AAP3015
TESIS
GSS999
V47

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
POSTGRADO DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
ESPECIALIDAD EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD MENCIÓN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

BASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO DE AUTOSUSTENTABILIDAD PARA UN AMBULATORIO QUIRÚRGICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE COOPERACIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD (IMCAS) DEL MUNICIPIO CHACAO.

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia en Servicios de Salud)

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

Autora: Dra. Liliana Vergara L.
Tutora: Dra. Anirt de Bujanda

Caracas, Octubre de 1999

INDICE GENERAL

Pp.

ÍNDICE GENERAL ..... *ii*

INTRODUCCIÓN ..... *iii*

CAPÍTULO

I. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA *1*

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN *3*

1.2.1. OBJETIVO GENERAL *3*

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS *3*

1.3. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN *4*

1.4. METODOLOGÍA DE ESTUDIO *7*

1.4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN *7*

1.4.2. PROCEDIMIENTO *8*

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES *9*

2.1.1. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD EN VENEZUELA ... *10*

2.1.2. SISTEMA DE SALUD EN VENEZUELA *15*

2.1.3. MUNICIPIO CHACAO. IMCAS *19*

2.1.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MUNICIPIO CHACAO *19*

Pp

2.1.3.2.CREACIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE COOPERACIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD (IMCAS) 20

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS 23

2.2.1. AUTOSUSTENTABILIDAD, AUTOGESTIÓN, GERENCIA EFICIENTE 23

2.2.2. MODELO DE DISEÑO DE UN PROCESO DE AUTOSUSTENTABILIDAD. FUNDACIÓN HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL 27

2.2.3.AMBULATORIO QUIRÚRGICO 34

2.3. BASAMENTO CONCEPTUAL Y LEGAL 38

III. ANÁLISIS Y APLICABILIDAD. BASES DE LA IMPLEMENTACIÓN

3.1. ANÁLISIS DE LAS ETAPAS 42

3.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS BASES 43

3.3. ANÁLISIS DE FACTORES DE ÉXITO. MATRÍZ COMPARATIVA 44

3.4. ANÁLISIS DIAGNÓSTICO EXTERNO. AMBULATORIO QUIRÚRGICO 45

3.5..MATRÍZ DE APLICABILIDAD, OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RESULTADOS.. 48

3.6. FACTIBILIDAD DE EJECUCIÓN 53

3.7. SISTEMAS DE EVALUACIÓN 53

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES 55

4.2. RECOMENDACIONES 58

Pp

V. BIBLIOGRAFÍA *59*

VI. ANEXOS *61*

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: *ORGANIGRAMA DEL AMBULATORIO QUIRÚRGICO*

ANEXO 2: *PROCESO DE AUTOGESTIÓN FUNDACIÓN HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL*

ANEXO 3: *FACTORES DE ÉXITO DEL PROCESO DE AUTOGESTIÓN. FUNDACIÓN HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL.*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realiza como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia en Servicios de Salud.

El tema escogido se basó en el "Estudio Teórico Documental de las Bases para la Implementación de un Proceso de Autosustentabilidad para un Ambulatorio Quirúrgico del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS), del Municipio Chacao".

El desarrollo y la expansión social que ha suscitado en Venezuela; ha tenido como base una economía petrolera, que durante muchos años generó ingresos cuantiosos, conllevando a la sobreevaluación de la moneda nacional, hasta la década de los ochenta, cuando se producen acontecimientos que sacuden al país, afectando por consiguiente a nuestro sector salud, el cual sufre una descapitalización rápida e importante, cayendo en una de las peores crisis, siendo el factor presupuestario y de financiamiento el abanderado en sus causas.

Ante la magnitud de la crisis, se hacen necesarios cambios radicales, tanto a nivel de legislación, como organizacional y hasta cultural y de educación. El cambio más importante en materia de legislación ocurre con la Descentralización y por ende la Autonomía de las instituciones públicas, bajo el amparo del ente rector (M.S.A.S.). Cada Estado, cada Gobernación y

cada Municipio planifica y evalúa su plan maestro de acción, en materia de asistencia pública.

Es así como en diciembre de 1992, Chacao elige por primera vez a sus autoridades municipales; cuyo trabajo al principio se centró en fortalecer las estructuras municipales, atendiendo las prioridades de la comunidad y dando respuestas concretas, como la creación del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS), el 01 de mayo de 1995. IMCAS posee personalidad jurídica y patrimonio propio e independiente del Fisco Municipal, el cual goza de los privilegios y prerrogativas que la Ley Orgánica del Régimen Municipal le acuerda a tales órganos. El Instituto es el órgano del Municipio Chacao, encargado de ejecutar y coordinar a nivel local, las labores de cooperación en materia de salud.

En Chacao hasta ahora no se contaba con un Ambulatorio Quirúrgico público que permitiera atender a la población del Municipio, la crisis hospitalaria y los altos costos de las clínicas privadas despertaron la inquietud de la creación del mismo; con un modelo de financiamiento que garantizara la permanencia del Ambulatorio en el tiempo con atención eficiente y de calidad; naturalmente la carencia de mecanismos claros de financiamiento por parte del sector salud, además de los altos costos que significa mantener en funcionamiento de dicho centro, han llevado a la necesidad de implementar un proceso de Autosustentabilidad.

La idea básica es crear un Modelo Gerencial Eficiente, que tenga como una de sus herramientas la transparencia en el manejo de origen y aplicación de fondos, cuyo proceso sirva de referencia a otras instituciones públicas. Para ello se escogió como marco de referencia el proceso de Autosustentabilidad de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI).

En el presente estudio se hace necesario describir los factores de éxito interno, que sirvan de herramienta gerencial a otras instituciones.

Una de las materias que se dicta en el postgrado de Gerencia en Servicios de Salud, de carácter obligatorio es la de Servicios de Salud, base fundamental para la realización de este trabajo, ya que en ella se hace una revisión de nuestro sistema sanitario, promoviéndose enfoques para la formulación de programas y políticas que nos permitan diseñar modelos teóricos aplicados a la realidad del país dentro de la Actual Reforma Sanitaria, así como analizar el instrumento gerencial del Municipio Sanitario, previsto en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

El Modelo gerencial del Centro de Salud de hoy y del futuro debe adoptar como punto de partida la calidad total en la gestión, sin duda ante la evolución de los sistemas de salud, acomodándose a las exigencias del momento, para las cuales se han ideado las técnicas y metodología que adaptadas a cada situación garanticen la salud de la comunidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento y Delimitación del Problema

La crisis de salud en Venezuela es multifactorial, compleja, cuya expresión más inmediata y evidente es la paralización de hospitales y ambulatorios, con limitaciones que hacen peligrosa y delictiva la prestación de servicios.

Se piensa que uno de los problemas básicos es la insuficiencia presupuestaria, sin embargo nunca antes había habido una inyección de millardos de bolívares (en tan corto tiempo) al sector salud como en los últimos años.

A raíz de los acontecimientos que sacudieron a Venezuela en el principio de la década de los 80, en el ámbito social, económico y político; el sector salud en el ámbito público cae en una de sus peores crisis, siendo el factor presupuestario y de financiamiento el abanderado en sus causas.

A su vez el sector privado es arrastrado a través de un desmesurado costo de atención y de operatividad que conllevó a dicho sector a una baja rentabilidad y poca productividad. Se congestionan los hospitales y/o toda institución pública que pudiera brindar atención de salud a la comunidad. Como un circuito de retroalimentación negativa; el

presupuesto ya deficitario para el sector salud, se hace inmanejable y comienzan a tener un peso específico, causas como costos, baja productividad, ineficiencia, poca capacitación del recurso humano, decretos, educación y cultura entre otros.

Con la Descentralización, surgen instituciones públicas como el Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS), las cuales se crean con el objetivo de llenar las necesidades específicas de la comunidad de una manera Autónoma y Eficiente. Éstas a su vez están expuestas a múltiples factores como: decretos gubernamentales, especialmente los relacionados con recursos humanos, devaluación de la moneda, (con el agravante de que en estos centros muchos insumos son importados), inflación, controles, convenios contractuales con profesionales y trabajadores, y una realidad muy propia, "no se puede trasladar a los usuarios el incremento del costo operativo". Es de hacer notar que el IMCAS, en el Municipio Chacao del estado Miranda, tiene personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual goza de las prerrogativas de la Ley Orgánica de Régimen Municipal, dentro del marco de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Cabe aquí, preguntarse ¿cómo generar recursos económicos sin dejar de cumplir con la misión de la institución y así garantizar su autosustentabilidad (permanencia en el tiempo)?. La idea básica es crear un Modelo Gerencial Eficiente; que tenga como una de sus

herramientas la transparencia en el manejo de origen y aplicación de fondos, que permita conocer costos y en cuyo proceso se puedan identificar las bases de implementación que pudieran servir de referencia a otras instituciones públicas. Para ello se ha tomado como marco de referencia el proceso de autosustentabilidad de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI).

1.2. ***Objetivos de la Investigación***

1.2.1. Objetivo General

Identificar y proponer las bases para la implementación de un proceso de Autosustentabilidad, para un Ambulatorio Quirúrgico del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud del Municipio Chacao, que a la vez pueda ser utilizado como modelo operativo que garantice un acceso coherente y efectivo a la comunidad.

1.2.2. Objetivos Específicos

- *Identificar las bases del proceso de autosustentabilidad, tomando como marco de referencia el proceso de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil.*
- *Analizar la factibilidad de aplicación de dichas bases en el proceso de autosustentabilidad del Ambulatorio Quirúrgico del Municipio Chacao, utilizando los Factores de Éxito (ver marco teórico).*

- *Analizar la coherencia entre la reforma del sector salud y el proceso de autosustentabilidad, que pudiera servir de marco de referencia a otras instituciones públicas.*

1.3. ***Importancia y Justificación***

El desarrollo y la expansión social que se ha suscitado en Venezuela, ha tenido como base una economía petrolera; que durante muchos años generó ingresos cuantiosos al país, conllevando a la sobreevaluación de la moneda nacional, hasta la década de los 80, cuando se producen acontecimientos que sacuden al país, afectando por consiguiente a nuestro sector salud, el cual sufre una descapitalización rápida e importante.

Ante la magnitud de la crisis; se hacen necesarios cambios radicales, tanto a nivel de legislación, como organizacional y hasta cultural y educacional. El cambio más importante en materia de legislación ocurre con la Descentralización y por ende la Autonomía de las instituciones públicas, bajo el amparo de un ente rector (MSAS). Cada estado, cada gobernación y cada Municipio, planifican y evalúan su plan maestro de acción en materia de asistencia pública.

