débil. UNAM. México.

⁷⁶ NAVIA, Mauricio., RODRIGUEZ, Agustín. (2010). (Compiladores). Hermenéutica interpretaciones desde Nietzsche, Heidegger, Gadamer y Ricoeur. Ed. por el Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes Mérida, Edo. Mérida. Colección: Ciencia Humanística, Serie Filosofía. 1^{ra} Ed. 1^{ra} Reimpresión. Impreso en Graficas el Portatitulo. Mérida, Venezuela.

Cuando se realiza un análisis histórico de la hermenéutica, se puede encontrar que representa un proceso contradictorio donde las distintas formas de interpretación y el reconocimiento de sus fundamentos siempre abren un espacio de contenido futuro. Por tanto, se puede establecer diferentes formas de utilizarla, dependiendo del contexto literario y filosófico en donde se practique.

Más cerca del Presente

Una de las aportaciones más discutidas de la hermenéutica fue su abierto rechazo a considerar a la historia únicamente como una sucesión de hechos (“positivismo histórico”). Según la hermenéutica, el intérprete o hermeneuta debe separarse de su tiempo, de sus juicios personales, de su esencia y lograr la contemporaneidad con el texto de referencia y el autor del mismo, interpretándolos, renunciando a cualquier intención o normatividad de actualidad.

En una posición más reciente, entre las proposiciones hermenéuticas más importantes se encuentra la de Hans Georg Gadamer^{77 78} quien postula que la interpretación, sin ser normativa, debe relacionarse con los problemas actuales. A partir de esta consideración, Jürgen Habermas afirma que el hermeneuta debe tomar en cuenta las circunstancias de enajenación y de dominación institucional en el análisis de su posición y la del autor-texto, evidenciando la distancia existente entre la situación histórico-social del propio interprete y la correspondiente a la del propio autor-texto.

No es solo interpretar al autor-texto a través de una especie de intuición psíquica misteriosa como postularon Schleiermacher y Dilthey, sino de recuperar la comprensión del mundo real del autor-texto, y aun superarla por medio de la reflexión.

El “Círculo Hermenéutico” es un recurso explicativo a través del cual se establece, desde la perspectiva dialéctica, que el “Todo” siempre es más que la “Suma de sus partes” pues los elementos solo resultan comprensibles dentro de todo el contexto, sin embargo este es explicado en función de sus partes y de las relaciones existentes entre las mismas, generando la siguiente nomenclatura: la palabra dentro de la oración; esta, dentro del capítulo; el capítulo, dentro de todo el texto; el texto, presentado en su tiempo.

El método hermenéutico ofrece como resultado final un trabajo en forma de lectura que dista los derivados de procedimientos nomológicos o inductivos, por lo que es descalificado constantemente al no responder a la tradición cientificista de presentar separadamente las reflexiones teóricas, las estructuras conceptuales clasificadas y otros criterios de categorización.

⁷⁷ GADAMER, Hans G. (2007). *Verdad y Método*. Ed. Salamanca. Decima Segunda. Colección Hermeneia. España.

⁷⁸ GADAMER, Hans G. (2010). *Verdad y Método*. Volumen II. Ed. Salamanca. 8^{va} Ed. Colección Hermeneia. España.

En la actualidad, Gadamer promueve la existencia de una sola hermenéutica, se apoya el Circulo Hermenéutico del todo y las partes, resaltando Rico Gallegos (2001) de Gadamer, que:

El mismo concepto del todo solo debe entenderse como relativo. La totalidad del sentido que se trata de comprender en la historia o en la tradición no se refiere en ningún caso al sentido de la totalidad de la historia... la finitud de la propia comprensión es el modo en el que afirman su validez la realidad, la resistencia, lo absurdo e incomprensible. El que toma en serio esta finitud tiene que tomar en serio la realidad de la historia. (Gadamer. 1988).

Para Gadamer la comprensión y el donde y como se realiza, se concentra en ponerse de acuerdo con alguien sobre algo; el lenguaje es un medio universal para lograr el consenso y la comprensión; a través del dialogo se alcanza la comprensión, todo acto de comprender viene a ser un interpretar; la comprensión dinámica por medio del lenguaje, se mueve en un círculo encerrado en la dialéctica constante de pregunta y respuesta; la dimensión lingüística de la comprensión indica que es la concreción de la conciencia de la historia efectista; y la tradición consiste en el existir en el medio ambiente del lenguaje, en cuanto el pasado dinámico que se actualiza, y reconoce su sentido con nuevas ideas e intensiones.

Razón por la cual para Gadamer la comprensión se presenta como una tarea necesaria de dirección metodológica desde la conciencia de histórica concreta, con clara delimitación temporal en la ocurrencia de los hechos que se desean conocer.

El ponerse de acuerdo en una conversación implica que los interlocutores están dispuestos a ello y que van a intentar hacer valer en si mismos lo extraño y adverso. Cuando esto ocurre recíprocamente y cada interlocutor sopesa los argumentos al mismo tiempo que mantiene sus propias razones, se llega progresivamente a una transferencia reciproca, imperceptible y no arbitraria de los puntos de vista (intercambio de pareceres) hacia una lengua común y una sentencia compartida.

El alcance de la hermenéutica va ligado, según Gadamer, a los alcances de la ciencia. En donde existe un lenguaje que transmitir y comprender, o textos que traducir, se hace evidente lo necesario de este método, convirtiendo el fenómeno de la comprensión y su correcta interpretación en un problema concreto de la ciencia moderna muy a pesar de la cuadratura de método científico en sí mismo. Comprender e interpretar lo oral, lo escrito y lo expresivo, no es solo una instancia científica, sino que pertenece a la experiencia humana durante toda su historia, muy a pesar de la pretensión de universalidad de la metodología científica para su legitimación.

Por lo que la hermenéutica se establece como una metodología que busca la comprensión de la verdad (muy a pesar de lo que Gadamer llamo en su momento; fantasía creadora del que investiga); mediante la interpretación: el arte de la hermenéutica.

Representa la herramienta para interpretar lo desconocido y lo comprendido y comprender toda la experiencia humana de lo vivido a través del texto, la expresión oral o artística, que

traspasa el quehacer científico y lleva el conocimiento a la complejidad de lo cotidiano – lo presente.

Habermas^{79 80 81 82 83} valora la hermenéutica como una vía crítica que tiene como tarea llegar hasta el seno mismo del pensamiento como naturaleza no reconciliada con los intereses de la historia, acentuando el acto hermenéutico en la interpretación de los códigos lingüísticos que envuelve una razón envuelta en lengua. Para Habermas, la hermenéutica se ocupa de la racionalidad humana, expresión de pensamiento colocada en el mundo por el conocimiento del código lingüístico recreado a través de los intereses de la historia.

Siendo así, el llamado Circulo Hermenéutico se concreta en la práctica por medio de: a) la disposición del sujeto interprete a la acción de comunicación, con basamento teórico para disgregar los significados que el sujeto interpretado, a través del texto, le ofrece, como único elemento de pre-comprensión de su subjetividad; b) la rigurosidad metodológica que el acto de la interpretación requiere, adecuando temporalidad y contexto socio-cultural y respetando el formato semántico que exhibe el texto; y c) la capacidad de discutir dialécticamente en la construcción de discursos en y sobre lo producido por el hermeneuta como aplicante, y al texto, como situación de faticidad apropiada.

La palabra **Fenomenología**^{84 85 86} se deriva de la palabra griega fenómeno, que significa lo intuitivamente dado. La palabra tiene diversas acepciones y en el lenguaje de la fenomenología designa...“todo contenido inmediatamente contemplado o vivido, en oposición a los contenidos sólo pensados, mediatamente conocidos” (Brugger, 1965, 214). El término fenomenología se encuentra muchas veces en el desarrollo histórico de la Filosofía antes que Husserl lo utilizara, pero la acepción moderna de la palabra está ligada explícitamente al método particular que el plantea: La Ontología por Esencias”.

La **Fenomenología**⁸⁷, es el método que describe el significado de la conceptualización experiencia desde la perspectiva de quienes la han vivido, con el fin de llegar al significado

⁷⁹ GADAMER, Hans G. (2006). Estética y Hermenéutica. Introducción de Ángel Gabilondo. Trad. de Antonio Gómez Ramos. Colección Neometropolis. Ed. Tecnos (Grupo Anaya, C.A.). 3^{ra} Ed. Madrid, España.

⁸⁰ HABERMAS, Jurgen. (2002). Teoría de la Acción Comunicativa II, Crítica de la Razón Funcionalista. Ed. Taurus Aguilar. México, D.F.

⁸¹ HABERMAS, Jurgen. (2007). Teoría de la Acción Comunicativa I, Racionalidad de la Acción y Racionalización Social. 3ra Reimpresión. Ed. Taurus Aguilar. México, D.F.

⁸² HABERMAS, Jurgen. (2011). Verdad y Justificación. 2^{da} Reimpresión. Ed. Trotta. Colección Estructuras y Procesos. Serie Filosofía. La edición ha contado con la ayuda de Goethe – Institut Inter Naciones Bonn Alemania. Madrid, España.

⁸³ NUÑO, Juan A. (1994). Ética y Cibernética. Ed. Monte Ávila Latinoamericana. 1^{ra} Ed. Caracas, Venezuela.

⁸⁴ ASCANIO, R. Consuelo. (2012). El Método Fenomenológico, Investigación Social Cualitativa y de la Organización. Rev. Docencia Investigación Extensión educación y trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

⁸⁵ ASCANIO, R. Consuelo. (2012). El Método Fenomenológico, Investigación Social Cualitativa y de la Organización. Trabajo Presentado en el Seminario Métodos Cualitativos y Competencias del Investigador. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y sociales. Comisión de Estudios. Doctorado en Gerencia.

⁸⁶ DREHER, Jochen. (2012). Fenomenología: Alfred Shutz y Thomas Luckmann, en Garza Toledo E., y Leyva Gustavo (eds). Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F. 1^{ra} Ed.

⁸⁷ HUSSERL, Edmund. (1929). Meditaciones Cartesianas. (Colección: Clásicos del Pensamiento). Traducción y Estudio Preliminar de Mario A. Presas. Título Original: Cartesianische Meditations. Ed. Tecnos. Madrid.

eidético, que enfatiza el retorno a la intuición reflexiva para describir y clarificar la experiencia vivida y constituida en la conciencia. Permitiendo la comprensión de cómo aparecen los objetos en el mundo de la vida cotidiana, sería el entorno vital desde el que se sitúa el sujeto humano, y se entiende su relación con otros y la naturaleza. Es un proceso interpretativo, de acciones, de perspectivas, de representaciones ligadas a la experiencia. Se analizan las relaciones intersubjetivas de la interacción social, a partir de las relaciones interpersonales y las actitudes de las personas que son reproducidas o modificadas en la vida cotidiana.

