

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

ESTRATEGIA DE AUTOGESTIÓN PARA HOSPITALES PÚBLICOS EN
VENEZUELA

AUTOR:
ODONTÓLOGO
EUCARIS GORDON MOHAMAD

ASESOR:
PROFESORA
ANIRT BUJANDA

CARACAS, NOVIEMBRE DE 2001.

RESUMEN

El propósito del presente trabajo es elaborar una propuesta de autogestión para los hospitales públicos en Venezuela.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo se concibe bajo la modalidad de proyecto factible apoyado en una investigación documental, ya que la idea es formular un modelo operativo viable o una solución posible a un problema de tipo práctico para satisfacer necesidades de una institución o grupo social. En éste caso enfocaremos el hospital como una empresa productiva-competitiva, capaz de satisfacer las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, que actualmente ven afectada la calidad de la atención y los niveles de salud, como consecuencia de una ineficiente gestión hospitalaria.

En ésta búsqueda de eficiencia, equidad y satisfacción del usuario, el Hospital de Autogestión aplicará las siguientes estrategias:

- a. Descentralización como eje central del proceso de cambio
- b. Integración a una red de servicios de complejidad ascendente
- c. Formación del recurso humano e identificación del mismo con la misión-visión.
- d. Control de un área específica para el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación de sus propios programas.
- e. Renovación de la capacidad instalada e incorporación de nuevas tecnologías.
- f. Alianzas estratégicas con el sector privado.
- g. Creación de sistemas de acreditación.
- h. Modernización de los sistemas de información.
- i. Realización de estudios de costos por proceso o resultados.
- j. Fomentar un sistema de financiamiento que incentive la eficiencia
- k. Mantenimiento de la gratuidad. No se autofinancia.

La evidencia empírica de ésta propuesta la tenemos en el Modelo de Autogestión puesto en práctica por el Gobierno Argentino desde 1995, iniciado con experiencias pilotos en los hospitales del área metropolitana de Buenos Aires y de Mendoza. Hoy están en proceso de reconversión más del 50% de los hospitales públicos de ése país.

En el planteamiento de la propuesta de autogestión se analizarán los siguientes aspectos:

1. La transformación del Hospital Público a Hospital de Autogestión (HPA)
2. El rol del HPA
3. El presupuesto del HPA
4. La organización del HPA
5. Los recursos humanos en el HPA
6. El marco legal del HPA
7. Calidad de la atención médica en el HPA
8. El sistema de atención en el HPA
9. Gestión económico-financiera y gerenciamiento del HPA
10. El plan de empresa hospitalario para el HPA
11. Crítica al proceso de autogestión hospitalaria en Argentina

Se espera con el presente trabajo ofrecer una alternativa de cambio que convierta a los nuestros hospitales públicos en entidades descentralizadas, con capacidad para administrar su presupuesto, recuperar costos y modificar el modelo de atención.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. Justificación e importancia	4
2. Objetivos de la investigación	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
1. Evolución del hospital público	11
2. La descentralización hospitalaria	16
3. La atención primaria y el hospital público	20
4. La cultura organizacional del hospital	27
5. Definición de calidad en la atención de salud	31
6. Situación de salud en Argentina	35
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
1. Consideraciones generales	41
2. El tipo de investigación	41
3. El diseño de la investigación	41
4. Instrumentos de recolección de información	42
CAPÍTULO IV. EL MODELO DE AUTOGESTIÓN PROPUESTO	
1. La transformación del hospital público a Hospital Público de Autogestión	45
2. El rol de Hospital Público de Autogestión	47
3. El presupuesto del Hospital Público de Autogestión	49
3.1. La determinación del producto hospitalario	51
4. La organización del Hospital Público de Autogestión	52
5. Los recursos humanos del Hospital Público de Autogestión	55
6. Marco legal del Hospital Público de Autogestión	57
6.1 Situación actual de la Ley de Seguridad Social y Ley Orgánica de Salud	57
6.2. Contenido de la Ley Orgánica de Salud	58
6.3. Artículos que coinciden con Modelo de Autogestión propuesto	59
7. La calidad de la atención médica del Hospital Público de Autogestión	61
7.1. Implementación de un programa de garantía de calidad de la atención médica	62
7.1.1. Características de los componentes	63
8. El sistema de atención del Hospital Público de Autogestión	66
8.1. El modelo de atención	66
8.2. Demanda y oferta de servicios	70
8.3. Capacitación	70
9. Financiamiento y gerencia del Hospital Público de Autogestión	71
9.1. Modalidades de contratación para el Hospital Público de Autogestión	71

9.2. Programa Operativo Anual	73
9.3. Normas de funcionamiento y manuales de procedimientos	74
9.4. Distribución de los recursos genuinos	74
9.5. Del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda	74
9.6. Conformación del Consejo Asesor Técnico, Comités y Comisiones Técnicas.	76
10. El plan de empresa hospitalario	76
10.1 Definición de la Misión del Hospital Público de Autogestión	78
10.2. Análisis de factores externos	79
10.3. Análisis de factores internos	80
11. Críticas al proceso de autogestión hospitalaria en Argentina	81
 CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	 82
 CAPÍTULO VI. BIBLIOGRAFÍA	 86

INTRODUCCIÓN

La Constitución y las Leyes Venezolanas establecen el derecho a la salud de todos los habitantes del país, así como su defensa, fomento y restitución.

Los indicadores de salud son el instrumento más fidedigno para medir la prestación del servicio y para reflejar el nivel de salud, entendido como el equilibrio bio-psico-social del hombre. Cuando observamos que éstos indicadores no corresponden a patrones normales y que su proyección en el tiempo es a irse deteriorando progresivamente, concluimos que hay un desfase del equilibrio bio-psico-social en la salud individual y colectiva.

