

RACIONALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. ALGUNAS REFLEXIONES¹

Vilma Vargas González²

Universidad del Zulia, Venezuela - Artículo Tipo 2. Reflexión

Recibido: 08 de abril de 2013 - Aceptado: 28 de junio de 2014

RESUMEN

El presente trabajo tuvo por finalidad reflexionar sobre algunos fundamentos de la racionalidad de los actores en la prestación de servicios de salud. Se realizó una investigación teórico-bibliográfica. Se revisan las propuestas de varios autores, que van más allá de la perspectiva económica de la racionalidad, para ello se han seleccionado a autores tales como, Foucault, Godelier, Harford, Olive, Sen, Testa, entre otros. Se hace un análisis desde la perspectiva del sistema capitalista dependiente, sus dilemas e impacto en la prestación de tales servicios, y un análisis en el contexto de las transformaciones que orientan la política de salud en Venezuela, donde el financiamiento a la prestación de éstos, se realiza fundamentalmente con asignaciones presupuestarias para garantizar una determinada oferta. Posteriormente las conclusiones, con base en los retos que plantea un cambio de paradigma desde la perspectiva de la racionalidad en la búsqueda de beneficios sociales; paradigma que estaría dirigido a un replanteamiento del diagnóstico administrativo de la salud por uno estratégico ideológico, encaminado a transformaciones de mayor envergadura, en el cual se incluya la equidad desde una perspectiva multidimensional, a través de formulación e implementación de políticas públicas en las que se relacione asignación de recursos y acuerdos sociales y no solamente desde una perspectiva parcial que intente evitar desigualdades en la prestación de servicios de atención en salud.

Palabras Clave:

Racionalidad, Servicios de Salud, Sistema Capitalista, Política de Salud, Cambio Social.
JEL: I11, I18

Si va a referenciar este artículo / To quote this article / se for citar este artigo

Vargas, V. (2014). Racionalidad en la prestación de servicios de salud. Algunas reflexiones, *Revista Económicas CUC*, 35 (1) 123-133.

¹ Artículo de Reflexión. Resultado del Proyecto de investigación titulado: Sistemas de Información para la prestación de servicios de salud. Línea de investigación Sistemas de Información Gerencial. Financiado por el Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico (CONDES) de la Universidad del Zulia.

² Doctora en Ciencias Sociales. Mención Gerencia de la Universidad del Zulia- Venezuela. Mg. en Gerencia Pública de la Universidad del Zulia- Venezuela. Contador Público de la Universidad Autónoma del Caribe Barranquilla- Colombia. Investigadora acreditada ante el Fondo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (FONACIT). Docente de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Investigadora adscrita al Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Universidad del Zulia. E-mail: vilmavargashernandez@yahoo.es

Rationale for the provision of health services: Some reflections

ABSTRACT

The present work aimed to reflect on some fundamentals of the rationality of the actors in the provision of health services. It was performed a theoretical literature search. The researcher revised proposals that go beyond the economic perspective of rationality by various authors, for it, authors such as Foucault, Godelier, Harford, Morín, Olive, Sen, Testa, among others were selected. The researcher carried out an analysis from the perspective of the dependent capitalist system, its issues and the impact in its services, and an analysis in the context of transformations that guide health policies in Venezuela, where funding for the provision of these, conducted primarily with budgetary allocations to ensure a particular offer. Subsequently, conclusions based on the challenges raised by a paradigm shift from the perspective of rationality in pursuit of social benefits; this paradigm to be led to a rethinking of the administrative health diagnosis by one ideological strategy aimed at changes larger, in which equity is included from a multidimensional perspective, through formulation and implementation of public policies in which resource allocation and social arrangements are related and not only from a partial perspective that tries to avoid inequities in the delivery of health care services.

Keywords:

Rationality, Health Services, Capitalist System, Health Policy, Social Change.