Edmund Husserl definió la Fenomenología, como el estudio de las estructuras de la conciencia que capacitan al conocimiento para referirse a los objetos fuera de sí misma y al analizar los contenidos de la mente, identificó una serie de actos como el recordar, desear y percibir y determinó su contenido abstractos que llamó “significados”. Esos significados permiten a un acto ser dirigido hacia un objeto bajo una apariencia concreta y afirmó que la direccionalidad, que él llamaba “intencionalidad” era la esencia del conocimiento.

Desde allí se desprende una serie de desarrollos teóricos que se explican aquí con el propósito de establecer la base para la comprensión de la aplicación de la fenomenología husserliana y la de sus seguidores más significativos como Maurice Merleau-Ponty^{88 89} y Alfred Schutz y en investigaciones realizadas en el campo de otras disciplinas sociales, tales como la Psicología, la Sociología y los Estudios del área Gerencial y Organizacional, con el propósito de contribuir al análisis de una interesante vía de investigación en la organizaciones y de las competencias necesarias para su adecuado despliegue, tratando de valorar si esta posición que preconiza la necesidad del desprendimiento del mapa valorativo que poseemos todos los investigadores es factible de realizar en la práctica de la investigación y si ella de ser posible no nos conduce al tratamiento vacuo o carente de significados de las acciones sociales o se convierte en un elemento de obstáculo a la praxis del cambio social.

La Fenomenología: Epistemología, Filosofía y Ciencia⁹⁰

La Fenomenología de Husserl estudia la Experiencia para revelar la Conciencia y se la denomina Fenomenología Trascendental. Era el estudio de los componentes básicos de los significados que hacen posible la intencionalidad. Posteriormente, en **Meditaciones Cartesianas** (1929)⁹¹ introdujo la fenomenología genética, a la que definió como el estudio de la formación de esos significados en el curso de la experiencia. A esta razón se debe que a Edmund Husserl (1859–1938)^{92 93 94} se le conozca como el "padre" de la fenomenología,

⁸⁸ MERLEAU PONTY, M. (2008). El Mundo de la Percepción. Siete Conferencias. 2^{da} Ed. Fondo de Cultura Económica. (Breves). Buenos Aires, Argentina.

⁸⁹ ARON, Jean Paul. (1988). Los Modernos. Fondo de Cultura Económica. (Colección Breviarios N° 462). México. D.F.

⁹⁰ HUSSERL, Edmund. (1962). Lógica Formal y Lógica Trascendental. Ensayo de una Crítica de la Razón Lógica. Centro de Estudios Filosóficos – UNAM. México.

⁹¹ HUSSERL, Edmund. (1929). Meditaciones Cartesianas. (Colección: Clásicos del Pensamiento). Traducción y Estudio Preliminar de Mario A. Presas. Título Original: Cartesianische Meditations. Ed. Tecnos. Madrid.

⁹² HUSSERL, Edmund Nació en 1859 en el seno de una familia judía en la ciudad de Prossnitz, hoy Prostějov, actual República Checa. Estudió física, matemáticas, astronomía y filosofía en las universidades de Leipzig, Berlín y Viena,

pues primero la definió como una psicología descriptiva y posteriormente como una disciplina eidética fundacional y epistemológica para estudiar las esencias.

La Fenomenología era filosofía, epistemología y ciencia.⁹⁵ Pretendió establecer una base epistemológica para la filosofía que la convirtiera en propiamente científica, base que halló en el método que llamó «fenomenológico». En su voluntad de resolver la clásica oposición entre racionalismo y empirismo este filósofo propone la superación de una actitud naturalista y psicologista a través de un método por el cual el yo se convierte en espectador desinteresado de sí mismo y es capaz, de este modo, de reconstruir la estructura de la conciencia y el mundo como fenómeno que aparece en ella. La evidencia primera viene dada por esta aparición del objeto a la conciencia, previa a cualquier interpretación subjetiva, y que constituye propiamente la esencia de los objetos. En este sentido planteó volver «a las cosas mismas», aunque en realidad se refiere al objeto que aparece a la conciencia (fenómeno).

Se dedicó al problema fundamental de todas las filosofías, es decir: “¿cómo el conocimiento es posible? ¿Cómo el conocimiento puede conducir a una verdad indudable?”. Y se interrogó fundamentalmente sobre las condiciones de validez del conocimiento y sobre las exigencias de un punto de partida indiscutible a partir del cual un tal conocimiento es posible. En este sentido plantea Hughes:

Aunque la corriente de la perspectiva humanista representada por Weber reconoció la parcialidad de las versiones científicas sociales, la tradición fenomenológica no abandonó la búsqueda de un fundamento seguro del conocimiento, pero lo buscó en un lugar distinto del positivismo. La fenomenología tomó muy en serio, la idea de que el conocimiento es un acto de conciencia. Para Husserl, el ‘mundo’ significa un mundo experimentado y hecho significativo en conciencia. Es por medio de actos de conciencia y sólo por medio de tales actos como el mundo se nos da y se nos presenta. Esto puede decirse tanto de la ciencia como de cualquier otro o de conocimiento.

La respuesta clásica al problema filosófico que está en la base de la validez de los conocimientos científicos, había consistido en afirmar que había un punto de partida indudable, el hecho que el mundo que se ve, que sus elementos concretos, existen en sí, de eso no se puede dudar, que ese es el mundo objetivo y es el mundo que se expone ante las personas y no hay diferencia entre el mundo tal que él es y el mundo que se percibe. Sin embargo, nada es menos cierto porque el mundo delante de uno, es la conciencia que se tiene la que lo revela. Influenciada por Franz Brentano quien afirmaba que “nadie puede

donde asistió a cursos del sociólogo Franz Brentano, quien influiría en su formación filosófica. A partir de 1887 fue profesor en Halle, y 1906 en Gotinga. En 1916 era profesor titular de la Universidad de Friburgo hasta su jubilación. En su obra *Filosofía de la aritmética*, publicada en 1891, analizó la génesis y el empleo de los símbolos numéricos. Sus escritos filosóficos comenzaron en 1900-1901 con la aparición de *Investigaciones lógicas*, obra en la cual polemizó con el psicologismo y con la inicia su pensamiento más original. Murió en Friburgo en 1938.

⁹³ MARIAS, Julian. (1969). Introducción a la Filosofía. Ed. Manuales de la Rev. de Occidente. 10^{ma} Ed. Madrid, España.

⁹⁴ MARIAS, Julian. (1972). Historia de la Filosofía. Ed. Manuales de la Rev. de Occidente. 24^a Ed. Madrid, España.

⁹⁵ WEISCHEDEL, Wilhel M. (1972). Los Filósofos entre Bambalinas. Fondo de Cultura Económica. 1^{ra} Ed. (Colección Breviarios 225). Mexico, D.F.

verdaderamente dudar que el estado psíquico que el percibe en sí mismo no existe tal que él lo percibe” y funda sobre ese principio el punto de partida de todo conocimiento.

Así plantea que en lugar de regresar a las cosas en tanto que cosas regresar a la conciencia que tenemos del mundo, a la correlación constituyente esencial: conciencia y cosas, a la subjetividad concedora misma como fuente de todo conocimiento objetivo. Tal es el verdadero sentido de la máxima husserliana: “regresar a las cosas”; regresar a la correlación conciencia-mundo, constituyente de las cosas que nos son accesibles.

No niega que hay un mundo material, en el cual vivimos, lo que este autor carga de dudas es el **estatus** dado habitualmente a ese mundo, eso que se aprehende por un mundo que existe en sí, que es trascendental, no se conoce de hecho sino por la experiencia que se tiene de él, es el solo punto de partida válido de todo conocimiento del mundo, por las percepciones, la conciencia que de él se tiene, la experiencia, las que lo entregan siendo efectivamente como él es.

Esta creencia en la trascendencia del mundo, en esa realidad en sí y finalmente en la realidad en sí de la conciencia, es considerada como una actitud “natural”, porque ella es pre-reflexiva: la conciencia habitual que se tiene del mundo y que hace considerar que el mundo que se percibe es el mundo tal como él es verdaderamente, oculta la propia participación en la constitución de ese mundo, porque el mundo tal como él se presenta no es un mundo trascendente, es el mundo que se constituye por la experiencia que se tiene, y esta experiencia concretiza la naturaleza intencional de la conciencia: la conciencia es siempre conciencia de tal cosa.

Categorías de la Fenomenología⁹⁶: En el denso pensamiento husserliano se pueden distinguir categorías muy importantes que guían e iluminan a la búsqueda que se intente realizar en este. Aquí resaltamos algunas: 1. La intencionalidad de la conciencia, 2. La empatía o intropatía, 3. La intersubjetividad y 4. La reducción fenomenológica o epoché. En referencia a la primera de ellas la 1. **Intencionalidad de la conciencia:** Desde sus obras iniciales, introduce un concepto que caracteriza su adhesión al idealismo. Se trata del concepto de «intencionalidad» de la conciencia y del pensamiento, que ya había sido formulado en la filosofía escolástica medieval⁹⁷. La conciencia (el ego) es la condición de posibilidad de cualquier conocimiento, y tiene la característica de ser «intencional», término tomado de Franz Brentano, según el cual la conciencia es siempre «conciencia de algo», es decir, se refiere a un objeto. Husserl aclara que ese «cierto modo», en el cual el pensamiento es todas las cosas, no significa que el pensamiento, al pensar, se convierta realmente en las cosas que piensa, se identifique realmente con ellas; significa que el pensamiento se identifica «intencionalmente» con las cosas pensadas. La conciencia, en

⁹⁶ HUSSERL, Edmund. (1986). Ideas Relativas a una Fenomenología pura y una Filosofía Fenomenológica. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

⁹⁷ ...“que Husserl toma de la cultura filosófica alemana que en el siglo XIX –desde Trendelenburg a Bernhardt Bolzano (1781-1848) y a Franz Brentano (1838-1917) - sigue manteniendo una relación viva con el pensamiento griego y en particular con Aristóteles. Aristóteles había expresado que «el pensamiento es en cierto modo todas las cosas que piensa».(Severino, 1986:190-191.)

efecto, es cierta realidad, pero es esa realidad la que, justamente, es conciencia de alguna cosa. 2. La **Empatía e Intropatía**: El acceso a otras experiencias, que ha sido traducido como empatía o, por intropatía. Por empatía el individuo recibe la experiencia de otro tal como ella es verdaderamente, sin desnaturalizarla, sin enturbiarla, y está en la condición de ver el mundo exactamente como otro lo ve. Se puede entonces descubrir eso que es esencial en la experiencia de ese otro a la comprensión del mundo tal como se le revela a él, tal como él se constituye en la experiencia que él tiene. La **Intersubjetividad**: La reducción, en primer término, necesaria al conocimiento de eso que es el mundo para el fenomenólogo, cuando surge espontáneamente de la experiencia que tiene y a la liberación de los condicionamientos que vienen de la actitud natural de la conciencia, deviene igualmente en una actitud de investigación que se vuelca sobre la comprensión de eso que es el mundo para los otros, y finalmente por la **intersubjetividad**, que es la comprensión de eso que es realmente el mundo en el cual vivimos. Bajo la postura de la reducción, se puede en efecto llegar a observar de otra manera totalmente desinteresada, a descubrir la esencia del mundo tal que ella es dada en la correlación constitutiva fundamental mundo-conciencia, revelada ella misma en la experiencia de otros seres humanos. Ese mundo verdadero que se descubre es el objetivo último de la filosofía husserliana, el idealismo trascendental: desprendido del concepto puro del mundo tal como es dado, constituido en la correlación constituyente primordial subjetividad-mundo. Todas categorías constituyen el corpus teórico de la **Epoché o Epojé que es la Reducción Fenomenológica**.^{98 99}

Si el único punto de partida válido de todo conocimiento es la experiencia de la conciencia y por otra parte, la conciencia no tiene ordinariamente conciencia de su proceso de constitución, hay que llegar a una actitud donde la conciencia se convierta en consciente de su propia acción, del papel que ella juega en el mundo que le es dado por la experiencia que se tiene. Esta actitud, es la **reducción fenomenológica**, es decir, **una actitud que, hace dudar de la creencia en la trascendencia del mundo y del propio yo, lleva a colocar entre paréntesis todas las creencias y todos los juicios a favor de esta trascendencia**.