El sistema de salud Venezolano está en franco deterioro, no solamente desde el punto de vista estructural, sino en la prestación de los servicios. Ya en el año 1989, la Fiscalía General de la República se refería a la crisis del sector en los siguientes términos: "... hay en efecto, crisis asistencial en el país, caracterizada por un progresivo deterioro, deficiente prestación de servicios en todas las áreas, malversación de recursos, manejo inadecuado de las infraestructuras donde funcionan los centros hospitalarios, la aparición de enfermedades erradicadas en otros tiempos, condiciones de insalubridad en esas instalaciones, falta de gerencia, falta de atención a los problemas de personal, mal mantenimiento y muy poca conservación de costosos equipos y material médico-quirúrgico, así como el deplorable estado de los laboratorios, insuficiencia de equipos y la falta de una adecuada medicina preventiva en el país". (Fiscalía General de la República. 1989)

Por otra parte la crisis económica se traduce como una limitación en la accesibilidad a los servicios médicos privados. Esto ha provocado un traspaso de población habitualmente financiada por la seguridad social y sector privado hacia el hospital público y determinó una transferencia del gasto, sin la correspondiente disposición de los recursos. En consecuencia, en los últimos años, se ha producido un incremento progresivo de la demanda de los servicios de los efectores públicos, no sólo por aquellos sectores sin cobertura, sino también por parte de la población que si la tiene, lo que ha aumentado significativamente el gasto público destinado a brindar servicio médico, tanto a nivel ambulatorio, como en hospitalización.

Para resolver parte del problema de financiamiento del hospital público, es necesario que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, implemente mecanismos destinados a mejorar la capacidad de recuperación,

incorporando a todas las entidades de cobertura, de la seguridad social o privadas, siempre dentro de los mecanismos permitidos por la nueva Ley Orgánica de Salud, aún en discusión.

El objetivo general de la presente investigación es formular un modelo de autogestión para los hospitales públicos en Venezuela. Los objetivos específicos son: 1. Establecer los ejes centrales de la transformación de hospital público a Hospital Público de Autogestión 2. Determinar el sistema de financiamiento, presupuesto y gerenciamiento del Hospital Público de Autogestión 3. Definir la estructura organizativa, el papel del recurso humano y el sistema de atención del Hospital Público de Autogestión 4. Implementar un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica 5. Definir los elementos constitutivos del plan de empresa hospitalario.

La motivación para la escogencia del tema fue que el contenido del mismo permite abarcar de una u otra forma, todas las materias cursadas en el Post-Grado de Gerencia de Servicios de Salud, demostrando la aplicación práctica de los conceptos teóricos planteados en dichas materias.

La idea central es analizar como el hospital público puede transformarse en un hospital autogestionado, capaz de mejorar la accesibilidad y calidad de sus prestaciones a través de técnicas de gestión innovadoras. La autogestión hospitalaria puesta en práctica en Argentina, sirvió de modelo para desarrollar éste sistema en Venezuela.

Una limitación en el desarrollo de la investigación fue la existencia de un vacío legal, ya que La Ley de Seguridad Social y Ley Orgánica de Salud no han sido aprobadas, sin embargo los planteamientos realizados no discrepan de los artículos redactados en los proyectos de ambas leyes y cualquier diferencia, de forma más que de fondo, puede readaptarse sin desvirtuar el fin último de la propuesta.

En el aspecto metodológico, el tipo de estudio se ubica según la clasificación del manual de trabajos de grado de maestría y tesis doctoral de la UPEL, en la categoría de proyecto factible apoyado en una investigación documental. De los instrumentos de recolección de información se utilizaron técnicas documentales tales como: observación documental, presentación resumida, resumen analítico y el análisis crítico. De las técnicas de relaciones individuales y grupales se utilizó la observación directa, no participante y sistemática de la realidad estudiada en hospitales públicos y centros privados.

El informe está dividido en seis Capítulos. En el Capítulo I, se plantea el problema, su justificación, importancia, los objetivos generales y específicos. En el Capítulo II, se reflejan los aspectos teóricos relevantes del tema. En el Capítulo III, se describe el marco metodológico utilizado en la investigación. En el Capítulo IV, se desarrolla la propuesta de autogestión. En el Capítulo V, se plantean las conclusiones derivadas de la investigación y el Capítulo VI, corresponde a la bibliografía utilizada.

Concluyendo: Garantizar el libre acceso a la salud de toda la población, con o sin cobertura, es un desafío que requiere adaptar el funcionamiento de los distintos integrantes del sector salud a los nuevos tiempos. Se impone un cambio en el sistema de salud y el hospital público en Venezuela debe ser redimensionado para que, junto a las otras entidades de cobertura, sea posible sostener, como en los países desarrollados, una eficiente y racional política sanitaria.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el artículo 83 consagra la salud como un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.

Por consiguiente, todo ciudadano tiene derecho a recibir atención médica cuando lo requiera, independientemente de su condición social. Para que sea posible ésta equidad, es necesaria la participación del Estado, quién está llamado a estructurar su sistema de salud de manera que puedan acceder al servicio quienes no tengan capacidad de sufragar los gastos.

Un modelo completamente privado o desregulado, traería como consecuencia la exclusión de la población de menores recursos.