En cuanto al Municipio Chacao, la salud ha mejorado significativamente en los últimos seis años, como lo demuestra el mejoramiento generalizado de las condiciones nutricionales y de saneamiento ambiental, así como mejores condiciones de vida y mayor

cobertura de la población en cuanto a salud preventiva se refiere, todo esto llevado a cabo en la red de ambulatorios con que cuenta el Instituto. Hasta entonces no se contaba en Chacao con un Ambulatorio Quirúrgico público que permitiera atender a la población del Municipio, la crisis hospitalaria y los altos costos de clínicas privadas despertó la inquietud de la creación del mismo, cuya misión fuese la atención al paciente quirúrgico del municipio, al más bajo costo; naturalmente la carencia de recursos económicos y de mecanismos claros de financiación por parte del sector salud, además de los altos costos que significa mantener en funcionamiento un ambulatorio quirúrgico, han llevado a la necesidad de implementar un proceso de autosustentabilidad que garantice la permanencia del mismo con atención eficiente y de calidad.

Este ambulatorio tendrá como objeto brindar atención terapéutica quirúrgica de calidad en forma oportuna, precisa, humana y eficaz. El mismo ha de mantenerse actualizado dentro de los avances de la ciencia y la tecnología y al mismo tiempo permitir el desarrollo y mejoramiento del personal que allí labora. En esta unidad trabajará un equipo multidisciplinario compuesto por personal médico especialista: cirujanos generales, otorrinolaringólogos, urólogos, ginecólogos, cirujanos, pediatras, cirujanos plásticos, entre otros; anestesiólogos, enfermeras técnicos universitarios, instrumentistas, auxiliares de enfermería; personal administrativo, constituido por un director médico, un trabajador social,

técnicos superiores en administración, secretaria y personal de mantenimiento; todo este personal depende directamente de la Dirección y ésta a su vez de la Junta Directiva y la Presidencia del Instituto. (Ver Anexo 1).

Desde el punto de vista gerencial sabemos que a pesar de las limitaciones del entorno externo, queremos alcanzar la meta la cual es mantener las instituciones públicas trabajando, mejorando cada día más la calidad de atención al paciente. La primera realidad que se enfrenta es la mayor resistencia para un proceso de cambio por parte de la comunidad interna, que labora en las instituciones, especialmente el personal de mayor antigüedad; otra gran preocupación es la repercusión que el cambio de orientación a autosustentabilidad pueda tener en la comunidad externa.

Lograr la autosuficiencia económica es un proceso, que consiste en complementar un presupuesto deficitario operativo, que como tal no puede decretarse, como una decisión de un nivel jerárquico superior. Es más importante ser eficiente, creativo y con una mayor productiva, que generar solo recursos económicos.

Lo que se propone es crear un Modelo de Autogestión que garantice EQUIDAD, para los pacientes y EFICIENCIA, en el cual la Institución genere sus propios recursos, en el que CONTRIBUYA, el que pueda hacerlo para que reciba, igual atención quien no pueda colaborar.

1.4. ***Metodología de Estudio***

1.4.1. Tipo de Investigación

Según las disposiciones del Consejo General de los Estudios de Postgrado de la UCAB, en Trabajos de Grado de Maestría y Tesis Doctorales. Punto Nro. 3 "Los Trabajos de Grado de Maestría y las Tesis Doctorales pueden ser concebidos dentro de las siguientes modalidades:

(a) Investigación de Campo, (b) Proyectos Factibles, y (c) ***Investigación Teórica.****"*

Se define este estudio en el carácter de ***Investigación Teórica o Documental.***

Tomando como referencia las disposiciones de la UCAB, se define a la Investigación Teórica:

> *" la Investigación Teórica alude a aquellos trabajos en los cuales el investigador se basa en la bibliografía de investigación existente, para desarrollar y avanzar en la teoría, en cualquier área de su campo o disciplina. La información empírica propia o ajena, se maneja, tanto en cuanto afecta a los temas teóricos. El autor sigue el desarrollo de la teoría con el fin de ampliar o definir los constructos teóricos. Generalmente el autor presenta una nueva teoría; alternativamente puede realizar un análisis teórico, presentando una teoría existente, bien sea para señalar fallas importantes, bien sea*

para demostrar la superioridad de una teoría sobre otras. En este último caso el autor examina la consistencia externa e interna de una teoría, es decir si la teoría se contradice a sí misma o bien si la teoría y la observación empírica se contradicen."

Se ha escogido esta metodología ya que a través de ella los antecedentes existentes de descentralización y autonomía de los centros dispensadores de salud, en este caso los ambulatorios, sirven de base, para presentar una alternativa teórica, basándose en la experiencia de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil, quedando sus conclusiones y recomendaciones, como principio para la toma de decisiones con mayor propiedad, de un rediseño y sus aspectos a investigar; convirtiéndose entonces en un proyecto factible para optar al título de Maestría.

1.4.2. Procedimiento

La presente investigación será realizada mediante la lectura y revisión exhaustiva bibliográfica y documental; localizando ideas principales, el subrayado, la elaboración de resumen y análisis crítico de las distintas fuentes de información, aplicando a lo largo de su desarrollo los pasos de la Investigación Documental:

1. *Elección y delimitación del tema o problema de investigación.*
2. *Acopio de información*
3. *Organización de datos*
4. *Análisis de datos y organización de la investigación*

5. *Redacción e Información de la investigación.*

Como resultados; y luego de ellos, se identificarán las bases de implementación del proceso de autosustentabilidad y se analizará su factibilidad de implementación como proceso y herramienta gerencial en la operatividad del Ambulatorio Quirúrgico del Municipio Chacao.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Organización y estructura de los servicios de atención de la salud en el país.

En 1946, diez años después de su creación el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social asumió la plena responsabilidad para la protección, restitución y restauración de la salud. Esta doctrina quedó incorporada a la Constitución Nacional de 1947 y constituye uno de los derechos sociales básicos del venezolano.

La Ley Orgánica de la administración central le atribuye a este Ministerio la planificación y realización de las actividades del Ejecutivo Nacional en el sector de la salud, que comprende la protección, promoción y recuperación de la salud, así como los programas de contaminación ambiental referido a la salud pública, la atención médica y la asistencia social, y en particular las siguientes actividades:

1. - Los programas, proyectos, organización, dirección técnica, administrativa e inspección de todos los servicios nacionales destinados a la protección, fomento, conservación y restitución de la salud.

2. - La coordinación, reglamentación, supervisión, inspección técnica y orientación de las actividades mediante los servicios nacionales, estadales, municipales y privados, en materia de salud pública y asistencia social.

3. - La formulación, evaluación y actualización de los planes de salud y de asistencia social y la ejecución de los programas de capacitación del personal para el sector salud.

En el curso de las cuatro últimas décadas, se han ido creando servicios de atención médica en respuesta a diversas necesidades circunstanciales y a las más variadas presiones sociales y políticas, sin que se encuentren en un plan nacional de establecimientos de salud. Así surgieron los servicios médicos para los empleados de algunos ministerios, comenzando por el entonces Ministerio de Obras Públicas, al cual le fueron creados servicios de atención médica en vista del gran número de obreros que tanto en Caracas como en el interior del país dependieron de dicho ministerio.

En 1944, se creó por Ley el Seguro Social Obligatorio (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales).

En 1959, por decreto se crea el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), surgiendo así sucesivamente servicios de atención médica curativa.

Nuestra legislación sanitaria se encuentra dispersa en multitud de leyes, decretos, reglamentos, ordenanzas y resoluciones que se han ido dictando a medida que surgían las necesidades, al margen de un posible

sistema o servicio nacional de salud concordante con los mandatos constitucionales básicos, contenidos en los artículos 76 y 136, numeral 17 de nuestra Carta Magna.

En cuanto a su condición de trabajadores conviene recordar que las tareas profesionales del médico, así como las de otros profesionales conexos con la medicina, se amparan en diferentes instrumentos legales. Los médicos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se rigen por la Ley de Carrera Administrativa y por Resoluciones Ministeriales.

Los médicos del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales se amparan básicamente en una convención colectiva de condiciones de trabajo. El cuerpo médico del Instituto Autónomo, Hospital Universitario de Caracas, se rige por las Normas y Reglamentos del personal docente y de investigación de la Universidad Central de Venezuela, así como por su Estatuto Orgánico. Todo ello como respuesta a derechos ahora contemplados en la Ley del Ejercicio de la Medicina, que autoriza a la Federación Médica para contratar médicos que presten servicios en labores asistenciales. Les ampara así mismo, muchas de las disposiciones contenidas en la Ley del Trabajo y su Reglamento.

Para el momento actual el número de leyes que rige en el país parece inagotable. Además de las citadas deben recordarse y sumarse la Constitución de los Estados, las Ordenanzas Municipales, la Ley del Seguro Social, la Ley de Salvaguarda del Patrimonio Público, el Código Civil, el

Código Penal, la Ley del Ejercicio de la Medicina, y los instrumentos que se derivan de esta última, como el Código de Deontología, Estatutos y Reglamentos de los Colegios, Impres y otros.

Es posible que no exista otra profesión en Venezuela, que esté regida por tantas disposiciones, como lo es la medicina.

El panorama institucional que ha ido creándose a lo largo de estos 60 años, a partir de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, comprende hoy muchos organismos de salud de todo tamaño y complejidad, dotados de diversas reglamentaciones y con diferentes coberturas, algunas veces superpuestas.

Hoy en día existen más de 2000 establecimientos de salud, en todo el país, en una dispersión tal, que han motivado polémicas y controversias en todos los sectores del país, por la anarquía y el despilfarro de los recursos asignados, lo que trae como consecuencia los siguientes fenómenos:

- *Hay superposición de funciones (muchos e iguales servicios de atención médica).*
- *No se conoce la cobertura de la población a atender.*
- *No se mantiene adecuada proporción entre la población y los empleados necesarios para atender la salud.*
- *Número de camas de hospitalización no está acorde con las necesidades de la población y de los recursos que se asignan.*

- *Insuficientes programas de investigación por lo cual nos estancamos en los avances técnicos y científicos.*

Es entonces cuando surge la preocupación por la reorganización de los servicios que tiendan a contrarrestar estos fenómenos negativos señalados, y ello trajo como consecuencia los múltiples ensayos que el Estado y los organismos médicos del país han estado haciendo para la definitiva organización de los servicios de salud. En consecuencia en junio de 1969 la Presidencia de la República, decreta la regionalización del país en nueve (9) regiones administrativas, con el propósito de atender las necesidades de salud de la población y declara de interés público para la salud en general, la coordinación y la cooperación de la nación, de los estados y los municipios en todo aquello relacionado con los servicios sanitarios; entendemos como tal el conjunto de resultados administrativos, que tratan de coordinar, armonizar e integrar los servicios de salud de una región geográficamente delimitada, con el objeto de llevar la calidad de la gestión para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de la población que vive en ella.