Este es método es la **reducción fenomenológica** que propone y proporciona los elementos pertinentes para comprender mejor esta práctica de reflexión radical. A lo largo su obra, buscará establecer las condiciones, las bases, los límites, las condiciones de su realización. Uso el término griego Epoché para denominar la reducción fenomenológica; término utilizado por los escépticos para referirse a la suspensión de las creencias y que sirve al propósito de obtener fenómenos sin adulteración, alcanzables en la actitud ingenua. Esta reducción nos prepara para el examen crítico de lo que, sin duda, se da antes de que intervengan nuestras creencias interpretativas. La reducción, nos guía de regreso a los orígenes del fenómeno; estos orígenes se pierden en el afán de nuestro pensamiento cotidiano.

⁹⁸ NUÑO, Juan A. (1980). Sentido de la Filosofía Contemporánea. Ed. de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. 2^{da} Ed. Caracas, Venezuela.

⁹⁹ NUÑO, Juan A. (1994). Ética y Cibernética. Ed. Monte Ávila Latinoamericana. 1^{ra} Ed. Caracas, Venezuela.

La Reducción Fenomenológica en Husserl o El Núcleo de la Fenomenología¹⁰⁰:

El núcleo de la fenomenología, consiste esencialmente en la reducción trascendental, es decir, en el aparentemente insignificante «cambio de actitud» por el cual dejamos de co-ejecutar la creencia en la realidad implícita en todos los actos y decisiones de nuestra existencia natural. La condición de posibilidad de la ciencia de fundamentación absoluta reside justamente en la epojé, gracias a la cual todo lo vivido y experimentado cobra el sentido de fenómeno, y en el correspondiente movimiento reflexivo de re-conducción o reducción a la fuente en que ha de justificarse toda pretensión de validez y de ser, esto es, a la subjetividad trascendental que en cuanto no relativa a otra instancia justificante, bien puede llamarse absoluta. **Presas Mario**¹⁰¹ (1986, XV.) Ese es entonces el sentido fundamental de la reducción: porque la base de todo conocimiento objetivo es la experiencia pura de la subjetividad dentro de la cual se co-constituyen la conciencia y el mundo, y porque no se puede creer en la realidad del mundo trascendente fuera de la experiencia que se tiene, entonces se debe adoptar una **actitud de conciencia** que lleve a reducir todo ser y el mundo a la esfera fenomenológica, es decir, a reducir el campo de conocimiento posible a la sola experiencia del mundo.

La Fenomenología ha sido útil para comprender a los informantes en el contexto organizacional, su racionalidad y sus respuestas, en las condiciones específicas y laborales.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas y los cuestionarios, permitieron desarrollar un modelo de sustentación gerencial en Venezuela dentro de la complejidad organizacional del siglo XXI; que contribuye a garantizar su desarrollo, crecimiento y sustentabilidad en el tiempo. Esto utilizando el análisis crítico y la inducción analítica, concebidos estos métodos cualitativos para arribar entre los datos las explicaciones del fenómeno sociocultural.

El Método Fenomenológico y su Aplicación en Ciencias Sociales

Ámbito disciplinar de la reducción fenomenológica.¹⁰²

Es indudable el aporte de la fenomenología trascendental de Husserl al ámbito de los estudios sociales y los organizacionales al brindar los conceptos de la intersubjetividad, de la empatía y del carácter de la sociedad y la comunidad como subjetividades de un orden superior, claves para el entendimiento de la conducta humana y de la acción social. Es necesario destacar, sin embargo, que el enfoque propuesto por Husserl operaba fundamentalmente en el plano de lo trascendental, de la filosofía y para llevarlo a plano metodológico fue necesario que algunos de sus seguidores, tales como Heidegger y Schutz

¹⁰⁰ XOLOCOTZI, Angel. (2010). La Fenomenologia: Filosofia del Siglo XX Actualidad y Perspectivas en Navia, Rodriguez. Interpretaciones Compiladores Hermeneutica. Publicaciones de la Universidad de los Andes.

¹⁰¹ PRESAS, Mario. (1986). Estudio Preliminar a Husserl Edmund en Meditaciones Cartesianas. Ed. Tecnos. Madrid, España.

¹⁰² BOCHENSKI, F. M. (1987). La Filosofía Actual. Fondo de Cultura Económica. (Colección Brevarios N° 16). Decima Primera Reimpresión. México, D.F.

introdujeran en éste importantes variaciones. Husserl destina la epoché radical, que se quiere la más completa posible, al filósofo porque solo él se preocupa fundamentalmente de la cuestión del conocimiento indudable: el psicólogo, el sociólogo, aquel que se preocupe de las ciencias de lo humano en general, no tiene que operar una reducción tan radical.

Aporte de la Fenomenología a la Psicología

Sus aportes a la psicología se inician desde las ideas Franz de Brentano, y evidentemente con Husserl, quien llegó a hablar en principio de una psicología descriptiva. El concepto clave de la intencionalidad abre el camino a una psicología fenomenológica que no se reduce ni a una psicología de meros estados de ánimo, ni a una carente de alma, y que, metódicamente, no actúa ni puramente introspectiva o mentalista ni puramente behaviorista. Para Husserl, la reducción del psicólogo no debe extenderse a todas las creencias existenciales, sino únicamente a aquellas que el mantiene a propósito de su campo de interés. El psicólogo debe convertirse en un espectador y un observador desinteresado tanto y como su psiquis y aquella de los otros estén referidas, es en ese sentido que él no debe dar ningún juicio evaluativo relativamente a las descripciones que dan los sujetos de su experiencia. Es decir, no debe cuestionar la validez de la experiencia de esos sujetos y las tomará como ellas se presentaron a su conciencia. El psicólogo asumirá la realidad de esos sujetos en un mundo objetivamente real, y deberá despojar de toda concepción, teorización, hipótesis el fenómeno psicológico que el estudia. Iván Darío Sánchez Manchola y Mauricio Losada Otálora señalan que:

En la época inicial de la fenomenología, las relaciones en cuanto a la psicología se dan sobre todo a través de la teoría de la Gestalt. Allí, formas, estructuras y campos encarnan leyes autónomas que caracterizan hasta los fenómenos más sencillos. De este modo, investigadores tales como David Katz (reconocido autor en los estudios organizacionales puesto que desde el campo de la psicología social fue el pionero junto con Robert Kant en introducir los conceptos de la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy¹⁰³ al campo organizacional, y por esa vía desarrollar la teoría sistémica de la organización) y Edgar Rubin que ambos habían sido discípulos de Husserl en Gotinga;...(2009,33)

También se puede establecer relación con el pensamiento de otros psicólogos entre los cuales destaca Kurt Lewin por sus aportes al Desarrollo Organizacional (DO), particularmente por su teoría del campo, la dinámica de grupos, el establecimiento de los grupos T y el análisis de los estilos de liderazgo a partir de la autoridad en los cuales recurrió al método fenomenológico.

Aporte de la Fenomenología a la Sociología,

Lo que une a los más diferentes representantes de una fenomenología social bajo el lema Fenomenología y Sociología, es la firme decisión de incorporar el sentido de la vivencia y

¹⁰³ BERTALANFFY, Ludwig Von. (2006). Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, Desarrollo, Aplicaciones/ Ludwig Von Bertalanffy. Trad. De Juan Almela. FCE. (Colec. Obras de Ciencia y Tecnología). Ed. Conmemorativa 70 Aniversario. Fondo de Cultura Económica. México.

del comportamiento subjetivo e intersubjetivos en la investigación objetiva sin acortarlo histórica, funcionalista o behaviorísticamente. Es Alfred Schütz, en su fenomenología de la vida cotidiana, quien consigue que la fenomenología entre como disciplina y metódicamente en el campo de la investigación social. En este sentido Rusque, 2010, 46 siguiendo a Silverman (1972,19) sostiene que las contribuciones de la fenomenología a la sociología son tres principalmente: El análisis de las propiedades del pensamiento del sentido común; insistencia en el carácter intersubjetivo del mundo social y la admisión que el orden social es un orden negociado. “Es así como la fenomenología se transforma ante todo en el estudio de los modos en que las tipificaciones cotidianas como propiedades del sentido común pasan a ser tipificaciones de la ciencia social.” (2010, 46). Natanson, uno de los principales seguidores de Alfred Schutz, sostiene que la fenomenología ha cumplido en la sociología dos tareas: sentar las bases de una sociología fenoménica y analizar la constitución del mundo de la vida. Pero también indica que falta una tercera tarea:...” explorar la historia del mundo de la vida, develar la sedimentación de sentido que acompaña a la dialéctica de la constitución de la sociabilidad y rastrear las relaciones entre las construcciones de los hombres en la vida diaria (construcciones de primer orden de Schutz) y las que utilizan los científicos sociales (segundo orden de Schutz). Natanson, 1974, 26 citado por Rusque, 2010, 47).

Fenomenología en los Estudios de la Organización: Metáforas y Paradigmas.