En América Latina se han desarrollado distintos modelos de sistemas de salud, que a su vez han utilizado diversos mecanismos para combatir la inequidad e ineficiencia, sin embargo ningún sistema ha logrado eliminar todos los problemas satisfactoriamente. En el Modelo Público Unificado, actualmente presente sólo en Cuba, el Estado regula, financia y suministra servicios a través de un sistema integrado verticalmente. Dicho modelo logra la cobertura universal a costa de la libertad de elección, el monopolio gubernamental no permite el ofrecimiento de otro servicio.

Una variante de éste modelo se ve en Costa Rica, donde el sistema público es casi universal pero no existe la prohibición legal para elegir otro servicio. Este modelo que centraliza la provisión de los servicios, permite mantenerlos articulados bajo una línea única de mando y control, sin embargo hay una desinformación acerca de las necesidades del usuario y de la calidad de los servicios prestados, los recursos financieros se asignan sobre la base de los insumos en vez de los resultados, los sistemas de pagos y promociones al personal de salud no logran motivarlos a la eficiencia. Por otra parte al convertirse el Estado en patrón único, con excesivo poder frente a los trabajadores, se limita la flexibilidad del mercado laboral.

Otro modelo, llamado de contrato público, aplicado en Brasil, funciona con financiamiento público y provisión privada, el Estado contrata servicios tanto de proveedores públicos como privados. La población tiene mayores opciones, los proveedores mayor autonomía y competencia. Existe un

presupuesto público global, pero éste no se asigna por adelantado a los proveedores públicos, independientemente de su desempeño, sino que se asigna en función de ciertos criterios de productividad y calidad.

Este modelo, a pesar de sus ventajas, presenta problemas de coordinación, al no tener mecanismos de control, el sistema propicia que las instituciones y los profesionales provean los servicios más costoso y no los más necesarios. No existiendo incentivos para reducir los costos, éstos se elevan significativamente.

En América Latina, incluyendo Venezuela, el modelo segmentado es el más común. Aquí el sector salud abarca tres subsistemas de provisión:

1. Un subsistema de seguridad social, que abarca a los trabajadores del sector formal.
2. Un subsistema privado, que atiende a quién paga directamente el servicio o a través de un seguro privado.
3. Un subsistema público que cubre al resto de la población en su mayoría de pocos recursos.

Este modelo presenta muchas fallas entre las cuáles podemos mencionar:

1. Desperdicio de recursos y duplicación de funciones por no existir una visión integral de las necesidades de la población.
2. Los niveles de calidad son sustancialmente diferenciados en los tres subsistemas.
3. Los centros destinados a la población de escasos recursos están crónicamente desabastecidos.
4. Las Instituciones de seguridad social ejercen un monopolio sobre su clientela.
5. El Ministerio de Salud, centralizado, presenta todas las desventajas del Modelo Público Unificado, pero no la ventaja de la cobertura universal. Tiene bajo su responsabilidad el establecimiento de las reglas generales, control de calidad y normas de los servicios de salud, tarea que se ve obstaculizada porque también tiene que administrar sus propios hospitales.
6. La diferencia en la calidad entre los hospitales públicos y privados, obliga al usuario a acudir al servicio privado. Esta situación afecta a la población de menores recursos que debe utilizar sus ingresos en atención médica.

Todas las deficiencias de uno u otro modelo han propiciado la búsqueda de soluciones y alternativas. En América Latina las reformas han

buscado mejorar el sistema público de salud, a través de la descentralización y de la reestructuración de las instituciones de seguridad social. Chile en los ochenta y Colombia en los noventa, se concentraron en redefinir el papel tradicional de los sectores públicos y privados en lo concerniente al financiamiento, regulación, articulación provisión y control. En ambos países, los Ministerios de Salud se han desvinculado de la provisión directa del servicio, traspasándola a entes públicos o privados. Esto permite al Ministerio abocarse a la regulación, control y financiamiento del sistema en general. También se han creado aseguradoras privadas que permiten a los usuarios escoger a sus proveedores públicos o privados.

En el caso concreto de Venezuela está vigente el modelo segmentado. Existe el sector público representado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social que atiende a toda la población. El sector de provisión privada integrado por las clínicas y el sector de seguridad social, representado por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) que atiende a los trabajadores del sector formal, junto con otros organismos como el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IPASME) y el Instituto de Previsión Social de la Fuerzas Armadas (IPSFA.)

A partir de 1989, producto de la descentralización, se transfirieron los servicios a las regiones, creándose otros organismos públicos de provisión en el ámbito regional. Aún después de la transferencia de competencias del nivel central al nivel subregional y municipal, los hospitales continúan centralizados, tanto en su administración como en el financiamiento, sólo que ahora a nivel estatal. A los centros de salud no se les ha otorgado autonomía. Los hospitales, en la mayoría de los casos, no tienen capacidad para contratar, despedir o redistribuir al personal en otras áreas, tampoco cuentan con elementos que repercutan en la productividad del personal. Los presupuestos se asignan por data histórica desde el ente central, sin tomar en cuenta la productividad, lo que no incentiva el aumento de la misma.

Según documento del Banco Mundial el presupuesto destinado al sector salud ha disminuido ha medida que han aumentado los compromisos financieros internos y externos de Estado. El gasto público en salud bajó de 102 \$ a 55 \$ per. Cápita entre 1985 y 1988 y en los años noventa se mantuvo en ése nivel. En 1990 fue del 1.2% del PIB en contraste con el 2,2% en Chile y el 5% en Costa Rica y Panamá.

La planificación estratégica del sector salud se ha visto perjudicada por la inestabilidad del presupuesto y por los altibajos de los precios petroleros, principal fuente de ingreso del Estado Venezolano.