Con esto se pretende descentralizar el país, tanto en lo sanitario, como en lo económico y jurídico. Ello por supuesto ofrece innumerables ventajas, permite orientar los programas de salud de acuerdo a las necesidades de cada región y a su vez mantener una organización en donde:

- *Cada región la formen varias subregiones o estados.*
- *En cada región habrá un hospital regional con todas las especialidades y buen número de camas.*
- *En cada subregión habrá otro hospital y cada subregión la formarán varios Distritos Sanitarios, es decir jurisdicciones de población formada por uno o varios municipios.*
- *Cada municipio abarcará muchos establecimientos sanitarios.*
- *Cada Distrito Sanitario tendrá sus servicios de acuerdo a factores como: desarrollo económico y social y cobertura de población.*

Sólo persistirá el nivel central actual con un carácter político y normativo; la regionalización por lo tanto permite:

1. - *Planificar y coordinar todos los servicios sanitarios.*
2. - *Coordinación administrativa y presupuestaria.*
3. - *Prestación de servicios integrados de salud.*
4. - *Autoridad descentralizada, con clara definición de responsabilidades.*
5. - *Conocimiento apropiado de la magnitud de los problemas de salud.*
6. - *Facilitar la investigación científica como base para su progreso.*

2.1.2. Sistema de Salud en Venezuela

Las últimas dos décadas se han caracterizado por un proceso gradual de desorganización, burocratización excesiva; pérdida de efectividad de las

líneas de comando y desface entre la orientación de los recursos y los objetivos fundamentales de la institución; perdiéndose el equilibrio de la relación demanda - oferta.

Aunado a esta situación, que confronta la estructura del M.S.A.S., iguales o semejantes situaciones se produjeron en otros entes prestatarios de salud, lo que contribuye a aumentar la insatisfacción en la efectividad de la presentación del servicio de salud en general.

La crisis de los servicios de salud en Venezuela abarca aspectos políticos, financieros, institucionales, legales y éticos de gran complejidad. Sin duda alguna se atribuye y es reflejo del deterioro general del país.

La desarticulación institucional y programática del sector; el inadecuado modelo de financiamiento y gestión financiera; el inadecuado manejo del recurso humano; la ausencia de participación de sociedad civil; un inadecuado modelo de atención y una sostenida pérdida de calidad de los servicios por una falta de gerencia y recurso humano no capacitado, son entre otras muchas, las causas de esta crisis.

La reestructuración de los entes rectores (M.S.A.S; I.V.S.S.), la descentralización, la modernización de la legislación sanitaria y el desarrollo de nuevos modelos de gestión y financiamiento son algunas de las soluciones propuestas.

En base a esta situación, los lineamientos de políticas que se señalen y el plan que de ellos resulte debe estar sentado en tres principios

fundamentales: UNIVERSALIDAD DE LOS SERVICIOS, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD.

Habría que añadir un cuarto principio, acorde con la situación económica que confronta el país, que gravita sobre los tres anteriores y que es la RACIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, para evitar el desperdicio de recursos y optimizar sus acciones.

Si extraemos de los párrafos anteriores, GERENCIA EFICIENTE y RACIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, nos cabe concluir que es indispensable la formación de un recurso humano capaz no solo de organizar y analizar las organizaciones, sino que tengan el firme propósito de cumplir su misión bajo una visión compartida.

Otro de los puntos importantes a destacar dentro de los Sistemas de Salud en Venezuela es la reforma del sector sanitario, que incluye la Ley Orgánica de Seguridad Social Integral, con su subsistema salud, donde un porcentaje de salario de los trabajadores y la contribución del empleador irán a un fondo solidario de salud, los cuales serán manejados por la llamadas AFS (Administradoras de Fondos de Salud), que a su vez otorgarán los pagos a las IPS (Institutos Prestadores de Salud), o a profesionales por cuenta propia. Todo este proceso será supervisado directamente por la superintendencia del subsistema de salud del Ministerio de la Salud, hoy llamado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (M.S.A.S.).

Este modelo no solo involucra un cambio legal y organizativo, sino también un cambio socio – cultural y educativo, el mismo va a tener efecto sobre la práctica médica, se espera que exista resistencia a la manera como se establezcan las relaciones entre los profesionales y por ende aparecerán nuevas formas de asociación entre ellos; algo semejante a lo que ocurrió cuando aparecieron los conceptos de descentralización y autonomía.

Todos estos nuevos modelos, conceptos y procesos, tienen un objetivo común y es el de buscar la solución al problema de financiamiento del sector salud, el cual es a su vez multifactorial.

La autosustentabilidad es un proceso y a su vez crea una cultura de autoorganización y autofinanciamiento. Con la reforma las instituciones que estén entrando, hayan entrado o ya tengan un modelo de autosustentabilidad, se les facilitará las normas de convenio con las prestadoras o administradoras de salud, ya que dicha instituciones manejan conceptos de costos, presupuesto, mercado, oferta y demanda, entre otros, los cuales se utilizan en las estrategias de mercado de AFS e IPS.

La relación de las instituciones de salud, con procesos de autosustentabilidad, podría estar orientada en tres direcciones, una directamente con el paciente, otra a través de sus seguros privados y otra a través de las Administradoras de Fondos de Salud, todas éstas encajarían en un marco legal preestablecido que debe ser revisado periódicamente, que

puede inclusive, con la infraestructura que se tiene debido a la autosustentabilidad ser la Institución Prestadora de Salud y/o Administradora de Fondos de Salud.

2.1.3. Municipio Chacao. IMCAS

2.1.3.1 Antecedentes Históricos del Munipio Chacao

Hace muchos años, en el escenario donde hoy se levantan las grandes avenidas y edificios, se asentaron las haciendas de San José, El Bosque, Sans Sousí, Bello Campo, El Rosal, y Blandín, entre otras. Luego Chacao llegó a convertirse en una de las parroquias foráneas de lo que en 1864, se denominó Departamento Libertador. En 1880 Chacao se incorpora como Municipio del Distrito Urbaneja, que después de un año comenzaría a llamarse Distrito Sucre del Estado Miranda. En 1961 el ámbito territorial del Municipio Chacao sigue formando parte del Municipio Sucre junto con Baruta, El Hatillo, Leoncio Martínez y Sucre. Luego en 1989, con la entrada en vigencia de la Reforma a la Ley Orgánica de Régimen Municipal, desaparecería la figura del Distrito Sucre y la Asamblea Legislativa del Estado Miranda crearía los Municipios Baruta y Sucre, éste último conformado por los ámbitos territoriales de Chacao, Petare y Leoncio Martínez. Desde hace más de dos décadas, grupos vecinales se interesaron por lograr que el Municipio Chacao se convirtiera en una entidad local autónoma, apoyados fundamentalmente por la alta generación de ingresos a la Hacienda Pública Municipal procedentes del Municipio y en la desigual

retribución recibida y traducida en mejoras de los servicios y el equipamiento demandado por residentes, empleados y visitantes. Sin embargo no es sino hasta el 3 de julio de 1991, cuando se inicia la separación del Municipio Chacao del Municipio Sucre, con la petición efectuada por residentes y contribuyentes del sector ante la Asamblea Legislativa del Estado Miranda. Es así como esta Asamblea promulga la Ley de creación del Municipio Chacao, publicada en la Gaceta Oficial del Estado Miranda, Número extraordinario de fecha 17 de enero de 1992.

Chacao elige en diciembre de 1992 por primera vez a sus autoridades municipales, quienes asumen la responsabilidad, el 4 de enero de 1993. Durante los primeros meses de gestión se crearon las ordenanzas para dar forma a la estructura del gobierno municipal. El trabajo se centró en fortalecer las estructuras municipales, atendiendo las prioridades de la comunidad y dando respuestas concretas como la creación del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS), el Instituto Autónomo de Tránsito, Transporte y Circulación, el Instituto de Policía Municipal, creación de la Orquesta Sinfónica Juvenil de Chacao, entre muchas otras acciones que se concentraron en el continuo mejoramiento de los servicios públicos, haciendo énfasis en la salud, la acción social y rescate de las tradiciones.

2.1.3.2. Creación, Organización y Funcionamiento del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS).

El 1 de mayo de 1995 se crea el Instituto de Cooperación y Atención a la Salud en el Municipio Chacao del Estado Miranda, con personalidad jurídica y patrimonio propio, e independiente del Fisco Municipal, el cual goza de los privilegios y prerrogativas que la Ley Orgánica del Régimen Municipal le acuerda a tales órganos. El Instituto es el órgano del Municipio Chacao encargado de ejecutar y coordinar a nivel local las labores de cooperación en materia de salud.

Tiene como principales funciones:

- *Coordinar y administrar las instalaciones sanitarias y recursos propios del Municipio, afectadas al servicio de Atención a la Salud en la Jurisdicción del Municipio Chacao, según las normas técnicas y de coordinación que dicten las autoridades sanitarias nacionales competentes, de conformidad con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.*
- *Atención médico domiciliaria de carácter curativo no hospitalaria, médico de cabecera.*
- *Chequeo médico tutorial como mecanismo de medicina preventiva, a través de los Ambulatorios existentes y el programa de Medicina Familiar.*

- *Atención preventiva ambulatoria mediante unidades de ambulancia dotadas con todos los equipos y soporte avanzado de vida.*
- *Atención y tratamiento domiciliario del paciente crónico, es decir, aquel con impedimentos físicos o enfermedades permanentes.*
- *Tratamiento y prevención de los accidentes en el hogar.*
- *Organización y Censo de la población organizada descrita en el artículo 8 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.*
- *Coordinar las labores de saneamiento sanitario y ambiental en el Municipio.*
- *Promover, organizar y administrar los laboratorios clínicos que pudiera crear el Municipio.*
- *Celebrar contratos o convenios de Asistencia Médica de emergencia quirúrgica con clínicas o establecimientos privados.*
- *Suscribir acciones en empresas públicas o privadas que redunden en la excelencia de la prestación del servicio de Atención Médica a la comunidad del Municipio.*
- *Fiscalizar las tasas de precios por servicios médicos.*
- *Las demás que el ordenamiento legal o sub - legal nacional o local le asignen.*

La dirección y Administración del Instituto esta a cargo de una Junta Directiva, compuesta por cinco (5) miembros principales, siendo en su totalidad de libre Nombramiento y Remoción de las autoridades que lo

elijan. Cuatro (4), miembros son designados por el Alcalde del Municipio Chacao y un (1), miembro es designado por el Director del Subsistema Integrado de Atención Médica del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Se concluye que en jurisdicción del Municipio Chacao cualquier delegación en materia de Coordinación, Administración, prestación de Servicios de Atención sanitaria que pueda decidir el Ejecutivo Nacional o Regional, será ejercida a través del Instituto de Cooperación y Atención a la Salud.