Racionalidade na prestação de serviços de saúde. Algumas reflexões

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo refletir sobre alguns fundamentos da racionalidade dos atores na prestação de serviços de saúde. Foi realizada uma pesquisa teórico-bibliográfica. Revisaram-se as propostas de vários autores que vão além da perspectiva econômica da racionalidade, para isso selecionaram autores como Foucault, Godelier, Harford, Olive, Sen, Testa, entre outros. Uma análise foi feita a partir da perspectiva do sistema capitalista dependente, os seus dilemas e impacto na prestação de tais serviços, bem como uma análise no contexto das transformações que orientam a política da saúde na Venezuela, onde o financiamento para a prestação deste, é realizado principalmente com dotações orçamentais para garantir uma determinada oferta. Posteriormente as conclusões, baseadas nos desafios que propõem uma mudança de paradigma a partir da perspectiva da racionalidade na busca de benefícios sociais; paradigma dirigido a um repensar do diagnóstico administrativo da saúde por uma estratégia ideológica destinada a transformações de maior escala, em que a equidade está incluída a partir de uma perspectiva multidimensional, através de formulação e implementação de políticas públicas em que relacionem a alocação de recursos de acordos sociais e não somente a partir de uma perspectiva parcial a qual tente evitar desigualdades na prestação de serviços de saúde.

Palavras-chave:

Racionalidade, Serviços de saúde, Sistema capitalista, Política de saúde, Mudança social.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se reflexiona sobre los fundamentos que guían la racionalidad de los actores³ en la prestación de servicios de salud. Un análisis desde la perspectiva del sistema capitalista dependiente, de racionalidad limitada, la irracionalidad enmarcada en el modelo de Estado conocido como “Socialismo del Siglo XXI”⁴, y el Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018 del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2008), en el que se intenta consolidar la red única de prestación de servicios del sistema público nacional de salud, a partir de la Misión Barrio Adentro, que se basa en la atención integral en salud a las comunidades con subsistemas de gestión, articulados con los órganos del poder popular.

Se estudia en primera instancia, la racionalidad de los actores y sus expresiones en el capitalismo dependiente, en donde se tocan aspectos atinentes a la lógica del pensamiento y su legitimación, para luego discutir sobre la racionalidad en búsqueda de un cambio de paradigma.

Entre la literatura que sirvió de apoyo para el desarrollo del tema se destacan: la obra de Maurice Godelier publicada en 1979, “Racionalidad e Irracionalidad en

Economía”, base de la discusión conceptual; “Racionalidad Epistémica” de León Olive, publicado en 2006 por Editorial Trotta S.A.; “Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso de la salud)”, de Testa, publicado en 1995; igualmente, fue pertinente leer los premios nobel de economía, Simon, 1978 y Sen, 1998, para un análisis más concienzudo sobre la temática. De igual manera, cabe destacar las discusiones sostenidas en el seminario “Epistemología y Metodología de las Ciencias Sociales” del Programa Doctorado en Ciencias Sociales, de La Universidad del Zulia, con el Filósofo Dr. Álvaro Márquez, quien sugirió la lectura de muchos de los textos citados, y en el Seminario “Problemas Contemporáneos de las Ciencias Sociales” del mismo Programa.

Racionalidad de los actores. Algunas expresiones en un sistema económico capitalista

El concepto de racionalidad ha sido discutido profusamente desde la antigüedad por los filósofos. Muchos de los cuales la consideran esencialmente como un concepto metodológico, que se aplica en los casos en que los seres humanos tienen que tomar decisiones o hacer elecciones o bien tomar cursos de acción. Para otros, la racionalidad no sólo es una cuestión metodológica, sino una capacidad fundamental y característica de los seres humanos, que implica ser precavido y responder a estímulos.

La capacidad fundamental y característica de los seres humanos para conectar lógicamente unas ideas con otras y realizar inferencias, al tenor de Olivé (2006), se llama razón, la cual también tiene el significado de fundamento que justifica la aceptación de una creencia, o la decisión de seguir cierto curso de acción, o aceptar determinados fines o valores. Así, la razón le permite a los seres humanos tomar decisiones con base en fundamentos. Las decisiones pueden ser gnoseológicas

³ Actores involucrados en la prestación de servicios de salud en Venezuela, desde la formulación de una política formal hasta su implementación.

⁴ Para mayor información sobre la política de salud en Venezuela se sugiere consultar: Hernández, Roberto (2006) Hacia el socialismo del siglo XXI. En Socialismo en el siglo XXI. Trece ensayos sobre el tema. Ministerio de la Cultura y Fundación Editorial el Perro y la Rana. Caracas, Venezuela; Armada, Francisco (2005) Reformas Neoliberales de la Salud en América Latina y el caso de Venezuela. En Revista IneoSalud; Ávila, Maritza (2007) Estrategia de la Descentralización de la Salud y Participación Social en el marco de la Constitución de 1999. Informe Postdoctoral. Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela.

o prácticas, actuar o no en determinadas circunstancias o tomar decisiones acerca de perseguir ciertos objetivos y fines.