La disminución del financiamiento no se ha visto acompañada de medidas para elevar la eficiencia. Todo lo contrario, durante los últimos años el 70% del gasto total del Ministerio de Salud ha estado destinado al pago de nómina. El aumento en la nómina se debe en parte a que los sindicatos no permiten la transferencia de personal si ellos y la persona afectada no están de acuerdo. Esta rigidez del mercado laboral no permite la redistribución del personal de manera más eficiente, distorsionándose la relación número de especialistas con respecto al número de médicos generales, más médicos que enfermeras, más trabajadores sin entrenamiento que enfermeras y paramédicos, pocos epidemiólogos y administradores.

Las decisiones en cuanto a las formas de contratación, remuneraciones, relaciones laborales y selección de personal son tomadas en el ámbito ministerial o estatal, bajo la presión de los sindicatos que anulan cualquier intento de autonomía o buena gestión hospitalaria, porque aunque los sindicatos obtienen beneficios para los trabajadores, la gestión hospitalaria se ve afectada, pues se instalan condiciones que son ventajosas para el empleado, pero que desestiman el aumento de la productividad laboral.

Igualmente, las amenazas de los sindicatos en las negociaciones colectivas obligan al ejecutivo a comprometer recursos que no posee y lo llevan más tarde o más temprano al incumplimiento de los compromisos adquiridos.

El salario real de los trabajadores del sector salud ha descendido a partir de los años ochenta, esto ha provocado que los médicos mantengan varios cargos públicos y consultas privadas, con el consiguiente cabalgamiento y ausentismo en detrimento de la calidad del servicio.

En lo que se refiere a la planeación, los subsistemas público, privado y de seguridad social no funcionan de manera integrada, no existe la planeación conjunta. Además, dentro del sector público, en los hospitales y ambulatorios urbanos y los ambulatorios rurales existe repetición de funciones, debido a que los usuarios tienen una imagen negativa de la atención que reciben en los ambulatorios y acuden directamente a los hospitales. Observamos también que la distribución de los servicios públicos y del personal se concentra en la región Capital. En el interior del país los centros de seguridad social son realmente escasos, explicándose entonces porque sólo el 32% de la población del país está cubierta por la seguridad social.

Por otra parte, la falta de autonomía hospitalaria no permite la administración efectiva de los centros hospitalarios, lo que se traduce en deterioro progresivo de infraestructura, equipos y falta de medicamentos. Las políticas de mantenimiento preventivo, correctivo y de abastecimiento no existen. La escasez de medicamentos obliga al paciente a comprarlos, situación que afecta el principio de equidad para la población de pocos recursos. En cuanto a la ejecución de programas de control de calidad, también se ve minimizada por la ineficiente asignación de recursos.

Otro gran inconveniente de los hospitales públicos se encuentra en los sistemas de información. La recopilación de grandes cantidades de datos epidemiológicos se realiza a través de métodos lentos y su procesamiento y análisis no son de utilidad práctica para efectos de planificación y evaluación de programas.

En el aspecto de costos, no se tiene ésta información disponible para desarrollar políticas de costos.

Toda ésta problemática hasta aquí planteada, se manifiesta concretamente en el escaso impacto positivo logrado en las últimas décadas en la calidad de la salud pública y en la insatisfacción de los usuarios de los hospitales públicos.

Ante ésta circunstancia surge la necesidad de generar un cambio institucional integral, estructural y cultural que permita a los hospitales públicos enfrentar con éxito los problemas anteriormente mencionados.

En lo que respecta al entorno legal tenemos que en el Proyecto de Ley de Seguridad Social, cuya aprobación ha sido pospuesta para diciembre de éste año 2001, se plantea que el Subsistema de Salud conformado por el Sistema Público Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio con competencia en salud, planifica, diseña, presta, administra, gestiona, evalúa, sigue y controla las políticas públicas en salud de manera integral, con especial énfasis en actividades de educación, promoción, prevención de enfermedades, saneamiento ambiental, atención hospitalaria y curativa, y la rehabilitación.

El Sistema Público Nacional de Salud se define como público, lo cual no excluye la existencia de sectores con mecanismos privados de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Se organiza como un sistema intergubernamental según el cual los distintos niveles de gobierno tendrán sus competencias exclusivas y concurrentes. La participación de la comunidad y del individuo en la promoción de la salud y en la toma de

decisiones sobre planificación, ejecución y control de políticas específicas en las instituciones públicas de salud, implica un avance en la organización y funcionamiento de los sistemas modernos de salud.

El objetivo de la presente investigación es presentar una propuesta de autogestión hospitalaria como el instrumento técnico capaz de poner en marcha la reforma de los hospitales en Venezuela y la transformación del modelo de atención.

El Hospital Público de Autogestión se define como un hospital descentralizado, con gestión estratégica delegada y supervisión central, cuyo objetivo es mejorar continuamente los niveles de salud de la población que le compete, asegurando su gratuidad. Su misión es brindar una atención integral, equitativa, participativa, solidaria, efectiva y de calidad, manteniendo el aporte presupuestario del estado e incorporando la recuperación del gasto ocasionado por los servicios prestados a usuarios que posean otro sistema de cobertura de atención de salud. En el Hospital Público de Autogestión se generarán los cambios en su cultura organizacional, se efectuarán estudios epidemiológicos en su área programática y se privilegiarán actividades de atención primaria a nivel de la comunidad y medio ambiente.