2.2. Fundamentos Teóricos.

2.2.1. Autosustentabilidad, Autogestión, Gerencia Eficiente.

El desarrollo sustentable del bien común, en nuestro caso en el área de la salud requiere de mecanismos precisos y ciertamente explorar nuevas opciones, de organización, estructura, planificación, financiamiento, así como de educación permanente y reingeniería de los cuadros directivos y operativos de nuestras instituciones. Es necesario ponerse de acuerdo en lo que se quiere lograr y examinar a fondo su factibilidad. Es por eso que la autosustentabilidad u autogestión es un proceso, que involucra el recurso humano y conductas de cambio, pero a la vez es una herramienta para una gerencia eficiente en cuanto a uso y servicio de sus recursos y actividades respectivamente.

Sin estos requisitos no es posible competir con éxito, ni mucho menos subsistir en un mundo cambiante como el actual. Hay que recalcar el concepto de Instituciones de Asistencia Pública, pero que igualmente que las instituciones privadas deben garantizar su permanencia y transcendencia mediante su susceptibilidad, aunque con un objetivo diferente en cuanto al concepto de inversión y rentabilidad de éstas últimas. Para las instituciones de asistencia pública la rentabilidad e inversión son para su operatividad y mejoramiento, no para su lucro.

La realidad actual y la visión de los cambios inmediatos y del entorno en que actuamos, hace más vigente lo antes expuesto. Es precisamente en este momento en que la sociedad civil emerge con vigor y pleno conocimiento del papel catalítico que le toca jugar, para trascender en el compromiso y la inversión social que hace posible los cambios y orientaciones precisas en el campo de la salud.

Podemos definir entonces a la autosustentabilidad o autogestión como un "proceso, una gestión (cambio y herramienta), que asegura la subsistencia y desarrollo de las instituciones, mediante la puesta en marcha de mecanismos ágiles, alternativas de generación de recursos, entrenamiento y educación del personal participante a través de sus propias actividades". (Ver Anexo 2).

Un proceso de autosustentabilidad por si solo, no es coherente, ni eficiente, si no es acompañado con cambios sistémicos a nivel

organizacional, que afectan tanto el entorno externo como interno. Entre muchos se podrían mencionar:

- *Analizar dinámicamente la misión y visión, definir claramente los objetivos institucionales.*
- *Gerencia y operación con prioridades acompañadas de la visión del impacto que tienen los programas seleccionados para actuar.*
- *Gerencia financiera innovativa y ágil, con atención permanente a los procesos de obtención de fondos, ya sea por vía de contribuciones o donaciones, o lo que es más importante,* ***mediante generación propia, al crear fuentes rentables,*** *que aseguren un flujo de caja continuo y básico para el funcionamiento institucional y la progresión de los proyectos y programas.*
- *Adaptación y sinergia con los cambios tecnológicos que están ocurriendo en el campo de la informática y de la competitividad.*

En conclusión las Instituciones de Asistencia Pública deben comprender y adaptarse a los cambios dramáticos que nos rodean.

La revolución tecnológica, el modelo participativo y organizativo y las modificaciones profundas en la manera de comportarse, es la razón del nuevo contexto económico, la descentralización y la profesionalización de las instituciones.

La competitividad (producir con alta calidad); el aprender a aprender (mejoramiento continuo); el encontrar y definir muy bien la especialización

propia y aprender el camino de alianzas estratégicas, son características y factores de éxito externo de todo proceso de autosustentabilidad, que involucre una Gerencia Eficiente.

En el presente estudio se hace necesario describir los factores de éxito interno, muy bien detallados en los documentos de autosustentabilidad de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil, y que sirven como herramienta gerencial en los procesos de consultoría a otras instituciones. Dichos factores han demostrado durante la evaluación del proceso su peso específico dentro del mismo. Estos son (Ver Anexo 3) y se desarrollarán en el punto 2.2.2:

1. *Apoyo de los Niveles Superiores*
2. *Liderazgo*
3. *Definición clara de objetivos*
4. *Constancia de propósito*
5. *Participación de la comunidad*
6. *Comunicación eficiente*
7. *Servicio social autónomo*
8. *Capacitación continua del personal.*

En el Capítulo III, Análisis y Aplicabilidad. Bases de la Implementación; se utilizarán estos factores como uno de los posibles indicadores de éxito en la ejecución del proceso.

2.2.2. Modelo de Diseño de un Proceso de Autosustentabilidad. Fundación Hospital Ortopédico Infantil.

Como marco de referencia, se toma el Modelo de Autosustentabilidad de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI); por ser un modelo que viene siendo implementado desde hace 18 años, demostrando su operatividad y eficiencia a través de sus resultados; los cuales son evaluados anualmente, y donde se puede observar que en los actuales momentos la FHOI, cubre el 8 % de su presupuesto de operatividad.

Cuadro 1.

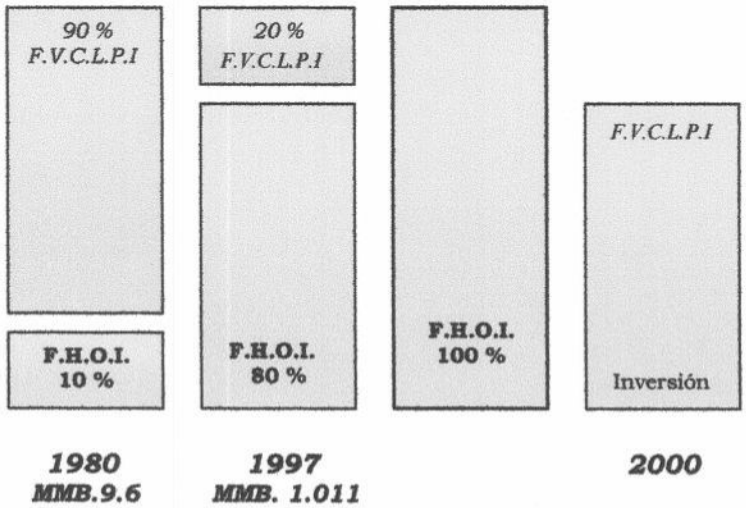
Origen de Fondos de Financiamiento del HOI expresado en miles de Bs. y %.

	MBs.	%
H.O.I.	610.000	65
Taller de Ortopedia	121.000	13
Sub – Total F.H.O.I.	**731.000**	**78**
F.V.C.L.P.I.	210.924	22

Fuente: Memoria Anual 1997.

Gráfico 1.

Origen de Fondos, comparación entre FHOI – FVCLPI expresado en %



Fuente: Memoria Anual 1997

A continuación se describe una breve reseña histórica de la FHOI; haciendo énfasis en las necesidades que llevaron a dicha institución a la implementación del proceso; así como la identificación de sus etapas que luego servirán para el desarrollo del Análisis y Aplicabilidad. Bases de implementación en el Capítulo III.

La Fundación Hospital Ortopédico Infantil es una organización privada, sin fines de lucro, de servicio público, cuya Misión es la atención de niños de escasos recursos económicos con problemas osteomusculares.

Fue creada por Don Eugenio Mendoza Goiticoa y un grupo de colaboradores en 1942, ante la realidad venezolana de carecer de una

Institución hospitalaria especializada en el tratamiento de niños con Poliomielitis, patología epidémica para ese entonces y hoy erradicada gracias al advenimiento de la vacuna.

En esa etapa el funcionamiento del Hospital Antipoliomielítico (como fue conocido originalmente) era responsabilidad de la Fundación Venezolana contra la Parálisis Infantil y su presupuesto era financiado por ésta (proveniente del rendimiento de algunos activos y la contribución de la comunidad) así como el aporte del Grupo Mendoza.

En 1956 se decide identificar la Institución como Hospital Ortopédico Infantil, y se crea la Fundación con el mismo nombre, responsable de garantizar su operatividad. Queda bajo la responsabilidad de la FVCLPI el generar los recursos económicos necesarios, y el concepto "Unidad del Tesoro" es decir la centralización de

fondos. (ente rector, F.VC.L.P.I.; ente normativo F.H.O.I.; ente operativo H.O.I.).

A raíz de los acontecimientos que sacudieron a Venezuela en el principio de la década de los 80, la junta directiva de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI), con una muy buena visión de futuro entendió, que este tipo de fundaciones de asistencia pública, sin fines de lucro, o comenzaban a generar su propio financiamiento o desaparecerían. "La credibilidad de la sociedad ante dichas instituciones había decaído"; quedando así claramente expuesto el objetivo: "Generar recursos

económicos sin dejar de cumplir con la misión, es decir sin que ningún niño de escasos recursos quedase sin ser atendido".

El verdadero reto era llevar a la realidad las ideas; se establece así un plan de acción: ***Primero****: sobre la base de un diagnóstico interno y externo, que permitiera la toma de decisiones que implicaban los cambios requeridos para que la institución generara progresivamente, sus propios recursos, en otras palabras se puede destacar aquí el origen y comienzo del proceso de autosustentabilidad.*

Entre los cambios que la FHOI implementó se pueden mencionar los siguientes: mejorar el equipamiento y planta física; ampliar las consultas en base a las necesidades de la comunidad e implementar programas privados, (nuevos proyectos).

Segundo*: dichos cambios no podían ser implementados sin una infraestructura de apoyo; nace aquí la idea de crear un "Modelo de Gerencia Eficiente", que se caracterizara, como ya se ha mencionado anteriormente, en una transparencia en el manejo de origen y aplicación de fondos; que permitiera conocer sus costos; por lo cual la reestructuración de la administración en cuanto a facturación; maestro de cuentas e indicadores de eficiencia y productividad para su evaluación y seguimiento era imperativo.*

Tercero*: desde el punto de vista gerencial existía la preocupación de que sabían lo que estaban haciendo pero no como lograrlo. La primera*

realidad con la que se enfrentaron fue la resistencia al proceso de cambio por parte de la comunidad interna, en especial centralizada en el personal de mayor antigüedad, quienes además eran los líderes dentro del grupo y por otra parte la repercusión que el cambio de orientación pudiese tener en la comunidad externa, cuyo apoyo económico, a través de las actividades tradicionales de la recuperación de fondos (Bingo, Patrocinio de Camas y otros) era vital para el financiamiento. Otro aspecto era la forma de manejar los honorarios profesionales de la actividad privada sin repercusiones posteriores para la Fundación. (desde el punto de vista legal).