La razón práctica suele verse en relación con el mundo de las acciones e interacciones de los seres humanos, o de los actores sociales, las cuales se regulan por la moral, y muchas de ellas se dan en un contexto político. La razón práctica, le permite a los individuos, elegir cómo actuar tomando en cuenta valores, normas y fines, y decidir cuáles de ellos son aceptables. En ese sentido cabe preguntarse: ¿Aceptables para quién? ¿Aceptables para qué?

El análisis sobre la racionalidad, conduce en primer lugar, a considerar la lógica del pensamiento de los actores respecto de la realidad, en un sistema económico capitalista dependiente, tomando en consideración que:

El modo de producción capitalista, al transformar la fuerza de trabajo en mercancía y, por ello en elemento de costo expresado en unidades monetarias, logra la total conmensurabilidad, en el seno de la empresa capitalista, de los medios y del fin de la actividad económica, siendo el beneficio el fin único y universal cuantitativamente mensurable, de la actividad de la empresa capitalista (Lange en Fuenmayor, 2003, p.8).

La base de esta discusión conceptual se apoya siguiendo a Godelier (1979), para quien la racionalidad del comportamiento de un agente del sistema capitalista, puede estar en contradicción con la racionalidad de otros agentes: lo que genera que el logro de un máximo de sus fines para un actor, puede convertirse en causa de insatisfacción de los otros actores. Así, el empresario de los servicios de salud, podría encontrar su racionalidad en maximizar sus utilidades, disminuyendo sus costos, aún a riesgo de no prestar un servicio de

calidad, lo cual afecta la racionalidad del consumidor (paciente), quien busca su máxima finalidad en la obtención de un óptimo estado de salud.

La posibilidad de contradicción en la racionalidad del comportamiento de los agentes, es factible que se presente en el sector público, dado que la racionalidad de los directores de hospitales y ambulatorios, en tanto agentes “ejecutores” de las políticas públicas en salud, los conduciría a beneficiar al mayor número de usuarios en pro de legitimación política; esto podría afectar la racionalidad del usuario en tanto el “beneficio” obtenido no presente características de calidad de acuerdo a sus necesidades particulares.

El equilibrio se ubicaría en un punto donde los directores de hospitales, optimicen la productividad de los recursos que le son asignados vía presupuesto, transformándolos en servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios (pacientes) de los servicios de salud pública, en términos de calidad y cobertura. Tomando en consideración que “es a través de la política y de las políticas públicas como se alcanza un nuevo equilibrio, y como las fuerzas dominantes en el mercado, devienen intereses de gobierno y, eventualmente, objetivos nacionales” (Vilas, 1995, p.12).

Esta lógica de pensamiento subyace en la búsqueda de cada objetivo de acuerdo a la racionalidad de los agentes. Sin embargo, el problema

Consiste en determinar las condiciones que permitirán al sistema capitalista alcanzar la eficiencia en el equilibrio, sin dejar por eso de lograr el bienestar de los miembros de la sociedad. De un modo más simple, hay que determinar en qué condiciones se puede satisfacer mejor la función demanda de la sociedad, teniendo en cuenta su función producción (Godelier, 1979, p.47).

Se pasa del equilibrio al bienestar cuando la racionalidad de los consumidores hace intervenir como complemento a la eficiencia, los conceptos de satisfacción o bienestar social, los cuales se constituyen en el límite de la misma como concepto tecnológico. En este límite entra a jugar gran importancia el concepto de equidad en salud desde un enfoque multidimensional.

La equidad en salud incluye aspectos relacionados con la posibilidad de lograr buena salud y, no sólo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, la atención a la ausencia de discriminación en la asignación de la misma. Además, un buen compromiso con la equidad en salud también necesita que las consideraciones en esta materia se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a los diferentes alcances e impacto de los acuerdos sociales (Sen, 2002)

Tomando en consideración que:

Empresario y trabajador son, al final de cuentas, consumidores... su comportamiento económico se vuelve racional cuando lo organizan para obtener un ingreso máximo del uso de sus medios y para hacer un uso óptimo de este ingreso, obteniendo la máxima satisfacción deseada, (...) que consiste en lograr la utilidad máxima (Godelier, 1979, p. 30).