Las bases de ésta propuesta son tomadas del Programa de Hospitales Públicos de Autogestión iniciado por el gobierno Argentino en año 1995. La idea básica es reconvertir los hospitales públicos en entidades descentralizadas, con libertad para contratar, remover y redistribuir personal, administrar su presupuesto, recuperar costo de los usuarios de seguros prepago y obras sociales y cambiar el modelo de atención a través de la introducción de prácticas más costo-efectivas de gestión.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

OBJETIVO GENERAL

Formular un Modelo de Autogestión para los hospitales públicos en Venezuela.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer los ejes centrales de la transformación de Hospital Público a Hospital de Autogestión.
2. Determinar el sistema de financiamiento, presupuesto y gerenciamiento del Hospital Público de Autogestión.
3. Definir la estructura organizativa, el papel del recurso humano y el sistema de atención del Hospital Público de Autogestión.
4. Implementar un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica.
5. Definir los elementos constitutivos del plan de empresa hospitalario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. EVOLUCIÓN DEL HOSPITAL PÚBLICO

Primera etapa:

Al investigar los orígenes del hospital, en primer lugar encontramos que en latín la palabra hospital tiene dos significados, como sustantivo “hospicio”, lugar destinado al albergue de pobres y como adjetivo, “caridad”.

Esto nos indica cuál fue el objetivo de los primeros hospitales.”En la alta edad media (siglos V al VIII d.c) el principio de caridad cristiano conlleva a la conversión de muchos monasterios en verdaderos hospicios u hospitales de asistencia al pobre de beneficencia, privado de la atención domiciliaria propia de las clases pudientes”. (Mainetti 1998)

Carecían de desarrollo científico, aislaban a los enfermos por considerarlos pecadores y los ayudaban a morir dignamente. Separaban a los sanos de enfermos y a éstos entre sí, según su enfermedad (leprosos, tuberculosos, etc.) Por eso el modelo arquitectónico de los hospitales de la época, eran pabellones, donados por familias de prestigio social o instituciones de caridad. Los enfermos eran atendidos por religiosos, estudiantes de medicina y voluntarios que ayudaban por techo y alimentos. El único profesional era el jefe de pabellón. Cada pabellón era independiente con sus áreas de cocina, lavandería y laboratorio.

Las personas con recursos económicos se atendían en los consultorios privados ya que en los hospitales no se ofrecía atención ambulatoria, si requerían internarse, lo hacían en su vivienda. El hospital era para el indigente. El trabajo del médico en el hospital era sin cobro de honorarios pues el ejercicio privado así se lo permitía.

Segunda etapa:

Posteriormente, con el avance científico-tecnológico, la especialización del recurso humano, la aparición de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, en los hospitales comenzó a estudiarse las causas de las enfermedades y a tratarlas de otra forma. Las hospitalizaciones eran largas, el paciente estaba a la disposición de los médicos, a quienes se consideraba seres superiores, casi dioses porque curaban al paciente que se

encontraba en situación de inferioridad. Se atendía sólo al que acudía al hospital. No existía ningún contacto con la comunidad.

Aparecen los profesionales técnicos y los servicios de diagnóstico junto con la profesionalización en las áreas de medicina, enfermería y administración.

Para mantener el control del paciente mientras se obtenía el diagnóstico y se aplicaba el tratamiento, se crea la consulta externa, inicialmente en las mismas salas de hospitalización, luego como un área aparte para atender a todo el que lo solicitaba.

Al intervenir el Estado en el sistema de atención e incluir la salud como un derecho ciudadano, se asigna parte del presupuesto nacional para el financiamiento de los hospitales y los profesionales pasan a ser asalariados.

El hospital que antes era de beneficencia se convierte en hospital público, donde no se cuestionaba su eficiencia o rentabilidad, tampoco era preocupación para el personal el aspecto financiero.

El nuevo modelo de atención, las interconsultas, la relación entre los pabellones y los servicios de diagnóstico, hacen necesaria una modificación de la arquitectura hospitalaria, los nuevos hospitales se construyen como edificios verticales. Las viejas estructuras se remodelaron, uniendo los antiguos pabellones con pasillos interconectados.

En 1933 aparece la figura del administrador sanitario, con la fundación del Colegio de Administración Hospitalaria en Estados Unidos, donde se manejan los conceptos de salud pública que con el tiempo llegan a nuestro país. “ En principio desarrollaron montajes académicos eminentemente teóricos... Con el tiempo fue mejorando el esquema académico, con contenidos teórico-prácticos de buena calidad, para adecuar éste recurso humano hasta llegar a la preparación de un administrador hospitalario con alto criterio gerencial...” (Malagón-Londoño 1996)

Tercera etapa:

Se considera la relevancia del aspecto psíquico y social de la salud, pasando de la atención centrada en la reparación del daño a la integral, oportuna, universal, accesible, eficiente y eficaz. El hospital desarrolla sus programas de salud sobre los individuos y el medio, en el área geográfica y epidemiológica que le corresponde, es decir, el área programática que le es

asignada. Se incorpora al modelo de Levell y Clarc, realizando en el hospital actividades de promoción, prevención y rehabilitación.

Los esfuerzos se dirigen a reintegrar con celeridad al paciente a su rutina debido al aumento del costo hospitalario. Por razones de costo surgen nuevas formas de financiamiento aparte del presupuesto asignado por el Estado, tales como: facturación a la seguridad social, empresas de seguro y medicina prepaga, venta de servicios adicionales, etc. Igualmente se introduce como incentivo en el pago de honorarios médicos, la figura de redistribución de los recursos.

La descentralización se manifiesta en sus distintos grados en las instituciones.

Se amplían las áreas de atención ambulatoria y se toman en cuenta las necesidades y el confort de los pacientes.