Esto los llevó a la conclusión, que si explicaban a la comunidad las razones por las cuales se hacían algunos cambios novedosos, siempre contarían con su apoyo. Así ha sido.

Ahora cuando retrospectivamente se ve lo realizado han llegado a algunas conclusiones interesantes:

1. *Que lograr la autosuficiencia económica es un proceso*
2. *Que como proceso el mismo no puede decretarse como una decisión de un nivel jerárquico superior.*
3. *Que es tan o más importante ser eficientes, creativos y con una mayor productividad, que generar solo recursos económicos.*
4. *Que el proceso sería exitoso en la medida de que se le diera oportunidad al personal de la Institución a opinar, aportar soluciones, y tener información de lo que esta sucediendo*

5. *Lo que se propusieron fue crear un MODELO DE AUTOGESTIÓN, que garantizara equidad, para los pacientes. Un Modelo Eficiente en el cual el hospital generara sus propios recursos en el que contribuyera el que podía hacerlo para que recibiera igual atención quien no podía colaborar.*

Se convencieron de que el proceso de Autosustentabilidad o Autogestión como es conocido comunmente en Venezuela o mejor de una Gerencia Eficiente, en una Institución Hospitalaria Fundacional sin fines de lucro (aplicable a cualquier otra institución gubernamental), será exitoso en la medida en que se controlen los siguientes factores:

- *Apoyo de los niveles superiores responsables de la Institución (Ministerio, Gobernación o Municipalidad).*
- *Liderazgo de las personas que son responsables de implementar el modelo.*
- *Definición clara de objetivos, metas y estrategias para alcanzarlos.*
- *Constancia de propósito en los líderes del proceso.*
- *Participación de la comunidad tanto la interna como la externa.*
- *Divulgación hacia todo nivel del porque del proceso. Información permanente de los avances, en forma muy especial cuando este involucrado dinero en el mismo. Hacer del conocimiento de la comunidad (interna y externa) del origen y aplicación de los fondos.*

- *Servicio Social, eficiente, autónomo en sus decisiones, con criterios de actuación muy bien definidos.*
- *Capacitación continua del personal.*

Finalmente concluyen que el balance de autogestión ha sido muy positivo:

Cuadro 2

IMPACTO EN LA COMUNIDAD.
PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN PROGRAMAS.
H.O.I. 1995-1997

ACTIVIDAD	1997	1996	1995
Hospitalización	2.315	2.306	2.315
Consulta externa			
- Ortopedia	11.708	13.254	11.453
- Otras especialidades	48.385	45.821	44.122
Odontología	37.434	40.079	29.119
Serv. de Apoyo Médico	25.198	24.433	22.346
Servi. Auxiliares de Diagnóstico	19.946	16.998	15.018
Total	**144.934**	**142.891**	**124.373**

Fuente: Memoria Anual 1997.

Cuadro 3

INDICES DE RENDIMIENTO.
SU EVOLUCIÓN 1997 – 1993 (1985)

INDICADOR	1997	1996	1995	1994	1993
Nª de Camas	70	70	70	80	80
Altas	2.263	2.306	2.315	2.055	2.108
Días de estancia (miles)	8.4	9.0	11.8	11.3	14.1
Promedio de estancia	4	4	5	6	7
Porcentaje de ocupación	39	37	50	45	56
Intervenciones quirúrgicas	3.059	3.462	3.068	2.403	2.652

Fuente: Memoria Anual 1997.

El Hospital Ortopédico, se ha transformado en una Institución más compleja, con mayor número de especialidades médicas (20), con servicios con los que antes no contaba como la Unidad de Cuidados Intensivos.

El mismo ha compartido su experiencia con otros hospitales como el J.M. de los Ríos de Caracas, con él formó una alianza estratégica que permitió la introducción de una gerencia más eficiente y cuyo proyecto fue aprobado como proyecto piloto para su implementación, por la comunidad europea en 1997. Así como con el Hospital Pediátrico del IVSS en Judibana y de Adultos en Punto Fijo (Falcón), y actualmente con el Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS), en la instalación de su Ambulatorio Quirúrgico, para establecer un modelo que les permita recuperar fondos.

Todo lo anterior ha sido logrado por una activa participación del personal a todo nivel: profesional, técnico, empleados y obreros, en una gran armonía, con objetivos compartidos por todos sin haber dejado de atender a un niño porque pudiera o no, colaborar, en cumplimiento de nuestra misión y dando a Venezuela un Modelo de Hospital que pudiese servir de referencia para, entre todos, encontrar una salida a la profunda crisis que vivimos.

Este Modelo cree finalmente en la dinámica de este proceso, la meta última es garantizarle a la Institución donde se implemente su permanencia en el futuro. Hacia ello vamos.

2.2.3. Ambulatorio Quirúrgico.

El Ambulatorio Quirúrgico es un área de acceso restringido, por sus características especiales de esterilidad, en donde trabaja un grupo multidisciplinario, cuyo fin es el de ofrecer las condiciones que permitan a los médicos brindar una terapéutica quirúrgica ambulatoria de calidad, en forma oportuna, precisa, humana y eficaz, donde se atiendan casos sin riesgo quirúrgico alguno que permita ingresar al paciente en horas matutinas y egresarlo a las 3 o 4 horas posterior a la intervención. Esta área ha de mantenerse actualizada dentro de los avances de la ciencia y la tecnología y, al mismo tiempo, permitir el desarrollo y mejoramiento del personal que allí labora.

Este grupo multidisciplinario esta compuesto por: Personal médico, cirujanos de diferentes especialidades y anestesiólogos; Personal paramédico, enfermeras, instrumentistas, auxiliares de enfermería (circulantes) y Personal administrativo: Secretaria; facturación, compras, mantenimiento, entre otros.

En un Ambulatorio Quirúrgico se llevan a cabo grandes grupos de actividades, todas muy importantes para su funcionamiento: actividades médicas, de enfermería, en las que están incluidas de esterilización; de instrumentación y administrativas.

La organización más conveniente sugiere, responsabilizar a una persona por la coordinación de cada grupo de funciones y responsabilizar al

jefe de la unidad de la dirección de ella y la coordinación del trabajo global. El jefe de la unidad es pues el responsable último de su buen funcionamiento.

Así tenemos:

COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA: es responsable directa del paciente, en cuanto a su preparación para el procedimiento quirúrgico, verificar que tenga todos los exámenes, radiografías y todo lo necesario para su operación. También del adecuado apoyo al cirujano en la instrumentación del acto quirúrgico y responde por el instrumental; al igual que es la encargada de preparar el material estéril para uso quirúrgico de acuerdo a la programación establecida.

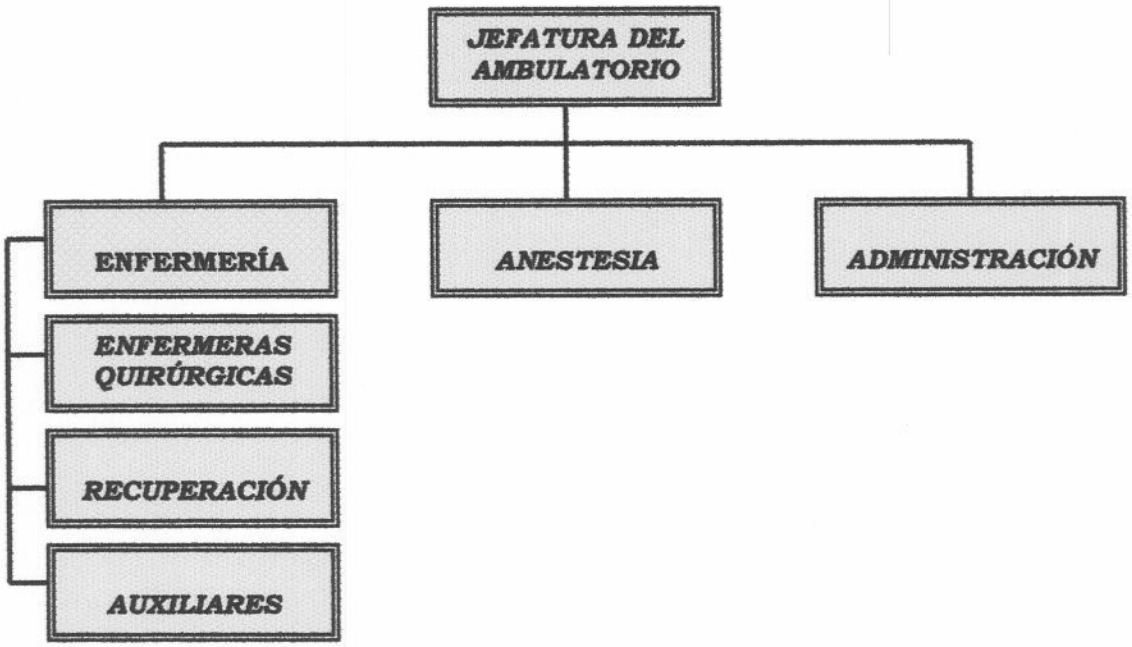
COORDINACIÓN DE ADMINISTRACIÓN: lleva a cabo todos los procedimientos administrativos del ambulatorio facturación, cobranzas, compras, trámites con aseguradoras, suministros, información, entre otros.

JEFATURA DEL AMBULATORIO QUIRÚRGICO: es el responsable último del buen funcionamiento de la unidad y de la atención que recibe el paciente durante el acto quirúrgico, (entendiéndose por acto quirúrgico el tratamiento que se le da al paciente en su preparación, durante el procedimiento y en el tiempo que dure su recuperación anestésica).

Debe conformar un grupo de trabajo con los coordinadores y liderar el mejoramiento del ambulatorio; debe programar los procedimientos y hacer cumplir las normas, políticas y reglamentos correspondientes; debe evaluar

el funcionamiento del ambulatorio y responder ante la Junta Directiva por su desempeño.

Un ejemplo de un posible organigrama sería el siguiente:



Cualquiera que sea la organización, lo importante es que ella sea clara, defina las responsabilidades, la línea de autoridad y la autonomía de los cargos, permitiendo así, que se realicen todas y cada una de las funciones en forma armónica.