Gareth Morgan, refiriéndose a su propio trabajo, compartido con G. Burrell dice: “A partir de las ideas expuestas por Burrell y Morgan (1979), quienes argumentaron que la teoría social en general, y la teoría de las organizaciones en particular, podía analizarse provechosamente en términos de cuatro grandes formas de ver el mundo, que se reflejan en diferentes conjuntos de supuestos meta-teóricos, sobre la naturaleza de la ciencia, la dimensión objetiva-subjetiva, y la naturaleza de la sociedad (la dimensión del cambio regulado-o radical). Cada uno de estos cuatro paradigmas– el funcionalista, el interpretativo, el humanista radical y el estructuralista radical- reflejan un entorno de escuelas de pensamiento relacionadas, con diferentes abordajes y perspectivas, pero compartiendo presupuestos fundamentales sobre la naturaleza de la realidad que estudian. (1980, 608). Vinculando esta propuesta con la influencia del enfoque fenomenológico se encuentra que este subyace en dos de estos paradigmas. En el primero de ellos es el del Paradigma Interpretativo, que:

Se basa en la visión de que el mundo social tiene un estatuto ontológico precario, y que lo que pasa como realidad social no existe en un sentido concreto, sino que es el producto experiencias subjetivas e intersubjetiva de los individuos. La sociedad es entendida desde el punto de vista del participante en acción más que del observador. El teórico interpretativo social intenta entender el proceso por el cual se presentan, sostienen y cambian múltiples realidades compartidas. (...) La ciencia se ve como una red de juegos de lenguaje, basada en grupos de conceptos y reglas determinadas subjetivamente que los practicantes inventan y siguen. El estatuto del conocimiento científico es, por lo tanto, visto así, como tan problemático como el sentido común de todos los días. (Morgan, 1980, 609).

Mary Jo Hatch y Dvora Yanow, (2003) la consecuencia de esto es que el proceso de conocer refleja conocimiento a priori del sujeto cognoscente; es decir, conocer implica, para el sujeto que conoce, un proceso de interpretación de la realidad. El mundo no es únicamente tal cual como los hechos lo presentan. Este paradigma concede mayor autonomía al individuo en el proceso de conocimiento y construcción de su entorno social.

Bajo esta óptica, el principal reclamo de los estudiosos de la organización inscritos en la perspectiva interpretativa será la construcción de métodos que respeten la especificidad de lo social y que permitan enmarcar el conocimiento del fenómeno objeto de estudio dentro de una realidad intersubjetiva e interpretativa. Ello permitirá moldear su experiencia a través de la experiencia de otros, reconstruir para sí y para los interesados el universo de significados que se entreteje en la acción humana, aspecto de gran importancia porque la percepción de un fenómeno impacta la experiencia del hombre, el acto de conocer y dar a conocer lo que él conoce, puede transformar la realidad de los otros sujetos cognoscentes. El segundo paradigma que se vincula con el enfoque husserliano es el paradigma Humanista Radical. Tal como el interpretativo:

Enfatiza el modo en que la realidad es creada y sostenida socialmente, pero anuda el análisis al interés por lo que puede ser descrito como patología de la conciencia, por la cual los humanos quedan prisioneros en los límites de la realidad que crean y sostienen. Esta perspectiva se basa en la visión que el proceso de creación de realidad puede estar influenciado por procesos psíquicos y sociales que encaminan, obligan y controlan las mentes humanas, de modos que los alienan de las potencialidades inherentes en su verdadera naturaleza como humanos. La crítica radical humanista contemporánea hace foco en los aspectos alienantes de varios modos de pensar y hacer que caracterizan la vida en las sociedades industriales. El capitalismo, por ejemplo, es visto esencialmente como totalitarismo; la idea de la acumulación de capital como aquello que da forma a la naturaleza del trabajo, la tecnología, la racionalidad, la lógica, la ciencia, los roles, el lenguaje, y los conceptos ideológicos mistificadores, como lujo, escasez, etc.(...) son modos de dominación ideológica. (Morgan, 1980,610)

El científico humanista radical se interesa por descubrir como las personas pueden conectar el pensamiento y la acción (praxis) como una manera de trascender su alienación. Más adelante (p. 61) Morgan señala que el conocimiento y entendimiento del mundo no les son dados a los humanos por eventos externos, y los humanos intentan objetivar el mundo mediante procesos esencialmente subjetivos y en este sentido destaca el importante papel que la metáfora ha cumplido en la manera como se explica la realidad social y en particular la organizacional. Así analiza el uso de la Metáfora en la Teoría de las Organizaciones, haciendo un recorrido desde la visión ortodoxa en la cual predominaron las metáforas de máquina y organismo hasta otras más recientes como las del cisma y la catástrofe.

Dentro del paradigma interpretativo, de enfoque fenomenológico, Morgan señala las metáforas siguientes: a) **La metáfora del juego del lenguaje** (Wittgenstein) que "niega el estatus ontológico concreto y presenta la actividad organizacional como poco más que un juego de palabras, pensamientos y acciones. (Morgan, 1980, 618). Las realidades

organizacionales se encuentran en el uso de distintos tipos de lenguaje verbal y no verbal. ..."ser gerente en una organización involucra un modo particular de existir en el mundo, definido por el juego de lenguaje que debe jugar una persona para funcionar y ser reconocido como gerente." (Morgan, 1980,618). Así según Pondy el concepto y lenguaje de liderazgo crea y define la naturaleza del mismo , como un proceso en marcha; b) **La metáfora del texto** (Ricoeur) que sugiere que los teóricos de las organizaciones deberán ver la actividad organizacional como un documento simbólico, y emplear métodos hermenéuticos de análisis como forma de desenredar su naturaleza y significados y c) **las metáforas de "logros"** (Garfinkel) y de **"sentido común decretado"** (Weick) que proporcionan dos abordajes interpretativos al análisis de las organizaciones. Sánchez Manchola y Losada Otálora (2009) señalan que en el contexto de los estudios organizacionales Hatch y Yanow (2003) plantean que a partir de la perspectiva interpretativa se han desarrollado tres áreas de estudio interrelacionadas: i) los estudios sobre cultura organizacional, simbolismo y estética, ii) la teorización basada en los procesos de interpretación y iii) los análisis de escritos e historias en el relato de las realidades organizacionales que por razones de extensión no explicitaremos aquí. (Cfr. 36-38). Finalmente, estos autores resaltan el aporte específico del pensamiento fenomenológico trascendental sobre la herramienta administrativa y organizacional que es la prospectiva estratégica. (1989, 37-38)

Método Fenomenológico y Coaching en las Organizaciones

A mediados de los años ochenta, cuando la Psicología Humanista entra en decadencia, comienza a gestarse el Coaching tal como lo conocemos hoy día. En la Psicología Humanista se fusionan dos influencias, la Filosofía Existencialista y Método Fenomenológico. El coaching habla el mismo lenguaje de la Psicología Humanista con conceptos como: conciencia, libertad, voluntad, autorrealización, y liberación del potencial.

Despliega elementos técnicos o pre-conocimientos, para conseguir que la intuición se manifieste, y así poder percibir a la persona como un todo (visión global). La visión global permite, a su vez, que el otro (el cliente o coachee) se perciba a sí mismo tal como es, encontrándose consigo mismo. La fenomenología aporta al Coaching, el que es imprescindible abstenerse de todo prejuicio para con los clientes, de manera que se permita que ellos mismos encuentren sus conciencias más puras. De la misma manera, el coaching se aleja de los conocimientos. Se trabaja con la conciencia, dejando de lado todo aspecto del inconsciente. La conciencia es la que otorga libertad y capacidad de elección al hombre.

Se buscan significados, no explicaciones. Fernando Flores uno de los representantes más importantes del Coaching Ontológico describe al Coaching de la siguiente manera:: En la época moderna, el método fenomenológico de Edmund Husserl, el pensamiento existencialista de Jean Paul Sartre y la psicología humanista terminan de moldear las bases filosóficas del coaching. Los aportes constructivistas a la filosofía del lenguaje han sentado las bases del "coaching ontológico" (literalmente "entrenamiento del ser para su re-diseño"), que considera al lenguaje como un determinante fundamental de nuestro ser y hacer.

El coaching está siendo aplicado cada vez más en empresas y organizaciones de todo tipo. La intervención de un coach profesional, en grupos de trabajo o en trabajo personal sobre los directivos, está transformándose rápidamente en una ventaja competitiva de la organización, porque facilita que las personas se adapten a los cambios de manera eficiente y eficaz., moviliza los valores centrales y los compromisos del ser humano, estimula a las personas hacia la producción de resultados sin precedentes, renueva las relaciones y hace eficaz la comunicación en los sistemas humanos, predispone a las personas para la colaboración, el trabajo en equipo y la creación de consenso, destapa la potencialidad de las personas, permitiéndoles alcanzar objetivos que de otra manera son considerados inalcanzables.

Enfoque Fenomenológico y Estudios sobre Liderazgo Organizacional.

Una de las áreas de los estudios de la organización y de la gerencia que se ha trajinado más aplicando el método fenomenológico es aquella que analiza los procesos de liderazgo. A continuación, referimos tres trabajos que habiendo sido realizados en diferentes épocas coinciden en esta aplicación y muestran de diversas formas el despliegue del método fenomenológico. Ellas son, en orden cronológico de elaboración: 1.- La Tesis Doctoral de Rosana Peris Pichastor denominada **El Liderazgo Organizacional: Un acercamiento desde las teorías implícitas**. Castellón, diciembre de 1988. Universitat Jaume I. Departament de Psicologia Evolutiva, Educativa y Social i Metodología.; 2.- El libro de McFarland, Lynne Joy; Larry E. Senn y John R. Childress. **Liderazgo para el siglo XXI. Diálogo con 100 líderes destacados**. Mc Graw –Hill, 1996 y 3.- La investigación de Liee Mejías de Pichardo y María Isabel Leal A. **El liderazgo en el gerente del siglo XXI. Una visión fenomenológica desde el pensamiento complejo**, 2009.

La tesis doctoral de Rosana Peros Pichastor asume que el liderazgo es el resultado de la atribución social que realiza una persona, a partir de sus "a priori", y que le conduce a percibir una determinada interacción social como un proceso de liderazgo. Dice la autora:

Con las influencias de los trabajos de diversos autores surge en el Área de la Cognición Social la concepción de que el hombre de la calle se comporta como un científico, posicionándolo como constructor de teorías, en su intento por comprender el mundo social en el que vive. Esta visión supone enfatizar la postura interpretativa de las personas sobre el contexto social, siendo esta interpretación personal su vehículo de relación. Esta perspectiva se ha generalizado a otras áreas de conocimiento más aplicadas, siendo la Psicología de las Organizaciones una de estas disciplinas. En este sentido se pide un mayor acercamiento a estos planteamientos en las teorías organizacionales (Munné, 1991). No resulta por tanto extraño que Munné cite a I. Pondy (1978, en Pfeffer, 1987) y G. Morgan (1990) como defensores de este cambio. El primero postula la relevancia del lenguaje organizacional como vehículo de expresión de la realidad, señalando que es un producto cognitivo socialmente construido por la organización. El segundo introduce los diferentes productos cognitivos o imágenes de la organización, entendiendo que la organización es el resultado de las presunciones básicas o creencias de las que se sirve el individuo para organizarse. Como vemos, el cambio propuesto por los autores supone un asentamiento en

una visión interpretativa, a partir de la cual la realidad social existe en la medida en que es construida por los miembros de la organización.