ETAPAS EVOLUTIVAS DEL HOSPITAL PÚBLICO

Evolución	1ra. Etapa	2da. Etapa	3ra. Etapa
Enfoque de la salud	Empírico-mágico	Técnico-profesional	Económico-social
Financiamiento	Caridad	Estatal	Múltiple
Atención médica	Aislamiento	Reparación del daño	Promoción-Prevención
Arquitectura	Pabellonado	Vertical	Horizontal
Administración	Central	Central	Descentralizada

El hospital empresa:

El hospital moderno debe enfocarse como una empresa, que enfrenta complejos procesos de producción interrelacionados, tales como:

- a. Consultas, intervenciones quirúrgicas, egresos, que constituyen actividades de producción clínica.

- b. Funcionamiento de unidades de diagnóstico, laboratorio, radiología, servicios de terapia que realizan una producción técnica.
- c. Alimentación, lavandería esterilización que podemos llamar producción industrial.

Además de éstos procesos de producción, el hospital desde el punto de vista sociológico, es una organización en la que convergen distintos grupos humanos con intereses particulares los cuales no pueden ser opuestos a los intereses de la institución.

En la búsqueda de la eficiencia, equidad y satisfacción de las necesidades de la población bajo su responsabilidad, el hospital empresa deberá aplicar las siguientes estrategias:

Descentralización: Como eje central de todo proceso de cambio, incluye la transferencia de los recursos financieros tanto de los gastos y las remuneraciones como de las inversiones, estableciéndose métodos de reembolso para el hospital. Esta estrategia requiere el respaldo de la legislación del país, la cuál debe ser clara y promover la autonomía financiera-administrativa del hospital público.

Integración a una red de servicios: El modelo de atención médica será continuada, concentrándose en reinsertar rápidamente al paciente a su medio. Integrada, ocupando un lugar intermedio dentro de una red de servicios de complejidad ascendente e Integral, ya contará con todos los recursos para la solución de casos. Un adecuado sistema de referencias complementará el funcionamiento de la red.

Formación del recurso humano: El personal directivo deberá estar entrenado en la toma de decisiones, manejo de personal en situaciones de conflicto, sistemas de información, tecnologías de salud, gestión financiera, entorno legal, organización hospitalaria, etc. La educación debe extenderse a todo el personal, incentivando el perfeccionamiento técnico y la identificación con la misión-visión. La retribución económica debe ser directamente proporcional a la capacitación y a la productividad. Además el hospital se constituye en formador de gerentes de salud.

Asignación de área de responsabilidad: En la cuál el hospital ejecutará el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación de sus propios programas y los pautados por la autoridad sanitaria.

Renovación de la capacidad instalada: Recuperación de equipos actuales, además de la incorporación de nuevas tecnologías apropiadas previa evaluación.

Alianzas estratégicas con el sector privado: En planes de inversión para infraestructura, dotación de equipos y contratación de servicios.

Acreditación: A través de la creación de organismos capacitados que fijen las pautas de garantía de calidad de la atención y que fomenten la investigación de dicha área. La acreditación debe ser continua y no punitiva.

Modernización de los sistemas de información: El manejo oportuno de la información facilitará la toma de decisiones.

Estudio de costos por proceso o por resultados: Para recuperar el gasto es necesario conocer el costo de los servicios ofrecidos. El hospital tiene la posibilidad de convertirse en regulador de costos.

Gratuidad: El hospital recibe su presupuesto del Estado. No se autofinancia, recupera el servicio prestado a los pacientes cubiertos por la seguridad social y el subsector privado a través de convenios con dichas entidades, sin cobro directo al usuario.

El financiamiento: Tiene como meta cubrir los gastos y contribuir con el desarrollo y crecimiento de la institución. Dicho financiamiento debe incentivar la eficiencia y contener los costos.

Los métodos de financiamiento del hospital empresa pueden dividirse en retrospectivos y prospectivos. También puede dividirse en métodos por insumo y por resultados.

En el método retrospectivo, se reembolsa la prestación hospitalaria después que ésta se ha efectuado. Existen dos tipos de reembolso retrospectivos: Uno sobre la base de los costos incurridos, cobrando el hospital el tratamiento del paciente; Y el otro sobre la base de tarifas prefijadas por el hospital, por la institución financiadora o por acuerdo entre las partes. La ventaja del primero es que incentiva la entrega de un producto de máxima calidad, ya que el hospital no sacrifica la calidad por los costos de producción. Su desventaja es que no contribuye a la contención de costos. El segundo si tiende a la contención de costos hospitalarios.

En el método prospectivo, el hospital recibe un pago anticipado a la provisión del servicio. Este pago puede ser asignado por presupuesto o por

tarifa fijada por población (capitación) Con los métodos prospectivos el hospital tiene incentivos para identificar y estudiar los costos de los servicios brindados, fomentando el control y la eficiencia. El método de asignación por presupuesto jurisdiccional es el más difundido, pero no contribuye a crear los incentivos ya mencionados. El pago por insumo requiere la medición e inclusión de todas las actividades realizadas en el paciente (exámenes, cirugía, medicamentos, día-cama) El pago por resultados se refiere a contabilizar los diagnósticos y tratados como productos finales o resultados. Este método incentiva la eficiencia y la contención de costos.

Todo esto nos lleva a concluir que el hospital público debe considerarse como una empresa descentralizada y con autonomía, que funcione como un centro de costos y que además compita ofreciendo servicios hospitalarios a usuarios privados y públicos.

2. LA DESCENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA

La época de mayor auge de la salud pública fue precedida por una época de progresivos problemas físicos, sociales, presupuestarios y éticos, haciéndose impostergables las reformas de los servicios de salud en Venezuela. A los modelos puestos en práctica, tanto en el sector público como en el privado, les tocó enfrentarse a hechos como la crisis económica, la deuda, la devaluación, la inflación y la especulación que desbordaron toda capacidad financiera y administrativa convencional.