Planta física: *comprende aproximadamente 600 metros cuadrados, distribuidos en do (2) quirófanos, dos (2) salas de recuperación, con capacidad para seis (6) camas de recuperación en total, áreas de circulación, salón para lavado de manos, áreas de vestier para pacientes y estar de médicos, baños y área de servicio y mantenimiento, del lado externo caja, facturación y archivo, recepción y sala de espera.*

Equipos:

- *02 máquinas de anestesia*
- *02 camas quirúrgicas*
- *02 mesas circulares de instrumentación*
- *06 camas clínicas para recuperación*
- *02 lámparas para quirófano*
- *02 monitores*
- *Camillas rodantes*
- *Equipos de anestesia prequirúrgica*
- *Instrumental, parales, taburetes, mesas de mayo*
- *01 diván para examen médico*
- *Sillas de ruedas*
- *Mobiliario de oficina*

Costo en Porcentaje (%):

	Costo de Inversión	***Costo Operativo***
Materiales y Suministros	*70 %*	*30 %*
Recursos Humanos	*20 %*	*60 %*
Otros Gastos	*10 %*	*10 %*

2.3. ***Basamento Conceptual y Legal***

Este punto se engloba dentro de lo establecido en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela número 35.793, de fecha 11 de septiembre de 1995. Gobierno del Distrito Federal. Despacho del Gobernador. Referente a los Reglamentos del Servicio Autónomo, el cual se encuentra enmarcado dentro de los siguientes artículos:

Título III

Régimen y Financiamiento

Artículo 15.- "El presupuesto de ingresos del Servicio Autónomo estará integrado de la forma que sigue:

1.- Por los aportes ordinarios y extraordinarios que anualmente se le asignen en la Ley de Presupuesto.

2.- Por los aportes que recibe de los otros entes públicos

3.- Los ingresos que percibe por la prestación de sus servicios

4.- Por los aportes que reciba por cualquier otro medio legal".

Artículo 16.- "El Consejo Directivo, dictará un reglamento de ingresos propios, en el cual se determinaran los servicios asistenciales que deben ser remunerados y las condiciones para que la contraprestación tenga lugar, e igualmente los requisitos para dar en uso los espacios físicos.

Los pagos por concepto de recuperación de costos, deberán ser cancelados directamente al servicio autónomo, por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.); por el Instituto de Previsión

y Asistencia Social de los Empleados del Ministerio de Educación (I.P.A.S.M.E.); o por las instituciones aseguradoras, públicas o privadas, con relación a las personas aseguradas.

Las personas no aseguradas cancelarán al Servicio Autónomo, las tarifas establecidas según el servicio de que se trate, pero en ningún caso será exigible a las personas que carecen de recursos económicos, los cuales deberán ser atendidos por los servicios de la institución, sin discriminación de ninguna naturaleza. En estos casos, se emitirán las facturas correspondientes, las cuales serán procesadas por la administración del referido servicio para fines estadísticos y de control y éste podrá gestionar su cancelación ante otros entes".

Artículo 17.- "Los ingresos que perciba el Servicio Autónomo, por los servicios que preste se integrarán al presupuesto de ingresos y podrán ser aplicados para el mejoramiento de los servicios, así como para el otorgamiento de bonos al personal, por eficiencia en la prestación de sus servicios".

En Chacao la Ordenanza Nª 002 – 95. Ordenanza de Reforma Parcial de la Ordenanza de Creación, Organización y Funcionamiento del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud, establece lo siguiente:

Artículo 2: "Se crea el Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud en el Municipio Chacao del Estado Miranda, con personalidad

jurídica y patrimonio propio, e independiente del Fisco Municipal, el cual gozará de los privilegios y prerrogativas que la Ley Orgánica de Régimen Municipal le acuerda a tales órganos".

Esto indica la factibilidad legal para implementar el proceso de autosustentabilidad en el IMCAS.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y APLICABILIDAD. BASES DE LA IMPLEMENTACIÓN

En este capítulo y tomando como herramientas, los conceptos desarrollados en el marco teórico, de los análisis del diagnóstico interno y externo, aplicaremos la metodología de matriz comparativa y matriz de aplicabilidad por objetivos, actividades y resultados, para dar un enfoque más esquemático en la identificación de bases para la implementación. Cabe también destacar que aunque en los estudios se ha mencionado a la autosustentabilidad dentro de un Modelo de Gerencia Eficiente, el análisis solo se aplicará desde el punto de vista de, "proceso generador de recursos financieros dentro de las instituciones públicas y su factibilidad de ejecución".

A su vez factores de éxito (mencionados en el marco teórico), se utilizarán en la matriz comparativa como indicadores de factibilidad y evaluación.

3.1. ***Análisis de las etapas***

La etapa I generalmente es realizada por consultores externos, la etapa II y III es monitorizada por los mismos, aunque su operatividad e implementación es responsabilidad de la comunidad interna y su directiva.

Las etapas II y III no son excluyentes y necesariamente se realizan paralelamente, éstas dos dependen de la primera que es la piedra angular del proceso y que servirá como punto de partida para su evaluación y seguimiento, en cuanto a cumplimiento de objetivos.

	ACTIVIDAD	RESULTADOS
I ETAPA	**DIAGNÓSTICO EXTERNO DIAGNÓSTICO INTERNO**	**PLAN DE ACCIÓN**
II ETAPA	**INFRAESTRUCTURA DE APOYO**	**REESTRUCTURACIÓN ADMINISTRATIVA**
III ETAPA	**CAPACITACIÓN Y MOTIVACIÓN DEL RECURSO HUMANO Y COMUNIDAD**	**VISIÓN COMPARTIDA OBJETIVOS COMUNES**

*3.2. **Identificación de las bases***

En cuanto al Ambulatorio Quirúrgico, como es un proyecto nuevo factible de implementar, la identificación de las bases se realizó a partir de su ente rector y/o ejecutor, en este caso IMCAS. Se identificaron las siguientes:

1.- IMCAS, cuenta con una infraestructura de apoyo administrativo y de personal que permite implementar el proyecto, sistema de costos, compras, ingresos y egresos en cuanto a presupuesto de operatividad.

2.- Existen bases de un sistema de facturación, con la posibilidad de integración al sistema contable actual.

3.- Cuenta con un Servicio Social centralizado que pudiera apoyar la labor social en cuanto a costos y tarifas del proceso de autosustentabilidad.

4.- Hay coherencia y autonomía en cuanto a marco legal y la factibilidad del proyecto.

5.- Existe la infraestructura, espacio físico factible, ejecutado y equipado.

6.- Cuenta con el apoyo y financiamiento de niveles gerenciales directivos.

7.- Hay credibilidad y aceptabilidad por parte de la comunidad.

3.3. ***Análisis de los factores de éxito. Matriz comparativa***

FACTORES DE ÉXITO	FHOI	IMCAS	PUNTOS
• APOYO DE LOS NIVELES SUPERIORES	2	2	2
• LIDERAZGO	1	1	1
• DEFINICIÓN CLARA DE OBJETIVOS	2	1	2
• CONSTANCIA DE PROPÓSITO	1	1	1
• PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD	1	1	1
• COMUNICACIÓN EFICIENTE	1	1	1
• SERVICIO SOCIAL AUTÓNOMO	1	1	1
• CAPACITACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL	1	1	1
TOTAL	**10**	**9**	**10**

Esta matriz garantiza el factor de éxito, si los factores suman un puntaje de 5 + 1, donde obligatoriamente deben incluirse: Apoyo de los niveles superiores y Definición clara de objetivos.

Al analizarla se evidencia que el IMCAS tiene un puntaje de 9, lo que garantizará la factibilidad de implementación del proceso de autosustentabilidad del Ambulatorio Quirúrgico.

3.4. ***Análisis del diagnóstico externo***

El diagnóstico externo tiene como objetivos crear las bases de demanda que correspondan a las necesidades de la comunidad proyectando de esta manera la capacidad de oferta del ambulatorio; y conocer la estratificación socio - económica, para establecer los límites de contribución del usuario.

Según el censo municipal de 1995 de población, hogares y viviendas, elaborado por la Dirección de Informática de la Alcaldía de Chacao, la población del Municipio Chacao comprende un universo de 75.846 habitantes de los cuales e 24 % son mayores de 60 años y el 75 % oscila entre las edades de 0 a 59 años, edades propicias para asegurar el éxito en la realización de intervenciones quirúrgicas de carácter ambulatorio, ya que la frecuencia de enfermedades crónicas es menor y son pacientes con mejor pronóstico clínico, además que de este grupo etáreo, un alto porcentaje de la población que trabaja posee pólizas de seguro colectivos en convenios con centros de salud privados. Los datos también aportan que el 64 % de la población económicamente activa se ubica en niveles de ingresos

satisfactorios, así mismo se observa que el 78,40 % de la población recurre a clínicas privadas.

Con respecto al diagnóstico epidemiológico se hace la captación de necesidades de asistencia médica sobre la base de la frecuencia de morbilidad, la cual indica el número de veces que ocurre una patología en un determinado lapso de tiempo, en este caso se tomó el período de tiempo de enero – junio de 1998, ello con la finalidad de prever posibles intervenciones electivas.

Para el estudio de estratificación económica se tomaron en cuenta los siguientes indicadores:

- *Condiciones de educación según el tipo de vivienda: el 84,80 % de la población reside en vivienda denominada apartamento, relacionándolo con condiciones económicas favorables, con ingresos adecuados; 0.03 % ranchos y 9,40 quintas, y 3,90 casas.*
- *Distribución de los hogares por la tenencia de la vivienda que ocupan: el 31 % de la población posee vivienda propia, por lo que se supone que al ser propietario del inmueble dispondrá de mayores recursos económicos para posibles servicios de salud; 3 % cedidas (herencia) y 19,10 % alquiladas.*
- *Distribución de la vivienda por condición de ocupación: el 78 % de la población ocupa su vivienda como habitación principal permanente, razón que supone utilización de servicios de salud en*

la misma zona donde habitan, Municipio Chacao; 6 % uso comercial y 11 % desocupados.

- *Población de 15 años y más por ocupación y oficio: la población económicamente activa de 15 años y más comprende 27.883 habitantes (40 %), siendo un tercio de esta población personal calificado (Universitarios y Técnicos Superiores), lo que implica ingresos satisfactorios y afiliaciones personales e institucionales a compañías aseguradoras.*
- *Familias clasificadas por estratos: el 61,60 % de la población está comprendida entre los estratos* ***Medio Bajo, Medio Alto y Alto****, lo que implica posibilidades económicas flexibles; 33 % obreros y 4,60 % marginal. Éstos resultados en la estratificación socioeconómica, nos permite clasificar desde el punto de vista social a los pacientes según su contribución, en estrato alto, medio – alto y medio – bajo, que conforman el 61,60 %, a los cuales se les dará la categoría de A por concepto de contribución por asistencia médica y de esta manera llevar un registro automatizado paralelo al sistema de facturación; estos usuarios tipo A pueden ser a su vez A1 y A2. Los A1 son aquellos que tienen cobertura por seguros privados, de los cuales se espera contribuyan con el 100 % de lo establecido. Los A2 no tienen cobertura por seguros privados, pero económicamente pueden cubrir el 100 % de sus costos.*

Para la categoría B, que corresponde al estrato obrero, 33,60 %, aplican las mismas características de B1 y B2.