Se propone el Modelo de Teorías implícitas de Rodrigo, Rodríguez y Marrero (1993) como alternativa teórica que explique el origen, estructura, y funcionamiento de las teorías implícitas que usan los individuos en los procesos de atribución de liderazgo, ubicando el fenómeno dentro del marco del conocimiento cotidiano.

Describe el proceso investigativo y metodológico seguido de la siguiente manera: Se realizaron dos estudios empíricos realizados como aplicación de la perspectiva teórica propuesta. Los resultados son que los estudiantes conocen las teorías siguientes: Teoría del Gran Hombre, Teoría del Aprendizaje, Teoría Autoritaria, Teoría Situacional y la Teoría Democrática. La última fase de la investigación buscó ver qué teorías de las conocidas por la persona son asumidas como propias, realizándose para ello el Análisis de Síntesis de Creencias. Los resultados mostraron que las teorías conocidas se mantienen como creencias y permitieron la elaboración de un Cuestionario de creencias sobre el liderazgo, obtenido a partir de las técnicas psicométricas correspondientes. En el segundo estudio se buscaba comprobar si las Teorías implícitas sobre liderazgo, como Síntesis de creencias, que activan los estudiantes de Castellón se corresponden con las activadas por los sujetos que ocupan puesto de dirección en las organizaciones. Los resultados muestran cambios en las creencias, activando los directivos las Teorías del Gran Hombre, del Aprendizaje, Democrática y Liderazgo Transformacional.

El libro de Lynne Joy McFarland, Larry E. Senn y John R. Childress **Liderazgo para el siglo XXI**. Diálogo con 100 líderes destacados. 1996, es un trabajo de conversaciones con un grupo representativo de los líderes estadounidenses más distinguidos para aprender de primera mano lo que debía hacerse en Estados Unidos de Norteamérica y otras partes del mundo para preparar a los líderes del siglo XXI. Los diálogos se organizaron sobre diversos temas de importancia para el liderazgo contemporáneo y giraron en torno a la pregunta: ¿Pueden los Estados Unidos de hoy competir exitosamente en la fogosa nueva economía mundial? Significa un interesante ejercicio de pesquisa cualitativa en acción.

Finalmente la investigación de Lilee Mejías de Pichardo y María Isabel Leal A. **El liderazgo en el gerente del siglo XXI. Una visión fenomenológica desde el pensamiento complejo**, 2009, tuvo como propósito, generar desde una visión fenomenológica la estructura y esencia del liderazgo en el gerente del siglo XXI, desde el pensamiento complejo. Está enmarcada en la metodología cualitativa, bajo el método fenomenológico.

Para la generación del conocimiento se fundamentó en la epistemología construccionista, apoyándose en el Interaccionismo simbólico como corriente psicológica y social, y también consideraron como corriente filosófica a la fenomenología. Para obtener la información, se utilizó la observación fenomenológica mediante la entrevista coloquial o dialógica. Los versionantes fueron gerentes pertenecientes a organizaciones tanto públicas como privadas ubicadas en Barquisimeto Edo. Lara (social, académica, comercial, gremial e industrial). La información obtenida se categorizó destacándose: motivación al logro, sensibilidad social,

creatividad, coaching gerencial y liderazgo con pensamiento complejo. Los actores sociales concluyeron que el liderazgo en el gerente del siglo XXI, con pensamiento complejo, es una función flexible, donde existe la necesidad de un pensamiento interdisciplinario acorde a tiempos de incertidumbre, y sobre todo donde el líder se relaciona con el entorno, con la comunidad.

Validez y Confiabilidad de esta Investigación

La validez y confiabilidad en la presente investigación se dará a medida que el investigador tuvo conocimiento pleno sobre la situación del problema, la objetividad sobre el tratamiento de las fuentes bibliográficas y su capacidad de análisis crítico y de síntesis.

De igual modo en su capacidad de entender y comprender los planteamientos de los informantes y las categorías emergentes dentro de este proceso de estudio. Asimismo, tomando en cuenta los fundamentos antropológicos, ontológicos, epistemológicos y el método seleccionado, la investigación fue orientada a un estudio cualitativo, que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “la investigación cualitativa se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto”

En relación a lo antes expuesto se tiene que, para conocer, interpretar y comprender los significados en relación al conocimiento de la gerencia de las personas que ejercen o han ejercido cargos de gerentes, administradores, encargados y supervisores de estos tipos de organizaciones, así como también personas dedicadas al campo de la investigación dentro del área. Esto para conocer sus visiones sobre la naturaleza de la realidad estudiada, sus experiencias, vivencias, conocimientos del medio ambiente, a fin de dar respuesta a las acciones y procesos de cambios, es decir conocer la perspectiva de los autores con conocimiento en la materia, producto de su experiencia individual, compartir saberes, no solo contribuye al fortalecimiento de las relaciones entre el investigador y los informantes sujetos de estudio, sino que permite conocer como se construye esa realidad social.

En relación a lo planteado en este estudio, se le otorgara gran importancia a los múltiples significados que los informantes construyeron sobre el conocimiento, así como también, comprender e interpretar sus culturas, valores, actitudes, ritos, entre otros. De allí, que se considero el logro de los objetivos de investigación, debido a las múltiples ideas y planteamientos valiosos que surgieron durante el proceso de interacción sujeto-objeto.

Las empresas son complejas no solo por las actividades que allí se realizan, sino también motivado por el proceso de globalización de la economía y al papel influyente de las nuevas tecnologías en el desarrollo de las actividades internas y externas de la organización.

Es por ello, que para interpretar esas realidades se necesita de una metodología que permita estudiar fenómenos considerando todas las variables que de una u otra manera afectan el objeto de estudio, lo cual es posible en una investigación de tipo cualitativo, dado a que en

su diseño se contempla la subjetividad, emergencia e incertidumbre. En la investigación cualitativa el proceso no es lineal, ni contempla ninguna secuencia como lo es en el cuantitativo, sino que es interactivo y recurrente. En este tipo de estudios el objetivo es entender, comprender e interpretar la complejidad del fenómeno que se aborda.

La validez de los resultados obtenidos. Implica que el método utilizado ha sido capaz de responder todas las interrogantes formuladas. En este sentido, Erickson (citado en Rusque) destaca que es la consistencia que debe existir entre los problemas de investigación y la recolección de los datos. Asimismo, es importante conocer que se hace con los datos y que se dice sobre lo que se hace.

Asimismo, la interacción entre el investigador y el objeto de estudio, lo que contribuyo a dar validez a la investigación. De acuerdo con Cuba y Licoln (citado en Sandin) consideran que “la investigación cualitativa es un conjunto de prácticas interpretativas de investigación, pero también un espacio de discusión, o discurso metateórico”. En relación a este aspecto el investigador debe cumplir con el objetivo de comprender e interpretar el significado que los actores dan a su propia acción en su medio ambiente.

En este sentido para efectos de sustentar la validez en esta investigación se utilizaron grabaciones, a fin de mantener la fidelidad de los datos y la triangulación de la información, que implicó la reunión de los datos, el uso de diferentes técnicas para producir resultados semejantes, la confrontación de los datos obtenidos con los informantes claves, lo cual se efectuó una vez transcritas las entrevistas las entrevistas y luego presentadas antes los mismos con el objetivo de validar su contenido y enfoque planteado por cada uno de ellos. Para ello fueron utilizadas las técnicas de: revisión documental, encuestas bajo la modalidad de entrevistas no estructuradas, cuestionarios y el análisis de contenido. Con el apoyo de estas técnicas se pudo tener conocimiento global y comprensivo de la realidad estudiada, producto de las diferentes posturas y opiniones.

En este mismo orden de ideas, Rusque señala que la duración de la interacción entre el investigador y los informantes claves constituye un procedimiento que asegura la validez de los objetivos de investigación. En el estudio realizado el investigador interactuó por espacio de una hora en promedio con cada uno de los informantes durante la entrevista y posteriormente, una vez realizada la transcripción de la información obtenida volvió a reunirse para compartir los resultados. También se utilizaron cuestionarios que fueron respondidos por otros informantes por dos vías en forma digital y en físico, todo esto forma parte de las evidencias recabadas entre los informantes y sirve de apoyo para dar validez a los resultados obtenidos en la presente investigación.

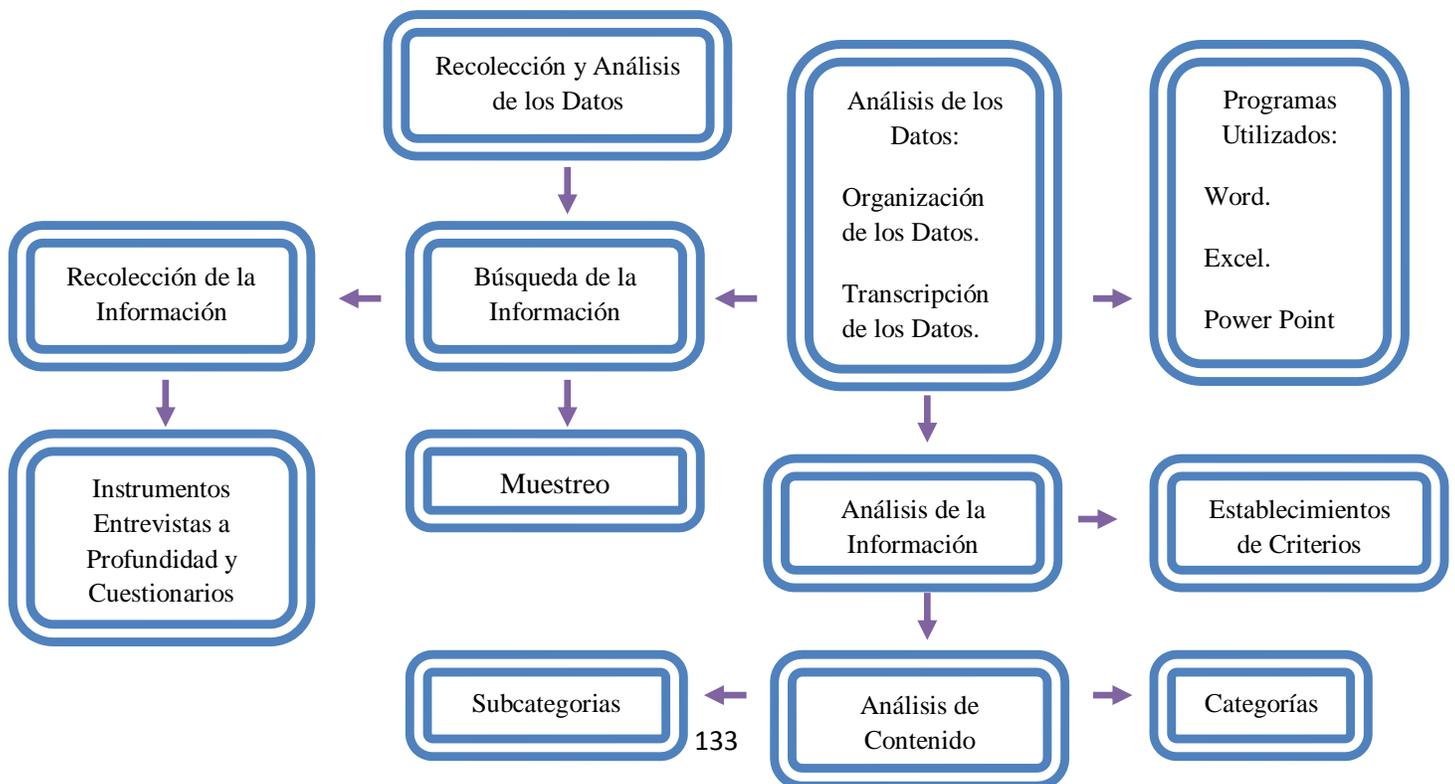
Diseño de la Investigación

El diseño constituirá el procedimiento que será utilizado por el investigador para desarrollar el trabajo de investigación, un plan flexible propio de las investigaciones cualitativas coño lo señala Naghi (citado en Cedra, 2002) un diseño no es otra cosa que “un programa que especifica el proceso por realizar y controlar un proyecto de investigación, es decir, es el