El fenómeno de la globalización nos permitió conocer que hechos similares ocurrían en otros países y las soluciones que éstos pusieron en práctica nos han servido de guía para orientarnos en nuestro propio proceso. La descentralización de los servicios de salud ha sido considerada uno de los instrumentos para mejorar la eficiencia, el impacto y la accesibilidad de los servicios.

Desde el punto de vista conceptual la descentralización es un acto político, jurídico y administrativo a través del cuál se transfieren niveles de decisión, funciones, facultades, programas y recursos a un ente de derecho público de otra jerarquía jurisdiccional. Debe diferenciarse de los términos desconcentración y delegación.

La desconcentración, es un acto administrativo de transferencia de facultades, programas y recursos de órganos centrales superiores a organismos de distinta jerarquía dentro de la misma jurisdicción, sin sostén jurídico. La institución hospitalaria o región sanitaria adquiere mayor autonomía en sus funciones técnicas y operativas, la relación de jerarquía entre el nivel central y los órganos desconcentrados se suaviza. Estos últimos tienen capacidad de:

- a.- Formular, ejecutar y reajustar el presupuesto
- b.- Seleccionar, promover y capacitar al personal.
- c.- Programar, adquirir, distribuir y controlar los abastecimiento.
- d.- Recolectar, registrar y procesar la información.

La delegación, es un acto administrativo por medio del cual el organismo central transfiere algunas facultades a niveles jerárquicos inferiores. El poder decisorio permanece en el nivel central, éste no se delega, la relación de subordinación se mantiene.

Hablamos de centralización cuando se concentra la autoridad en un nivel jerárquico particular, la cuál reúne en una sola persona, cargo o sector el poder de tomar las decisiones más importantes.

La descentralización es un proceso donde el poder y las funciones públicas son ejercidas por ciertos grupos dentro del estado, los municipios, las parroquias, etc.

“La descentralización es un proyecto político que se apoya o responde por lo tanto a unas dinámicas sociales y culturales, que debe tener en cuenta las tendencias territoriales y económicas y está condicionado tanto por el marco legal como por las estructuras administrativas y los recursos humanos y financieros existentes. Es un proceso de cambio que debe confrontarse con intereses e inercias de carácter político y burocrático, que no cuenta necesariamente con un gran apoyo social y mediático, pues se ve como un debate internalizado por el personal de las instituciones y de los partidos y que requiere por lo tanto un fuerte impulso inicial que exprese una decidida voluntad política y que contribuya a crear una relación de fuerzas favorables” (Borja 1999)

Descentralizar no implica en ningún momento la transferencia de los conflictos no resueltos por el nivel central, ni que el estado se desvincule de sus obligaciones en lo que se refiere a salud pública. Para que un sistema descentralizado funcione deben articularse una serie de unidades

responsables de la formulación y ejecución de políticas de salud relacionadas e interdependientes.

La descentralización de la salud supone que en un determinado espacio se reúnen un conjunto de recursos y de tecnología, así como un equipo de profesionales comprometidos en que los servicios descentralizados impacten positivamente en la población. La actividad médica debe ir más allá de la atención curativa, incorporando actividades preventivas como por ejemplo: fomentar la nutrición adecuada, abastecimiento de agua potable, saneamiento ambiental. Atención materno infantil, vacunas, prevención de factores de riesgo de patologías, etc.

Es decir que la descentralización sea no sólo administrativa, sino epidemiológica, estudiando la dimensión colectiva del proceso salud-enfermedad de las comunidades. Los servicios de salud descentralizados se organizan de manera que se pueda identificar las necesidades del individuo, la familia, el grupo de trabajo y la comunidad haciendo uso de los recursos locales para satisfacer dichas necesidades. Todo esto dentro de un marco de flexibilidad que considere la forma de gobierno, la organización jurídico-administrativa y la cultura.

En el sector salud la descentralización considerará los recursos materiales y humanos de cada sector, así como las características epidemiológicas y la organización de la red sanitaria.

Se espera que a través de la descentralización el sistema de salud sea eficiente, equitativo y eficaz. Eficiente porque al optimizar el uso de los recursos se logran mejoras en la solución de los problemas específicos de salud locales. Además la eficiencia aumenta porque los planes y programas se adaptan a las necesidades propias de cada región, disminuyendo la burocracia del nivel central y fomentando la creatividad.

Equitativo porque la planificación a nivel regional favorece la distribución igualitaria de las actividades de salud. Sin embargo algunos procesos como la asignación de los recursos nacionales deben estar centralizados y descentralizarse el proceso de compensar las desigualdades sociales en las regiones.

La eficacia se logra al obtener una mayor accesibilidad a los servicios, acercando las actividades a donde están los usuarios, utilizando la tecnología apropiada para cada nivel, aumentando el impacto al reducir las tasas de morbilidad y mortalidad. Entre los objetivos de la descentralización encontramos:

- 1) Aumentar la cobertura con equidad y eficiencia.
- 2) Mejorar la prestación del servicio y su organización.
- 3) Disminuir la burocracia.
- 4) Promover la participación de los usuarios y de la comunidad en la toma de decisiones.
- 5) Integrar el hospital a una red de servicios.
- 6) Mejorar la calidad de vida.
- 7) Aumentar la capacidad técnica y social de los servicios.
- 8) Facilitar al individuo el proceso de participación en el cuidado de su salud.