El estrato marginal de 4,60 % se clasificó en la categoría C.

A su vez, estos mismos porcentajes serán tomados como base de sustentación para el cálculo de proyección de ingresos Vs. Subsidio (clase marginal), después de la elaboración del sistema de costos, colaboración y facturación.

- *Tipos de servicios médicos utilizados: como se mencionó anteriormente el 78,40 % de la población asiste a instituciones de salud privadas, por lo que se deduce que tienen posibilidades económicas para sufragar los costos.*
- *Establecimientos de salud del Municipio: el 72,80 % de los establecimientos de salud ubicados en el municipio son públicos, anteriormente se menciona la preferencia de los usuarios por los centros privados, razón que justifica un nuevo ente que ofrezca calidad de servicio privado, pero de asistencia pública.*

Estos indicadores evidencian la factibilidad del proyecto de autosustentabilidad del Ambulatorio Quirúrgico en el Municipio Chacao, no obstante debe considerarse el estudio social para aquellos usuarios que no posean recursos económicos.

3.5. ***Matriz de desarrollo por objetivos, actividades y resultados***

MATRIZ DE DESARROLLO POR OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RESULTADOS.

PROYECTO: BASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO DE AUTOSUSTENTABILIDAD PARA UN AMBULATORIO QUIRÚRGICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE COOPERACIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD (IMCAS) DEL MUNICIPIO CHACAO.

OBJETIVO: CREAR LAS BASES PARA EL AUTOFINANCIAMIENTO Y PERMANENCIA DEL AMBULATORIO QUIRÚRGICO DEL IMCAS

COMPONENTES	ACTIVIDADES	RESULTADOS	INDICADORES (EVALUACIÓN)
1. ORGANIZATIVO			
1.1. SUBSISTEMA MISIÓN – VISIÓN	1. Clarificar la razón de ser. 2. Determinar los objetivos. 3. Determinar estrategias.	1. Misión y visión del ambulatorio aceptado.	1. Revisión de objetivos propuestos a revisión de estrategias determinadas.
1.2. POLÍTICAS	1. Integración entre misión y procedimiento. 2. Captación de necesidades internas y externas. 3. Necesidades de capacitación y actualización del personal. 4. Integración entre el marco legal y la operatividad.	1. Políticas establecidas y aprobadas.	1. Identificación de la comunidad interna y externa con la institución. 2. Efectividad y productividad en los procesos.
1.3. ORGANIGRAMA	1. Determinar los procedimientos. 2. Determinar necesidades de los recursos. 3. Determinar mecanismos de integración entre los servicios.	1. Organigrama aprobado y en ejecución.	1. Efectividad y productividad en los procesos.
1.4. NORMAS Y REGLAMENTOS	1. Determinación de actividades. 2. Revisión de procesos por actividades.	1. Manual de normas y reglamentos por departamentos y por actividades, aprobado y en ejecución.	1. Eficiencia y productividad entre los procesos. 2. Grado de aceptación de la comunidad interna.

COMPONENTES	ACTIVIDADES	RESULTADOS	INDICADORES (EVALUACIÓN)
2. ESTRUCTURAL			
2.1. RECURSOS HUMANOS	1. Determinar las necesidades de recursos humanos, según actividades y procesos 2. Desarrollar perfiles, descripción de cargos financieros y responsabilidades. 3. Sistema de captación de recursos humanos.	1. Unidad ambulatoria con el personal requerido aprobado y laborando.	1. Número de actividades realizadas por unidad de producción, por recursos humanos y por horas contratadas.
2.2. PRESUPUESTARIO	1. Determinación de demanda. 2. Determinación capacidad de oferta 3. Determinación presupuesto disponible por el ente rector. 4. Determinación de presupuesto operativo en base a actividades y recursos humanos	1. Presupuesto operativo aceptado y en ejecución.	1. Presupuesto ejecutado vs. presupuesto proyectado.
2.3. SISTEMA DE COSTOS	1. Analizar los sistemas administrativos y contables del ente rector. 2. Diseñar la metodología de los sistemas administrativos y contables del Centro. 3. Identificar las variables que intervienen en la composición de costos. 4. Definir los sistemas de información para operar un sistema de costos. 5. Codificar los procesos. 6. Adquirir equipos. 7. Entrenar al personal.	1.Un sistema administrativo contable de costos definidos y en operación. 2. Metodología diseñada de costos. 3. Análisis de costos revisado y actualizado. 4. Sistema de información definido. 5. Códigos a probados y en ejecución. 6. Equipos de computación funcionando, informe contable de costos.	1. Estados contables financieros administrativos. 2. Plan de trabajo. 3. Base de datos. 4. Matríz de variable de costos. 5. Eficacia del listado de códigos. 6. Informe de costos y contabilidad computarizado.

COMPONENTES	ACTIVIDADES	RESULTADOS	INDICADORES (EVALUACIÓN)
2. ESTRUCTURAL			
2.4. SISTEMA DE FACTURACIÓN	1. Diseñar la metodología de facturación en base a criterios determinados por la estratificación socio-económica.	1. Un sistema administrativo contable y de facturación definido y en operación.	1. Estados contables financieros y administrativos.
	2. Definir los sistemas de información para operar un sistema de facturación.	2. Metodología diseñada de facturación	2. Plan de trabajo.
	3. Codificar los procedimientos.	3. Sistema de facturación revisado y actualizado.	3. Base de datos.
	4. Entrenar al personal.	4. Sistema de información definido.	4. Matríz de variable de facturación.
		5. Códigos aprobados y en aplicación.	5. Eficacia del listado de códigos.
			6. Informe de facturación y contabilidad computarizado.
2.5. SISTEMA DE COLABORACIÓN DEL USUARIO	1. Diseñar la metodología en colaboración del usuario en base a criterios determinados para la estratificación socio-económica.	1. Un sistema administrativo contable y de colaboración del usuario definido y en operación.	1. Estados contables financieros y administrativos.
	2. Definir los sistemas de información para el usuario.	2. Metodología diseñada de colaboración del usuario.	2. Plan de trabajo.
	3. Codificar los procedimientos.	3. Sistema de información definido.	3. Base de datos.
	4. Entrenar al personal.		4. Matríz de variable de colaboración del usuario.
	5. Determinar la relación entre los entes que intervienen como terceros en la colaboración (aseguradoras).	5. Normas y reglamentos de aseguradoras aprobados y en ejecución.	5. Rapidez en los cobros.
2.6. UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL	1. Determinar las necesidades externas.	1. Unidad de servicio social autónoma, aprobada y en funcionamiento.	1. Número de pacientes vistos.
	2. Diseñar la metodología de los sistemas	2. Metodología diseñada de costos.	2. Plan de trabajo.

COMPONENTES	ACTIVIDADES	RESULTADOS	INDICADORES (EVALUACIÓN)
	2. Determinar las necesidades internas. 3. Diseño de procedimientos y mecanismos de integración entre los demás servicios. 4. Diseño del sistema de comunicación entre las demás áreas. 5. Diseño de un sistema de captación y formación del recurso humano.		2. Número de casos sociales atendidos. 3. Aceptación de la comunidad.
3. **OPERATIVO**			
3.1. ACTIVIDADES	1. Determinar necesidades. 2. Análisis del recurso humano. 3. Análisis de la oferta. 4. Determinación de actividades.	1. Actividades determinadas aprobadas y en funcionamiento.	1. Número de pacientes vistos por actividad. 2. Producción por actividad en bolívares.
3.2. PROCESOS	1. Determinar las interrelaciones entre las actividades. 2. Diseño de modelos de comunicación. 3. Capacitación del personal.	1. Flujograma de procesos y actividades.	1. Número de pacientes vistos por por recurso humano y por actividad.

3.6. ***Factibilidad de Ejecución***

Tomando como referencia la matriz de indicadores de éxito, el grado de factibilidad de ejecución es de 9, para una tabulación de 1 a 10.

En cuanto a los recursos materiales (Equipos médicos, material médico quirúrgico y de oficina), recursos financieros y recursos humanos, se encuentran ya aprobados por el ente rector; por ejemplo el 90 % de los recursos materiales se encuentran en los actuales momentos en proceso de licitación. Se cuenta con bases de una estructura administrativa y contable para la autosustentabilidad. Existe un sistema de facturación flexible adaptable al proceso y la planta física está culminada.

En lo que a recursos humanos se refiere, la unidad de servicio social cuenta con una trabajadora social especialmente contratada para desarrollar la infraestructura que permite la estratificación de la comunidad. Por todo lo anteriormente expuesto los componentes de la matriz de factibilidad se encuentran en un 80 % ejecutados, sumando este porcentaje (cuantitativo) al resultado de los factores cualitativos se puede concluir que el ***proyecto tiene una alta factibilidad de ejecución.***

3.3. ***Sistema de Evaluación***

Han sido diseñados según los componentes de la matriz:

Organizativo:

- *Revisión de objetivos propuestos.*
- *Revisión de estrategias determinadas.*

- *Efectividad y productividad en los procesos.*
- *Identificación de la comunidad interna y externa con la institución.*
- *Efectividad y productividad entre los procesos.*
- *Grado de aceptación de la comunidad interna.*

Estructural:

- *Número de actividades realizadas por unidad de producción por recurso humano por horas contratadas.*
- *Presupuesto ejecutado vs,. Presupuesto proyectado.*
- *Estados contables financieros y administrativos*
- *Plan de trabajo.*
- *Base de datos.*
- *Matriz de variable de costos.*
- *Eficacia del listado de códigos.*
- *Informe de costos y contabilidad computarizada.*
- *Matriz de variable de facturación.*
- *Rapidez en los cobros.*
- *Número de pacientes vistos.*
- *Número de casos sociales atendidos.*
- *Aceptación de la comunidad.*

Operativo:

- *Número de pacientes vistos por actividad.*
- *Producción y actividad en bolívares.*
- *Número de pacientes vistos por recurso humano por actividad.*

CAPÍTULO IV.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 ***Conclusiones***

1) *La crisis de salud en Venezuela es multifactorial y compleja; se piensa que uno de los problemas básicos es la insuficiencia presupuestaria y los mecanismos de financiamiento.*
2) *Ante la magnitud de la crisis, se hacen necesarios cambios radicales, tanto a nivel de legislación, como organización, cultura y educación.*
3) *El cambio más importante en materia de legislación ocurre con la Descentralización y Autonomía de las instituciones públicas, bajo el amparo del ente rector (M.S.A.S.).*
4) *Cada Estado, cada Gobernación y cada Municipio, planifican y evalúan su plan maestro de acción en materia de asistencia pública.*
5) *El IMCAS, en el Municipio Chacao del Estado Miranda, tiene personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual goza de las prerrogativas de la Ley Orgánica de Régimen Municipal, dentro del marco de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, marco legal que permite la implementación de un proceso de autosustentabilidad.*
6) *Hasta ahora no se contaba en Chacao con un Ambulatorio Quirúrgico Público, que permitiera atender a la población del Municipio. La crisis*

hospitalaria y los altos costos de clínicas privadas despertaron la inquietud de la creación del mismo.