Es importante señalar que la noción de bienestar, asociada a la máxima satisfacción deseada, como resultado de la obtención de bienes económicos, implica un alto nivel de subjetividad, en tanto el grado de felicidad y satisfacción depende de características particulares relacionadas con racionalidades individuales.

Adoptando el concepto de bienestar humano, definido por Sen (1998), el cual está centrado en los logros personales, de acuerdo con las actividades esenciales, donde el bienestar de una persona depende de sus logros respecto a las distintas funciones humanas que le atañen, el economista Pattanaik (2000) propone una clasificación de las funciones humanas en tres categorías a saber: físicas, políticas y sociales, e intelectuales y estéticas; y considera algunas de las principales actividades incluidas en cada categoría, así:

1. Funciones físicas: Esperanza de vida, alimentación adecuada, protección frente a los elementos, ausencia de enfermedades.
2. Funciones políticas y sociales: Seguridad personal (en especial, respecto a las acciones invasoras del Estado y de otras entidades); participación en la vida comunitaria y política; inmunidad frente a la discriminación por razón de raza, sexo, edad u orientación sexual; capacidad para vivir sin avergonzarse por la posición propia en la sociedad.
3. Funciones intelectuales y estéticas: Capacidad intelectual para abordar los problemas de la vida, realización intelectual mediante la contribución al conocimiento humano, realización estética mediante la expresión de las facultades creativas o la participación en acontecimientos estéticos.

Atendiendo a esta clasificación, en pro de bienestar, los consumidores de los servicios de salud, abogarían por políticas públicas efectivas que resuelvan: inequidades en el acceso a los servicios, restricciones a la inversión pública en salud y prevención de la enfermedad, así como, aquellas que desafíen desigualdades económicas, las cuales, en buena parte, explican problemas asociados.

Su racionalidad les dice, que en cualquier momento pudieran enfrentar un problema grave de salud, el cual pudiera ser resuelto por el sistema público.

De acuerdo con Castells (1999), los empresarios, de acuerdo con

Para aumentar los beneficios, en un entorno financiero determinado y para un nivel de precios dado, en función del mercado, encuentran cuatro vías fundamentales: reducir los costos de producción (comenzando por los costos de mano de obra), aumentar la productividad, ampliar el mercado y acelerar la rotación de capital. Con énfasis diferente dependiendo de empresas y países, todos se usaron durante la última década (p. 108).

En relación a lo anterior, la investigación realizada por el premio Nobel de economía Sen (1998), donde comparó el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita y las esperanzas de vida de un grupo de países, evidencia entre los países seleccionados para el estudio, que aquellos con PIB inferiores, superan ampliamente en esperanza de vida a los países con mayor PIB⁵. Según el investigador, esto sucede pues los servicios sociales son intensivos en trabajo de mano de obra, la cual es más barata en países de escasos recursos, por lo cual, con menos recursos, en estas zonas se pueden obtener servicios similares a los obtenidos en los sectores más favorecidos.

Si esta lógica es usada en los países pobres de la región, en beneficio de los consumidores, y no sólo en beneficio de los

empresarios de la salud, el financiamiento y acceso a los servicios sería más equitativo, provocando los consiguientes beneficios sociales.

Sin embargo, hace más de una década, estudios realizados por distintas personalidades en instituciones tales como la Organización Panamericana de la Salud (1998), indican que es económicamente viable para casi todos los países de la región, proveer cobertura universal de los servicios de salud actualmente ofrecidos por el sector público; sin embargo, se está aún hoy, lejos de alcanzar esta meta. La búsqueda de objetivos particulares en atención a racionalidades individuales o de grupos de poder, ha posibilitado tal inequidad, no hay una forma más delicada para decirlo.