arreglo escrito y formal de las condiciones para recopilar y analizar información, de manera que combine la importancia del propósito de la investigación y la economía del procedimiento”. Asimismo, la investigación cualitativa es definida por Strauss y Corbin (2002); como teoría fundada “cualquier tipo de investigación que produce resultados a los que no se ha llegado por procedimientos estadísticos u otro tipo de cuantificación puede referirse a investigaciones acerca de la vida de las personas, historias, comportamientos y también al funcionamiento organizacional, movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre naciones. Algunos datos pueden cuantificarse (...) pero el grueso del análisis es interpretativo”

En este mismo sentido (citado en Sandi) señala que la investigación cualitativa: se caracteriza por ser flexible, no lineales ya que el diseño se va construyendo, permanece abierto a los cambios y redefiniciones que puede ser del mismo problema de investigación o de la metodología y estrategias de investigación abordado. Adopta un enfoque global de la situación, es contextualizado y se centra en la comprensión de una situación social.

En relación a lo señalado anteriormente, el diseño de la investigación es flexible, abierto a los cambios y su construcción se realizó a lo largo de la investigación, lo que permitió que fuera ajustando a medida que se fue realizando el trabajo, adaptándose al contexto, acceso a la información, estrategias de análisis. En el diseño se identifican las fases y actividades a ser cumplidas durante el desarrollo de la investigación. Entre las distintas fases presentes en esta investigación no existe una delimitación claramente definida entre el inicio y final de cada una, sino que interactúan entre ellas, con el objetivo de responder las interrogantes planteadas en la investigación. En el grafico se detallan las actividades realizadas en cada una de las fases.



Fases de la Investigación

Fase Exploratoria del Estudio

En esta fase se realizará la revisión documental preliminar de los distintos documentos existentes para determinar la elección del tema. Adicionalmente se realizaron consultas con profesionales con experiencia en la materia y de investigación con el objeto de estudio. Todo esto con el propósito de demarcar el objeto de estudio que desea investigar. Una vez establecido el objeto de estudio se procedió a una búsqueda de información documental con mayor profundidad, con la finalidad de ampliar los conocimientos sobre el tema a investigar. A partir de la información obtenida se efectuó la contextualización del problema y se definieron los objetivos de la investigación.

Fase Analítica

Consistirá en una revisión bibliográfica amplia para desarrollar los objetivos de la investigación y fundamentos epistemológicos, eso permitió asumir una postura paradigmática para comprender la realidad objeto de estudio. Asimismo, se analizaron diferentes trabajos de investigación relacionados con el tema a fin de seleccionar aquellos que sirvieron de referente a la investigación. Igualmente se estudiaron las distintas teorías que sirvieron de base para dar apoyo a la investigación planteada.

Fase de Planeación

En esta fase se establecerá el procedimiento a seguir durante la investigación. El plan se estableció de acuerdo a las siguientes fases: la revisión bibliográfica en relación al tema, la selección de la metodología, la forma de elegir a los informantes claves, los modos de recabar datos, técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de información, elaboración y validación de los instrumentos, definición de herramientas para procesar la información, la forma de presentación de los resultados obtenidos.

Fase de Campo

En esta fase se establecerá el contacto con los informantes claves para determinar su disposición para cooperar en la investigación. Asimismo, se determinará el modo de participación en el estudio: entrevista o llenado de cuestionario.

Con los informantes que optaron por la modalidad de la entrevista, se acordó la fecha y lugar donde se realizaría la misma, se elaboró un guion de entrada que fue modificado cuantas veces fue necesario en función de la información que fue emergiendo y que era de importancia para la investigación. La entrevista tuvo una duración de aproximadamente una hora, la misma fue grabada (audio) a fin de captar mejor la información suministrada por el participante para luego llevar a cabo el análisis de los datos y determinar el significado de los aportes a la investigación.

Para los informantes que optaron por el cuestionario se disponía de dos modalidades: Digital y en Físico.

Fase de Análisis y Presentación de Resultados

En esta fase se presentara de forma detallada cada una de las actividades que permitieran realizar el análisis de los datos, con el propósito de darle estructura a los datos, comprender en profundidad el contexto que los rodea, realizar la reducción de datos: las categorías, Subcategorías y codificación que emergen de los datos, encontrar el sentido de estos dentro del marco del planteamiento del problema y finalmente los resultados producto del análisis que emergen de las descripciones, narrativas y compartir de saberes.

Para lograr dar significado a la información recabada se realizara la reducción de los datos, se establecieron las categorías y Subcategorías, lo que permitió entender y comprender el significado de la acción social del fenómeno objeto de estudio, producto de las técnicas aplicadas e instrumentos utilizados, revisión documental, encuestas, grabaciones y análisis de contenido.

Entrevistas

En relación a las encuestas de bajo modalidad de entrevistas, a continuación se detallan las siguientes actividades que se realizaran:

- a. Se codificaron a cada uno de los informantes.
- b. Se procederá a escuchar la grabación de cada uno de los entrevistados con el objeto de reflexionar sobre la realidad vivida para comprender los que pasa.
- c. Se transcribirán textualmente cada una de las entrevistas realizadas a los informantes claves.
- d. Se presentaran las transcripciones a los entrevistados (as) con el objeto de hacer las correcciones si hubiere a lugar.
- e. Se realizaran lecturas repetidas de las transcripciones de las entrevistas realizadas.
- f. Se identificaran las ideas principales y se subrayaron las palabras y se les dio significado dentro del contexto.
- g. Se dividirán luego en contenidos por unidades temáticas, lográndose la reducción de los datos.
- h. Se determinaran las categorías y Subcategorías que emergieron de los contenidos.
- i. Se relacionaran las categorías y Subcategorías con los objetivos de la investigación.
- j. Se realizara el análisis con base a la información obtenida para presentar los resultados.

Cuestionarios

En relación a las encuestas bajo la modalidad de cuestionario, a continuación se detallan las actividades:

- a. Se clasificaran los cuestionarios por tipo de actividad y tamaño de las empresas.
- b. Se codificaran cada uno de los cuestionarios.
- c. Se elaborara una matriz de doble entrada y en ella se vaciaron los datos de los cuestionarios.
- d. Se reagrupara la información obtenida en base a los objetivos y las categorías y Subcategorías.
- e. Se analizara la data obtenida a fin de presentar los resultados.

La presentación de los resultados de la investigación se hizo a través de cuadros gráficos acompañados de análisis como atribución de un significado de los datos, ya reducidos, organizados y en camino a la formulación de proposición de modelos:

Se trata de poner significado a partir de una presentación sintética de los datos, subrayar las irregularidades, los esquemas, las explicaciones, las posibles configuraciones y las tendencias causales de las proposiciones. (Miles y Huberman en Rusque).

En esta fase de investigación se establece un proceso de conexión de carácter interactivo entre las distintas fases de reducción, exposición de datos y conclusiones se hallan articuladas. Estos procesos sirvieron de apoyo para establecer las distintas fases que constituyen el modelo planteado.

La interpretación de los datos se hizo a través del método hermenéutico, que permitirá un proceso de reflexión, comprensión e interpretación de la realidad objeto de estudio, que fueron presentadas en las conclusiones, las cuales recogen los conocimientos adquiridos por el investigador en referencia al problema de estudio y finalmente se procedió a elaborar un modelo de sustentación gerencial.

Fase de Información de los Resultados

En esta fase se presentara la redacción final del proceso de investigación llevado a cabo.

Selección de las Unidades de Análisis

En las investigaciones de tipo cualitativo se comienza por definir las unidades de análisis y muestras iniciales que formaran parte de la investigación. En esta modalidad el tamaño de muestra no es importante desde la perspectiva probabilista, pues el interés de la investigación no es generalizar los resultados del estudio a una población más amplia. Asimismo, durante el proceso se pueden incorporar nuevas unidades de estudios e inclusive permite reemplazar las muestras iniciales, ya que es vierto y está sujeto al desarrollo del estudio.

Dentro de las estrategias de selección a seguir, y en función del enfoque cualitativo, contextualizado a la realidad que ocupa esta investigación fue de manera intencional, su participación fue voluntaria, no hubo interés particular por la selección, salvo la idoneidad del informante, a juicio de la investigación se priorizo el aporte de información relevante

respecto al tema objeto de investigación, donde se da más importancia a la profundidad del conocimiento que a la amplitud numérica de la muestra. En tal sentido, se realizara un muestreo intencional, que según Vieytes (2004) la define como: “la selección de la muestra no pretende representar a una población con el objeto de generalizar los resultados, sino que se propone ampliar el abanico y rango de los datos tanto como sea posible a fin de obtener la máxima información de las múltiples realidades que puedan ser descubiertas”.

Los criterios utilizados por el investigador para la selección de los informantes claves serán: personas que ejercen o han ejercido funciones gerenciales o realizado investigaciones sobre la intención de esta selección por parte del investigador, al asumir estos criterios es conocer como se ha gerenciado y organizado dentro de los tres sectores estudiados, para así tener una visión más amplia del objeto de estudio.