7) *La carencia de recursos económicos y mecanismos claros de financiamiento por parte del sector salud, además de los altos costos, han llevado a la necesidad de implementar un proceso de autosustentabilidad que garantice la permanencia en el tiempo del mismo, con atención eficiente y de calidad.*

8) *Lograr la autosuficiencia económica es un proceso, que involucra el recurso humano y conductas de cambio, pero a la vez es una herramienta para una Gerencia Eficiente en cuanto a uso y servicio de sus recursos y actividades respectivamente.*

9) *In proceso de autosustentabilidad por si solo, no es coherente, ni eficiente, si no es acompañado con cambios sistémicos a nivel organizacional, que afecten tanto el entorno externo como interno.*

10) *Para su implementación se identifican tres etapas:*

I Etapa: Diagnóstico Interno y Externo.

II Etapa: Infraestructura de apoyo.

III Etapa: Capacitación y rotación del recurso humano y comunidad

11) *En el proceso de autosustentabilidad se han descrito los siguientes Factores de Éxito:*

- *Apoyo de los niveles superiores*
- *Liderazgo*

- *Definición clara de objetivos*
- *Constancia de propósito*
- *Participación de la comunidad*
- *Comunicación eficiente*

12) *La factibilidad de implementación del proyecto por parte del IMCAS, es altamente operativo.*

13) *Se sugieren tres categorías de estratificación social para los usuarios:*

A	***A1***	*Cobertura de seguros*	***ALTA***	*61,60 %*
	A2	*Cobertura sin seguro*		
B	***B1***	*Cobertura de seguros*	***MEDIA - ALTA***	*33 %*
	B2	*Cobertura sin seguro*		
C		*Indigente*	***MEDIA - BAJA***	*4,60 %*

14) *Esta estratificación con sus porcentajes, serán utilizados como base de sustentación para el cálculo de proyección de ingresos vs. subsidio (clase marginal), después de la elaboración del sistema de costos, colaboración y facturación.*

15) *El monto de colaboración, tendrá como fundamento el baremo elaborado por el grupo médico y el área administrativa.*

16) *Se desarrollo la matriz del plan maestro con sus respectivos componentes, actividades, resultados e indicadores de evaluación.*

4.2. ***Recomendaciones***

La implementación y puesta en marcha del proceso es factible, según el análisis de sus bases; la implementación de las etapas I y II son paralelas, y se recomienda sean desarrolladas por el personal involucrado en su operatividad.

El Servicio Social debe ser autónomo en sus decisiones, de esta manera se garantiza la equidad en la asistencia.

Un buen sistema de información es requisito para la retroalimentación y transparencia en el manejo y aplicación de fondos.

Los indicadores descritos en la matriz son evaluadores del proceso tanto en la eficacia, como en la aceptación por parte de la comunidad.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. *Aray, Luis Enrique.* ***Análisis de Sistema de Administración Pública.***
2. *Barquín, C.* ***Dirección de Hospitales. Sistemas de Atención Médica.*** *Sexta Edición. Mc Graw – Hill. Interamericana. S.A. 1994.*
3. *Burbano Jorge.* ***Presupuestos.*** *Enfoque Moderno de Planeación y Control de Recursos. 2ª edición. Mc Graw – Hill. Interamericna, S.A. 1995.*
4. *Constitución de la República de Venezuela. (1971).*
5. ***Documentos de Autogestión*** *de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil.*
6. ***Fundación Hospital Ortopédico Infantil.*** *"Una experiencia exitosa".*
7. ***Gaceta Oficial.*** *Reglamentos del Servicio Autónomo.*
8. *García Serven José.* ***Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica.*** *Guía Práctica. Disinlimed. C.A. 1993.*
9. ***Guía para el mejoramiento de una Unidad Quirúrgica.*** *Serie Geltos N°7. Fundación Restrepo. Instituto FES de Liderazgo. 1992.*
10. *Gustavo Malagón, Ricardo Galán Morera, Gabriel Pontón Laverde.* ***Administración Hospitalaria.*** *Editorial Médica Panamericana. 1996.*
11. ***Memorias Anuales*** *de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil.*
12. *Moreno, Rolando.* ***F.H.O.I. (Fundación Hospital Ortopédico Infantil). Material Didáctico. Autogestión.***

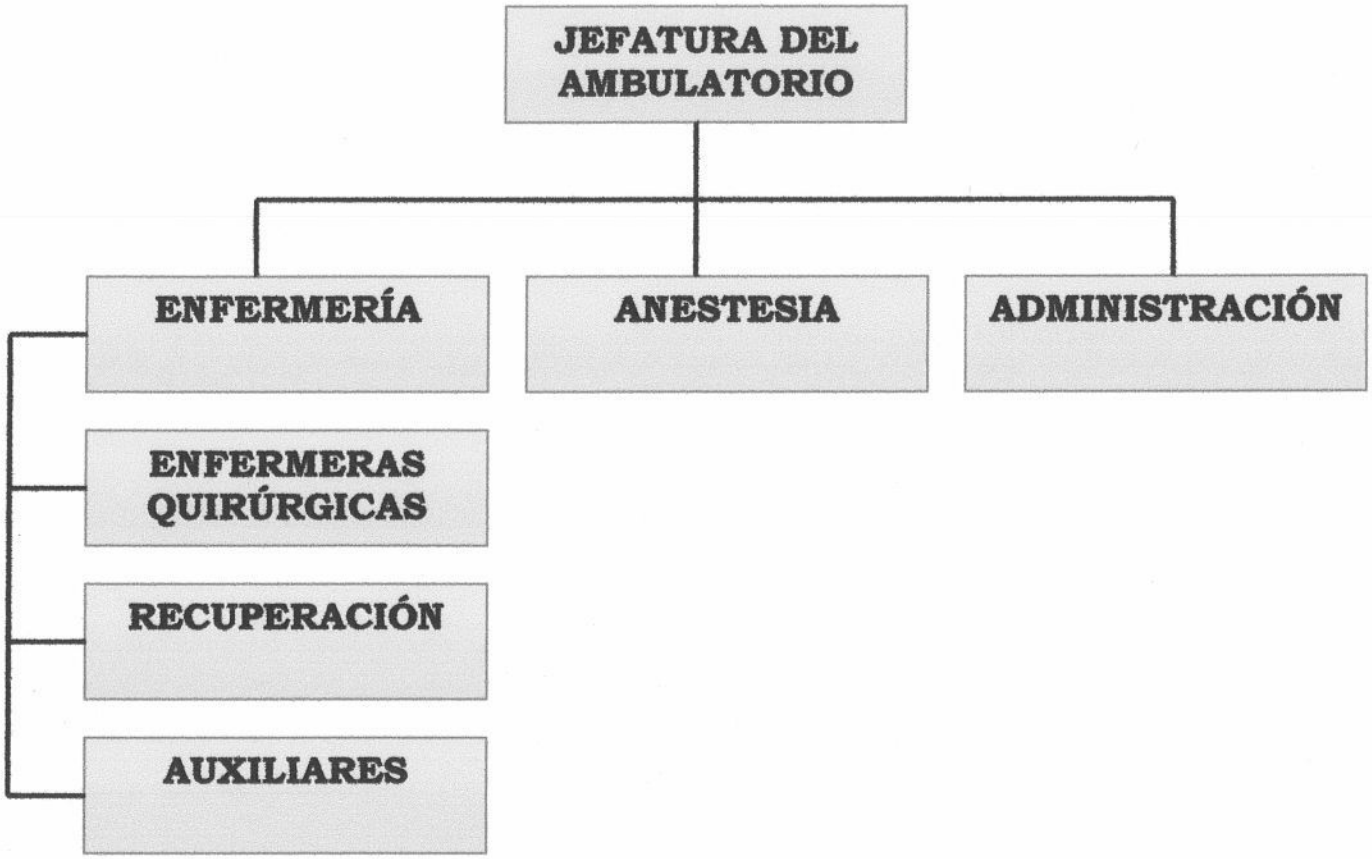
13. *Reforma Parcial de la Ordenanza de Creación, Organización y Funcionamiento del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud.*

14. *Temes, J.L., Pastor, V., Díaz, J.L. Interamericana. Mc Graw – Hill. 1992.* ***Manual de Gestión Hospitalaria.***

15. *Censo de Población. 1995. Municipio Chacao.*

VI. ANEXOS

ORGANIGRAMA DEL AMBULATORIO QUIRÚRGICO



AUTOGESTION

PRINCIPIO FUNDAMENTAL : LA EQUIDAD

Eficiencia ← Proceso → Productividad

Hospital Genera Recursos de sus Propias Actividades

CONTRIBUYE EL QUE PUEDA HACERLO, PARA QUE RECIBA IGUAL ATENCION QUIEN NO PUEDA CONTRIBUIR...

AUTOGESTION
(GERENCIA HOSPITALARIA EFICIENTE)

- DEFINIR OBJETIVOS.
  - Complementar presupuesto deficitario.
  - Autosuficientes.
  - Eficientes.

- CONTINUIDAD DE LA INSTITUCION
  - Puente entre la realidad presente y solución a largo plazo (niveles superiores)

- CONTRIBUYA EL QUE PUEDA.

  Atención Optima

  EQUIDAD.

AUTOGESTION

- SERVICIO SOCIAL
  - Eficiente.
  - Autónomo.
- DEBE SURGIR COMO UNA NECESIDAD DE LA COMUNIDAD INTRAHOSPITALARIA.
- MODELO BASADO EN PROPIAS NECESIDADES

AUTOGESTION

FACTORES DE EXITO DEL PROCESO

- APOYO DE LOS NIVELES SUPERIORES.
- DEFINICION DE ESTRATEGIAS Y METAS.
- PROCESO DE CAMBIO, CONSTANCIA DE PROPOSITO.
- LIDERAZGO.
- COMUNIDAD PARTICIPATIVA.
  - INTRA.
  - EXTRA.
- DIVULGACION DEL POR QUE.
- SERVICIO SOCIAL.