En este sentido, es pertinente el pensamiento de Foucault (1963), quien en su texto, *El nacimiento de la clínica*, refiere, desde su práctica como médico en un país dependiente y agro exportador de la periferia de un mundo en globalización construido como mercado único capitalista, lo siguiente:

- La clínica es parte de la economía política de la historia de las sociedades.
- El desarrollo capitalista necesitó cuerpos de trabajadores que puedan producir valores y mercancías para acumular capitales y ganancias.
- El desarrollo científico es parte del avance de las industrias y de la creación de ganancias con las nuevas herramientas y procedimientos técnicos.
- La mirada clínica es parte del curso de la medicina, socia de la industria de la salud- mercancía y del cuerpo como mercado.

⁵ Mayores detalles sobre el estudio se encuentran en Sen, Amartya (1998) La mortalidad como indicador de éxito económico y el fracaso. Economic Journal, Royal Economic Society.

Aun cuando el libro de Foucault fue editado en 1963, en la actualidad - con más arraigo quizá-, en los países capitalistas dependientes, se evidencia la práctica de la medicina como una industria en donde se comercializa con la salud de las personas, lo que se puede observar en las terminologías utilizadas en el campo de la medicina, donde ya no se habla de paciente sino de usuario, cliente o demandante y no se consideran como actores sociales que tienen una racionalidad propia, más allá de la lógica impuesta por quien la elabora en función de legitimación de sus propósitos. De este modo, la lógica del mercado, estaría dirigida más a la curación que a la prevención, precisamente en función de las ganancias que obtienen los empresarios de la salud.

No obstante el pensamiento anterior, se debe considerar que el cometido de los hospitales, en tanto restablecer la salud de los enfermos, trae un beneficio individual (meritorio por demás) al paciente y en este sentido le genera ganancias, a él, y a su familia, así como también al núcleo social donde se encuentra inserto y a su comunidad.

Es importante destacar aquí, el pensamiento de Sen (2000), respecto a la racionalidad económica, donde realiza una crítica enérgica sobre el error fundamental de considerar al ser humano solamente como ente que busca maximizar sus beneficios personales, sin tomar en consideración los valores, la ética y las motivaciones psicológicas. Error que equivaldría a limitar también el alcance de la racionalidad del ser.

Racionalidad en búsqueda del cambio.

En relación a la Racionalidad en búsqueda de cambios, es fundamental traer a colación el pensamiento de Testa (1995), referente a los propósitos que se buscan con el cambio:

Una lógica es una forma de elaboración de un razonamiento; como todo método está sometido a la determinación de una teoría, la que corresponde a los objetos sobre los cuales se aplica ese método... Si los propósitos son de cambio se privilegiará el uso de una lógica que facilite su consideración: la dialéctica; si en cambio se intenta que no se modifique la situación existente, será preferible utilizar una lógica sistémica que incluya una circularidad pero sometida a mecanismos de control de los desvíos que puedan ocurrir respecto del alcance del objetivo: el mantenimiento del statu quo (p.194-195).

Así las cosas, surgen las siguientes preguntas: ¿Por qué los actores sociales presionarán una racionalidad en búsqueda del cambio? ¿Cuáles beneficios les traería? ¿Por qué las instituciones oficiales van a financiar investigaciones que se realizan con la finalidad de cambiarlas? ¿Cómo enfocar la solución que responda a la búsqueda del equilibrio, dentro de parámetros de equidad?

Según Testa (1995):

La noción de equilibrio en un proceso dinámico, no es la fijación de un punto inmodificable, sino la de oscilación permanente en torno a un punto que se desplaza a lo largo de una función (en el sentido matemático) continua. Esto es, exactamente, lo que no es una crisis, que debe ser entendida, precisamente como una discontinuidad. Quiere decir que el cambio implícito en el diagnóstico estratégico es el que refleja una crisis, que requiere una rearticulación, una manera de retornar a la función una vez salvado el salto que significa la crisis, la cual afecta la estructura de poder en el sector (p.213).

Una de las claves que pudieran sugerir un principio de respuesta a estos interrogantes, estará en un diagnóstico estratégico guiado para introducir cambios desde la estructura de poder, políticas públicas que desafíen desigualdades económicas y en el acceso y prestación de servicios de atención en salud, información adecuada en las organizaciones públicas prestadoras de tales servicios, en la ética de quienes los proporcionan y en los valores inculcados desde los planteles educativos, en pro de la equidad del sector.