Con base a estos criterios la muestra quedaría conformada por un total de cuarenta y nueve (49) informantes, de los cuales diez (10) participaran en la entrevista y treinta y nueve (39) respondieran al cuestionario. A cada uno de los informantes les fue asignado un código definido de la siguiente manera: los que participaron de la entrevista se les asigno del (01 al 10) y a los que participaron del cuestionario del (11 al 49), con el fin de garantizar su anonimato. En los cuadros 9 y 10 se presentara el detalle de cómo quedo conformada la muestra definitiva por cada una de las técnicas usadas para su aplicación.

En esta fase se establecerá la orientación epistemológica y metodológica, que asumirá el investigador en la presente investigación cuyo fin es lograr los objetivos establecidos. En este sentido los elementos que conforman este marco metodológico estará compuesto por:

- El Método.
- Tipo de Investigación.
- Diseño de la Investigación.
- Población y muestra.
- Técnicas e instrumentos de recolección.

Método de la Investigación

Las organizaciones, por su complejidad y variedad resultan difíciles de entender y administrar. Es por ello que se hace necesario utilizar todos los instrumentos, teorías e ideas sobre la naturaleza y forma de trabajo de las organizaciones, nuestras teorías o marcos referenciales determinan lo que vemos y hacemos.

En el área de las ciencias sociales se hace uso de la pluralidad metodológica según (Cerde H. 2002) explica que el método se constituye en la manera ordenada y sistémica de hacer las cosas o determinada cosa. El orden se refiere a la manera de estar ubicadas las cosas y los elementos que hacen parte de un todo. “Poner en orden”, es ubicarla en el lugar que le corresponde.

De igual modo señala que en el campo de las ciencias sociales es interminable en la variedad de métodos que existen y que a la larga se constituyen en los caminos propios que han adoptado cada una de las disciplinas diarias del conocimiento.

Según (Manzanos, 2002) define este proceso en la utilización de métodos particulares y comunes a las ciencias sociales y humanas en función de su capacidad de descubrir la infinidad de relaciones procesos y dimensiones que forman lo social.

Esta investigación tiene como objetivo diseñar un modelo de sustentabilidad gerencial que permita al SPNS su desarrollo y sostenibilidad en el tiempo para ello. Se deben tomar en cuenta los distintos autores que participan dentro de este sector, estableciendo una interrelación entre el investigador y el sujeto de estudio o el intermedio del dialogo y aplicación de instrumentos que permiten comprender su realidad, esto se consigue a través de la comunicación y el intercambio opiniones e ideas, lográndose de esta manera una comprensión compartida del fenómeno a ser estudiado.

Diseño de la Investigación

El diseño constituirá el plan que será utilizado por el investigador para desarrollar el trabajo de investigación, un plan flexible propio de las investigaciones cualitativas, un diseño no es otra cosa que un programa que especifica el proceso por realizar y controlar un proyecto de investigación, es decir, es el arreglo escrito y formal de las condiciones para recopilar y analizar información de manera que combine la importancia del propósito de la investigación y la economía del procedimiento.

Asimismo, la investigación cualitativa es definida por (Strauss y Corbin en Sandin, 2003) como cualquier tipo de investigación que produce resultados a los que no se ha llegado por procedimientos estadísticos u otro tipo de cuantificación. Puede referirse a investigaciones acerca de la vida de las personas, historias, comportamientos y también al funcionamiento organizativo, movimientos sociales o relaciones e interacciones. Algunos datos pueden ser cuantificados pero el análisis en si mismo es cualitativo.

Este tipo de investigación se caracterizara por ser flexibles y no lineales ya que el diseño que se va construyendo permanece abierto a los cambios y redefiniciones que pueden ser del mismo problema de investigación o de la metodología y estrategia de investigación abordado.

Se adoptara un enfoque global de la situación, es contextualizado y se centra en la comprensión de una situación social (Latorre, 2003).

Para la presentación de dicha investigación se irán detallando las distintas fases y actividades que el investigador deberá llevar a cabo para realizar el proceso de estudio de su objeto de investigación.

Fases de Investigación

Fase exploratoria del estudio

En esta fase se realizará la revisión documental y consulta con expertos sobre el problema que se desea investigar esto permitirá demarcar el objeto de estudio.

Fase analítica

Consistirá en una revisión bibliográfica amplia para desarrollar los objetivos de la investigación fundamentos epistemológicos, que le permitirá abordar su objeto de estudio. Así mismo se analizarán diferentes estudios realizados que tengan relación con el objeto de estudio para seleccionar aquellos que servirán como referentes.

Fase de planeación

En esta fase se establecerá el plan a seguir durante la investigación de forma que constituya una guía durante el proceso.

Fase de campo

En esta fase se establecerá contacto con los informantes claves a fin de fijar fechas de encuentro. Asimismo, se buscara establecer los mecanismos adecuados para la realización de las entrevistas y aplicación del cuestionario.

Fase de análisis y presentación de resultados

Se realizará el análisis e interpretación de la información obtenida en relación al objeto de estudio a fin de presentar los resultados de la investigación.

Población y Muestra

La Población según (Cedra, 2002) se convierte en el punto central del proceso de recopilación de datos, ya que a la final se encuentra el fenómeno que se va a estudiar, o en defecto, las personas o elementos que se piensa investigar. Asimismo, señala que la muestra será una proporción suficientemente representativa de un todo, de la cual nos servimos para describir las características fundamentales de aquel. Generalmente ese “todo” corresponde a la población, universo o colectivo que se investiga. Asimismo, (Cabrera, 2011) define muestra como un subconjunto de la población compuesto por las unidades que efectivamente se observan, y representan a las otras unidades de la población que no se observan.

Para este trabajo, la población o universo de estudio, está integrada por el Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela. La muestra estuvo conformada por 11 reconocidos

especialistas en el área de la Gerencia y Sistemas de Salud en sus respectivos países. Entre los criterios utilizados para su selección se encuentran los siguientes:

- Especialización en el área de la Gerencia de Salud.
- Reconocida trayectoria, libros y trabajos de investigación publicados en el área.
- Disponibilidad y motivación a ser entrevistado.

Informantes Claves

Es una técnica usada en la investigación cualitativa que consiste en contactar y entrevistar personas claves que cuenten con un amplio conocimiento acerca del objeto de estudio. De acuerdo a lo citado por (Graterol, V. 2001) la selección de informantes claves es flexible y abierta hasta llegar a la saturación por redundancia teórica de las unidades de análisis, categorías y sub categorías que surjan.

Con base a lo anterior, en este estudio, la selección se realizará de manera intencional y los criterios a tomar en cuenta son personas con experiencia en áreas de estudio desde el punto de vista académico o experiencia en el área de trabajo en el sector público y privado, que permita obtener información sobre la gerencia del SPNS.

Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Las técnicas que se utilizarán en el presente estudio a objeto de obtener información serán: la revisión documental, entrevistas, encuestas y análisis de contenido.

En el contexto de la investigación las fuentes documentales a ser utilizadas comprenderán: textos especializados sobre el tema, artículos de revistas, prensa nacional e internacional, ponencias en congresos, estadísticas, foros, publicaciones en la red, publicaciones de entes internacionales, gacetas oficiales de la Republica Bolivariana de Venezuela y estudios realizados con anterioridad sobre el tema. Para lograr una mejor comprensión se hará uso de la hermenéutica, con el objetivo de lograr interpretar las ideas expuestas por los autores de los distintos documentos y textos.

Este instrumento tiene como objeto obtener información de aquellas personas que forman parte del objeto de estudio como son: los directores, personal operativo de las mismas, que permitirá entender y comprender mejor el tipo de gerencia del Sistema Público Nacional de Salud. (SPNS).

PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDADES	SEP-2018	OCT-2018	NOV-2018	DIC-2018	ENE-2019	FEB-2019	MAR-2019	ABR-2019	MAY-2019	JUN-2019	JUL-2019	AGO-2019	SEP-2019
Arqueo Bibliográfico													
Diseño del Proyecto Tesis Doctorado													
Elaboración Marco Teórico													
Elaboración de Instrumentos													
Prueba de Instrumentos													
Recolección de Datos													
Procesamiento de Datos													
Redacción de Borrador													
REV y Correc del Borrador de la Tesis del Doctorado													
Presentación De la Tesis del Doctorado													

REFERENCIAS

ABBAGNANO, Nicola. (2004). Diccionario de Filosofía, actualizado y aumentado por Giovanni Fornero. 4^{ta} Ed. Fondo de Cultura Económica. Colección: Diccionarios. México, D.F.

ADORNO, Theodor W. (2001). Epistemología y Ciencias Sociales. Trad. De Vicente Gómez. Fonesis – Cátedra. Valencia, España.

ARIAS FIDIAS G. (1999). El proyecto de investigación. (3^{er} Ed.) Caracas Episteme.

ASCANIO, R. Consuelo. (2012). El Método Fenomenológico, Investigación Social Cualitativa y de la Organización. Rev. Docencia Investigación Extensión educación y trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

BARRIO ADENTRO RUMBO AL SISTEMA PUBLICO NACIONAL DE SALUD BOLIVARIANO Y SOCIALISTA. Plan Nacional de Salud 2009 – 2013 / 2018.

BENITEZ, Gustavo. (2009). Análisis del Sistema Publico Nacional de Salud de Venezuela. Trabajo de Grado presentado ante la Universidad Central de Venezuela, como requisito para optar al Título de Magister Scientiarum en Gerencia Empresarial. Caracas. Venezuela.

BONVECCHIO, Anabelle. (2011). Sistema de Salud de Venezuela. Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Vol. 53. Censo 2011. Primeros Resultados. Instituto Nacional de Estadística. Republica Bolivariana de Venezuela. Caracas 23 de Febrero de 2012.

CERDA, G. Hugo. (2005). Los Elementos de la Investigación. Como Reconocerlos, Diseñarlos y Construirlos. Ed. El Búho LTDA. 1^{ra} Reimpresión. Bogotá, D.C.

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Extraordinario. N° 5.453. 24 de Marzo de 2000.

CORDOVA, Nery. (2012). La Etnometodología y la Gerencia frente al Siglo XXI. Rev. Docencia Investigación Extensión educación y trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

CORREDOR, Julio. (2005). Ética y Liderazgo en la Praxis del Relacionismo Actual. Cuadernos de Postgrado. N° 22. Temas Actuales en Ciencias Administrativas: Organización y Entorno. Alba Carosio, Jesús Silva Pacheco (Compiladores). Fondo Ed. Tropykos. Comisión de Estudios de Postgrado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

CORREDOR, Julio. (2007). La Formación Gerencial en el Postgrado. Cuadernos de Postgrado. N° 25. Tópicos, Métodos y Problemas de Investigación en Ciencias Administrativas. Alba Carosio, Jesús Silva Pacheco (Compiladores). Fondo Ed. Tropykos. Comisión de Estudios de Postgrado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

CORREDOR, Julio. (2013). Desafíos de la Gerencia, Conferencia Dictada en el Seminario Desafío de la Gerencia. (Dr. Jesús Silva). Doctorado en Gerencia. FACES. Universidad Central de Venezuela.