En el aspecto de políticas públicas, en Venezuela, a partir de la promulgación de la Constitución de 1999, se avanzó hacia un período de transición en búsqueda de cambios en lo social, al menos desde la formulación de la política pública formal, que permitió la implementación de programas “misiones” para atacar coyuntural y sectorialmente inequidades en el acceso a la prestación de servicios de salud, lo cual desde luego, y en principio, hace que en la implementación de la política existan desigualdades y desequilibrios. Para la equidad en salud es fundamental la ausencia de discriminaciones en la prestación de los servicios, pero no sólo se fundamenta en esto, sino también en la consecución de acuerdos sociales para la asignación de recursos.

Por consiguiente, es imprescindible un análisis tanto de la política formal como de la política real o la política implementada. Entonces se trabajaría un análisis del ¿qué?, ¿por qué?, ¿para qué? o ¿a quiénes sirve o va dirigida? la formulación de la política, amén de un análisis de fondo de la misma y sus procesos. Igualmente sería necesario un análisis hacia la ya implementada, donde prevalezca su evaluación y seguimiento a partir de sistemas de información que generen indicadores clave, que permitan argumentaciones válidas para mantenerlas o en

su defecto para mejorarlas, si se detectan desviaciones.

Tocante al campo de la información, en investigaciones precedentes, se evidencia en Venezuela, la falta de información adecuada respecto a la salud de la población, donde se ofrecen servicios sin tomar en consideración la demanda (Vargas, Cubillán & Gamboa, 2004).

En términos generales, la falta de información y conocimiento completo altera el comportamiento económico de los individuos y el proceso de elección entre alternativas económicas tiene motivaciones más complejas que las meramente económicas. Este planteamiento de Simón, citado en Fueamayor (2003), conduce a que las elecciones racionales y maximizadoras de los individuos son restringidas o limitadas por las instituciones y los valores existentes, así como por sus limitadas capacidades de conocimiento, información y cálculo.

Aquí surgen los límites de la racionalidad del comportamiento de los agentes sociales, los cuales son diversos: entre otros, el hecho de que “los individuos racionales toman muchas decisiones que resultan en perjuicio de otros” (Harford, 2008, p.55).

Según la tesis de Harford (2008),

A menudo se dan resultados irracionales de las decisiones racionales individuales, (...) el comportamiento racional por parte de los individuos no necesariamente conduce a un resultado socialmente deseable, porque la interacción entre la decisión de cada uno y lo que sucede a mayor escala es impredecible y, frecuentemente, muy destructiva (p.55-58).

Para Simón, citado por (Romo, 2004) la tarea es remplazar la racionalidad global del homo economicus con un comportamiento intencionalmente racional compatible con las posibilidades reales de acceso

a la información existente y las capacidades de procesamiento de las personas, las organizaciones y en sus respectivos entornos”.

Es necesario entonces, contextualizar los sistemas de salud, dado que no es posible considerar lo válido en un determinado sistema social u organizativo, como válido para otro, debido entre otros aspectos, a la complejidad de subsistemas inmersos en el concepto.

En ese sentido, al hacer referencia a la atención primaria en salud, ella tiene un significado concreto que le otorga su inserción en el sistema, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica. Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención en salud, la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordena la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue las normas de ingreso (*admisión*) y circulación (Testa, 1993); en tal sentido cobra pertinencia la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y la debida coordinación que debe existir entre los diferentes subsistemas que componen el sistema de salud.

Es así como cobra importancia la acotación de Hernández (2001, p.15), que plantea:

Los sistemas de producción con base en agenda, sustituyen con ventaja al modelo econométrico y la optimización con restricciones en presencia de complejidad en la interrelación sistémica de los agentes. En vez de suponer que los agentes eligen la mejor decisión posible de un menú apropiado, se supone que el agente tiene un conjunto de reglas que determinan su comportamiento en circunstancias alternativas.

CONCLUSIONES

La racionalidad del comportamiento de un agente del sistema capitalista, puede estar en contradicción con la racionalidad de otros agentes y está sujeta a limitaciones; entre otros aspectos, por la imposibilidad de acceso a información suficiente para la toma de decisiones que les hagan obtener un máximo beneficio, dado que un comportamiento racional individual no necesariamente conduce a resultados socialmente deseables.