DRUCKER, Peter. (1999). Los Desafíos de la Gerencia para el Siglo XXI. Ed. Norma. Colombia.

GADAMER, Hans G. (2007). Verdad y Método. Ed. Salamanca. Decima Segunda. Colección Hermeneia. España

GADAMER, Hans G. (2010). Verdad y Método. Volumen II. Ed. Salamanca. 8^{va} Ed. Colección Hermeneia. España.

GARCIA, B. Juan D. (1969). Curso Sistemático de Filosofía Actual. (Filosofía, Ciencia, Historia Dialéctica y sus Aplicaciones). Colección Humanismo y Ciencia. Dirección de Cultura. Universidad Central de Venezuela. Venezuela, Caracas.

GARCIA, B. Juan D. (2009). (Compilador). Los Presocráticos / Selec. Trad. y Notas de Juan David García Bacca. 11^{ma} Reimpresión. Conmemorativa del 50 Aniversario de Colección Popular. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

GARFINKEL, Harold. (1967). Studies in Ethnomethodology. Englewoods Cliffs. NJ: Prentice Hall. New York.

GARZA, T. Enrique, LEYVA, Gustavo. (eds). (2012). Introducción Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. 1^{ra} Ed. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F.

GARZA, T. Enrique, LEYVA, Gustavo. (eds). (2012). Introducción en Garza Toledo E., y Leyva Gustavo (eds). Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F. 1^{ra} Ed. Pág. 19-32.

GRATEROL, Esmelin. (2001). Hacia una Pedagogía Hermenéutica. Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Vicerrectorado Académico-Decanato de Postgrado Doctorado en Ciencias Administrativas. Seminario: Hermenéutica, Caracas, Venezuela.

GRATEROL, Esmelin. (2012). Métodos Cualitativos y Competencias de Investigación. Seminario. Doctorado de Gerencia. Pri 2012.

GRATEROL, Esmelin. (2012). Reflexiones Epistémicas para la Sistematización de la Investigación Científica. Rev. Docencia, Investigación y Extensión, Educación y Trabajo. Instituto Universitario Pedagógico "Monseñor Rafael Arias Blanco". Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

GRATEROL, Esmelin. (2012). Reflexiones Epistémicas para la Sistematización de la Investigación Científica. Seminario Métodos Cualitativos y Competencias del Investigador. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y sociales. Comisión de Estudios. Doctorado en Gerencia.

INDICADORES DE SALUD Y BARRIO ADENTRO. (2009). Una Alerta al Presidente Chávez & Asesores. Octubre.

LANCIANESE, F. Wladimir. (2012). La Hermenéutica: Herramienta Gerencial para la Interpretación de las Necesidades del Componente Humano y el Proceso de Toma de Decisiones. Rev. Docencia Investigación Extensión educación y trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

LANCIANESE, F. Wladimir. (2012). La Hermenéutica: Herramienta gerencial para la interpretación de las necesidades del componente humano y el proceso de toma de decisiones. Trabajo Presentado en el Seminario Métodos Cualitativos y Competencias del Investigador. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y sociales. Comisión de Estudios. Doctorado en Gerencia.

LANCIANESE, F. Wladimir. (2012). “Ética y Gerencia en el Mundo Global”. Rev. Docencia, Investigación y Extensión, Educación y Trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 4. ISSN 1316-5399. IUPMA.

LEYVA, Gustavo. (2012). La Hermenéutica Clásica y su Impacto en la Epistemología y la Teoría Social Actual. en Garza Toledo E., y Leyva gustavo (eds). Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F. 1^{ra} Ed.

LOBO, Larry. (2012). El Método Biográfico y el Método de Estudio de Casos: dos opciones metodológicas y epistemológicas para la investigación en Ciencias Administrativas. Rev. Docencia Investigación Extensión educación y trabajo. Instituto Universitario Pedagógico “Monseñor Rafael Arias Blanco”. Año 15. N° 2. Edición Especial. ISSN-1316-5399.

LOGROS DE LA REVOLUCION EN SALUD. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2010).

MISION BARRIO ADENTRO.

MORIN, Edgar. (2000). Los Siete Saberes Necesarios a la Educacion del Futuro. Publicado en Co-Edicion, Unidad de Publicaciones y el Centro de Investigaciones Post-Doctorales de la Facultad de Ciencias Economicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela y el Instituto de Educacion Superior para America Latina y el Caribe IESALC/UNESO – Caracas.

MORIN, Edgar. (2007). Introduccion al Pensamiento Complejo. Ed. Gedisa. 9^{na} Reimpresion. Barcelona, España.

MORIN, Edgar. (2009). El Metodo 3: El Conocimiento del Conocimiento. Ed. Catedra. 6^{ta} Ed. Madrid, España.

MORIN, Edgar. (2011). La Via, para el Futuro de la Humanidad – Paidós Estado y Sociedad. Barcelona, España.

MORIN, Edgar. (2012). Conversaciones con el Presidente de Francia. Hollande.

NESTEROVSKY, Lidia. (2012). Las Mejores Practicas Gerenciales y sus Aplicaciones para el Sistema Publico Nacional de Salud de Venezuela. Trabajo de Grado presentado ante la Universidad Central de Venezuela, como requisito para optar al Título de Magister Scientiarum en Gerencia Empresarial. Caracas. Venezuela.

OLIVERA, Ángel. (2007). Gestión del Conocimiento: una oportunidad para desarrollar al ciudadano, la organización, la sociedad y el país. Cuadernos de Postgrado. N° 25. Tópicos, Métodos y Problemas de Investigación en Ciencias Administrativas. Alba Carosio, Jesús Silva Pacheco (Compiladores). Fondo Ed. Tropykos. Comisión de Estudios de Postgrado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

RAMIREZ, Camilo. R. (2012). La Metodología Cualitativa y la Investigación Empírica. Doctorado en Ciencias Sociales. FACES. Pri. 2012

RAMIREZ, Camilo. R. (2012). Filosofía y Epistemología de la Teoría y Praxis de las Ciencias Sociales. FACES. Doctorado en Ciencias Sociales. IIES. Seg. Semestre.

RODRIGUEZ, C. Isabel, RINCON, B. María, MADUEÑO, Janeth. (2006). Barrió Adentro: Una Experiencia de Política de Salud en Ejecución. Centro de Estudios de la Empresa. V. 15. N° 3. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Pago. 1 - 24. Julio.

RUSQUE, Ana María. (2010). Porque las Ciencias Administrativas no utilizan Suficientemente las Perspectivas Fenometodologicas. Trabajo Presentado en el Seminario Desafíos de la Gerencia (Dr. Jesús Silva). Doctorado en Gerencia. FACES. Universidad Central de Venezuela.

RUSQUE, Ana María. (2012). De la Diversidad a la Unidad en la Investigación Cualitativa. 4^{ta} Reimpresión. Ed. Vadell Hnos. Caracas, Venezuela.

SILVA, P. Jesús. (2005). Retos, Modas y la Gestión del Conocimiento. Cuadernos de Postgrado. N° 22. Temas Actuales en Ciencias Administrativas: Organización y Entorno. Alba Carosio, Jesús Silva Pacheco (Compiladores). Fondo Ed. Tropykos. Comisión de Estudios de Postgrado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

SILVA, P. Jesús. (2007). La Historia de Vida como Método y las Ciencias Administrativas. Cuadernos de Postgrado. N° 25. Tópicos, Métodos y Problemas de Investigación en Ciencias Administrativas. Alba Carosio, Jesús Silva Pacheco (Compiladores). Fondo Ed. Tropykos. Comisión de Estudios de Postgrado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

SINTESIS ESTADISTICA DE POBREZA E INDICADORES DE DESIGUALDAD. Instituto Nacional de Estadística. Republica Bolivariana de Venezuela. 1er semestre 1997 – 1er semestre 2011. N° 1. 2011.

VELAZCO, G. Ambrosio. (2012). Hermenéutica y Ciencias Sociales. en Garza Toledo E., y Leyva Gustavo (eds). Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. (UAM-Iztapalapa). México, D.F. 1^{ra} Ed.

VIEYTES, R. (2004). Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercadeo y Sociedad Epistemología y técnicos. Ed. de las Ciencias Capitulo 24. 1^{ra} Ed. Buenos Aires, Argentina.

VON, Bertalanffy Ludwing. (2006). Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de la Cultura Económica. Ed. 70 aniversario. México.

XOLOCOTZI, Angel. (2010). La Fenomenologia: Filosofia del Siglo XX Actualidad y Perspectivas en Navia, Rodriguez. Interpretaciones Compiladores Hermeneutica. Publicaciones de la Universidad de los Andes.

ZAVARCE, Carlos. Material de Apoyo / Proyecto de Investigación. PPT.

ZAVARCE, Carlos. Material de Apoyo / Seminario UCV tg.Doc. PPT.

PAGINAS WEB

http://gerenciaenaccion.com.ve/Compor_Hum/comport9.htm

www.medicinasocial.info

www.bcv.org.ve/epf0809/resultepfiv1.ppt

<http://es.wikipedia.org/wiki/CoeficientedeGini>

<http://www.correodelorinoco.gob.ve/nacionales/unas-45-mil-302-personas-han-sido-bene>

<http://www.correodelorinoco.gob.ve/tema-dia/convenio-cuba-venezuela-11-años-solidari>

<http://ismaelgarcia.net/home/index.php/entre-venezuela-y-argentina>

esmelingg@hotmail.com

<http://es.mg40.mail.yahoo.com/dc/launch?.gx=1&.rand=abq4aa2equaif>

http://es.wikipedia.org/wiki/Misi%C3%B3n_Barrio_Adentro<http://maiquiflores.over-blog.es/article-indicadores-de-salud-y-barrio-adentro-una-alerta><http://www.mpps.gob.ve/images/stories/pdf/logros.pdf>

<http://www.cefir.org.uy/docs/dto1/11klicksb.htm>

<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131595182007000300005&script=sci>

http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=arti

www.hidrologo.gov.ve/noticia%2011_02_20071.html

http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=arti

<http://es.groups.yahoo.com/group/stg->

ucv0108/files/material%20.De%20apoyo/proyecto%20d%20investigacion%80%Ag%D3.PP

<http://es.groups.yahoo.com/Apoyo/Proyecto%AG%D3PPt> www.iiac.cmrs.fr/centreedgarmorin

<http://preval.org/es/content/el-enfoque-biogr%C3%A1fico-su-validezmetodo%C3%B3gica-sus-potencialidades>

http://www.sitiosur.cl/publicaciones/Revista_Proposiciones/PROP-29/12CORREA.zip

<http://www.sitiosur.cl/publicaciones/TemasSociales/Tsoc30.zip>

<http://journals.unam.mx/index.php/ras/article/download/29459/27408>

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12201303>

weickke:<http://gerenciaenaccion.com.ve/>

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/ras>