La necesidad de una racionalidad que tome en consideración el equilibrio entre la búsqueda del máximo beneficio, la ética y los valores de los agentes sociales, para la prestación y obtención de servicios de salud, se constituye en uno de los retos hacia el cambio de paradigma desde la óptica de una racionalidad en búsqueda de beneficios sociales.

El cambio de paradigma estaría dirigido a un replanteamiento del diagnóstico administrativo de la salud por uno estratégico ideológico, encaminado a transformaciones de mayor envergadura, en el cual se incluya la equidad desde una perspectiva multidimensional, a través de formulación e implementación de políticas públicas en las que se relacionen asignación de recursos y acuerdos sociales y no solamente desde una perspectiva parcial que intente evitar desigualdades en la prestación de servicios de atención en salud.

En este orden de ideas, resulta relevante sustentarse en adecuados sistemas de información que posibiliten la generación de indicadores clave para la evaluación y seguimiento de los procesos en la implementación de las políticas públicas, permitiendo las auditorías y controles de gestión necesarias, para lograr un cambio cultural paradigmático.

REFERENCIAS

- Armada, F. (2005) Reformas Neoliberales de la Salud en América Latina y el caso de Venezuela. En *Revista IneoSalud*. Un debate Necesario. Barrio Adentro Atención Primaria en Salud.
- Ávila, M. (2007) *Estrategia de la Descentralización de la Salud y Participación Social en el marco de la Constitución de 1999*. Informe Postdoctoral. Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela
- Castells, M. (1999) *La Era de la Información. Economía, Sociedad y Cultura*. Vol.1 La Sociedad Red. Versión castellana de Carmen Martínez. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Foucault, M. (1963) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.
- Fuenmayor, J. (2003) Posiciones teóricas sobre la racionalidad en la ciencia económica: un enfoque transdisciplinar, *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*. 8 (23).
- Godelier, M. (1979) *Racionalidad e Irracionalidad en Economía*. México. DF: Siglo XXI Editores.
- Harford, T. (2008) *La lógica oculta de la vida. Cómo la economía explica todas nuestras decisiones*. Madrid, España: Ediciones Temas de Hoy, S.A.
- Hernández, I. (2001). *El futuro de la ciencia económica*. Universidad de Valladolid. Recuperado de: www.insisoc.org/insisoc.
- Hernández, R. (2006) *Hacia el socialismo del siglo XXI*. En Socialismo en el siglo XXI. Trece ensayos sobre el tema. Caracas, Venezuela: Ministerio de la Cultura y Fundación Editorial el Perro y la Rana.
- MPPS (2008) *Plan Nacional De Salud 2009-2013/2018. Barrio adentro rumbo al sistema público nacional de salud Bolivariano y Socialista*. Caracas.
- Olive, L. (2006). *Racionalidad Epistémica*. México: Editorial Trotta S.A.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS- (1998) *Taller de Capacitación en Winsig 1.0*
- Pattanaik, P (2000) *Indicadores culturales del bienestar: algunas cuestiones conceptuales*. Capítulo 19. Informe presentado en Universidad de California, Riverside (Estados Unidos)
- Sen, A (1998) La mortalidad como indicador de éxito económico y el fracaso. *Economic Journal, Royal Economic Society*. Vol 108 p.1-25
- Sen, A (2000) *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Editorial Planeta.
- Sen, A (2002) ¿Por qué equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 5-6.

- Sen, A. (2011) *Introducción al Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos*. Publicado por el Programa las Naciones Unidas para el desarrollo. Madrid, España: Ediciones Mundi-Prensa.
- Simon, H (1978) *Rational Decision-Making in Business Organizations*, Nobel Memorial Lecture, 8 December by Herbert A, Simon, Carnegie – Mellon University, Pittsburgh- Pennsylvania, USA
- Testa, M (1993) *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar editorial S.A.
- Testa, M (1995) *Pensamiento estratégico y lógica de programación. (El caso de la salud)*. Buenos Aires: Lugar editorial S.A.
- Vargas, V; Cubillán, R & Gamboa, T (2004) La eficiencia en un hospital de Maracaibo: su relación con la oferta y la demanda de servicio. *Revista de Ciencias Sociales*, 10 (2).
- Vilas, C. Compilador (1995) *Estado y Políticas Sociales Después Del Ajuste: Debates y alternativas*. Universidad Nacional Autónoma de México. Caracas, Venezuela: Editorial Nueva Sociedad.