Por su parte el nivel central se encargará de las siguientes tareas:

- 1) Normatizar y controlar el proceso de descentralización, vigilando el desenvolvimiento de las entidades prestadoras de servicios.
- 2) Distribuir equitativamente los recursos bajo su custodia entre las instituciones locales.
- 3) Encargarse de las fuentes de financiamiento externo que puedan ayudar al sector salud a nivel nacional o regional.

La descentralización puede ser enfocada desde muchos puntos de vista. Desde el punto de vista jurídico-institucional es una manera de estructuración del poder estatal, significa atribuir funciones que antes eran ejecutadas por el poder central a los órganos de gobierno regional o local con autonomía política.

Desde el punto de vista político descentralizar es redistribuir los recursos de poder para dar mayor importancia a los intereses de las regiones de manera que se favorezca el desarrollo del poder local.

Desde el punto de vista económico la descentralización implica redistribuir costos y beneficios según las necesidades locales. Se busca el equilibrio entre éstas necesidades y la capacidad local de contribución.

Desde el punto de vista social la descentralización impulsa la organización interna y externa de la comunidad, preservando su historia, valores, hábitos y costumbres. Se mantiene su cultura y autenticidad sin dejar de aprovechar los planes nacionales de desarrollo.

Desde el punto de vista administrativo es un proceso dinámico y amplio con componentes políticos y sociales, donde se utiliza todas las formas de transferencia de poder y de recursos para adecuarlos a los intereses de la comunidad.

Desde el punto de vista de la práctica administrativa moderna, la descentralización se enfoca desde una dimensión global, se lleva a cabo con autonomía local sobre los recursos, requiere mayor participación comunitaria, provoca la ruptura de las estructuras gubernamentales vigentes, por lo tanto provoca resistencia. Surge como respuesta al debilitamiento del poder central, a la ineficiencia de los servicios públicos, a los problemas financieros y administrativos. “La descentralización tiene origen en el cuestionamiento a la eficacia y eficiencia de la administración, por el desarrollo de nuevas expectativas sociales frente a lo público, la redefinición y necesidad de potenciación de los espacios urbanos de uso común y la crisis de la malla de contención social (u estado de bienestar) que generan necesidad de participación en las cuestiones públicas. (Lehmann 1999)

Al transferir el poder, las responsabilidades y los recursos desde el centro a la periferia se produce un nuevo equilibrio social. Esta transferencia debe ser gradual, progresiva y flexible. Debe contar con la firme convicción y decisión política para la implementación de la estrategia, de un marco jurídico que lo sustente y un recurso humano con capacidad gerencial.

Es imposible implementar la descentralización si el poder central no está dispuesto a ceder los recursos y capacidad de decisión y si los poderes locales no están dispuestos a asumir la responsabilidad de la gestión. Tanto la centralización excesiva como la descentralización discriminada son negativas. Un balance adecuado de que, a quién, cuando y como transferir no es fácil, para ello el proceso debe enmarcarse en la sociedad como un todo, teniendo presente que la descentralización no es la respuesta a todos los males del sector público.

3. LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL HOSPITAL PÚBLICO

“La salud es un estado de equilibrio dinámico entre las personas y poblaciones, por una parte, y el ambiente y condiciones en que viven, por otra y según la definición de la OMS, en su nivel óptimo, la salud es el máximo bienestar físico, mental y social, unido al pleno desarrollo de las potencialidades personales y sociales”. (Colegio médico de Chile.1998)

En 1978 la OMS trazó estrategias de salud pública con el objetivo de obtener una “salud para todos”, para ello debían resolverse obstáculos como: la malnutrición, la ignorancia, la ausencia de agua potable, solucionar problemas médicos como la falta de profesionales, de medicamentos, de camas de hospital. Dentro de este contexto la salud para todos es un

objetivo del desarrollo económico, es un concepto global que exige el esfuerzo en la industria, la agricultura, la educación, la vivienda, las comunicaciones, el esfuerzo en el área médica y de salud pública no es suficiente, pues una población con hambre y pésimas condiciones de vivienda amerita que los gobiernos fomenten el progreso, estimulando a cada individuo a buscar una mejor calidad de vida en cada país, estado o municipio.

“Los sistemas de salud deben considerarse en el contexto socio-económico del pasado y presente del país anfitrión, y por tanto, el futuro de la prestación de atención de salud está vinculado al futuro estratégico del país. La salud de una nación se basa en la salud de la nación en su totalidad. El diseño y desarrollo de los sistemas de salud futuros es por consiguiente parte de una búsqueda general del futuro de la comunidad y del país”. (Ziegenfuss 1998)

Una de las estrategias fundamentales desarrolladas a finales del siglo XX para lograr la salud para todos es la atención primaria de la salud. En la Conferencia internacional celebrada en Alma Ata (URS) en septiembre de 1978 se concluyó:

1. La conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones por enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del más alto grado posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores, sociales y económicos, además del de la salud.

2. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

3. El desarrollo económico social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y la protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.

4. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la aplicación de su atención de salud.

5. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de su pueblo, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios, debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcance en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de la salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de justicia social.

6. La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

7. La atención primaria de salud es a la vez reflejo y consecuencia de las condiciones económicas y de las características socio-culturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

Comprende las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción de suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la

familia, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales, el tratamiento adecuado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales.

Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootécnica, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunidades y otros sectores, y exige el esfuerzo de todos ellos.

Exige y fomenta en grado máximo la auto-responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de la salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

Debe estar asistida por sistemas de envíos de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

Se basa tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, en la medida en que se necesiten con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de la comunidad.

8. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acciones nacionales con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

9. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicios, a fin de garantizar la atención primaria de la salud para todo el pueblo ya que el logro de la salud de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países.

10. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales.

Se acepta hoy a nivel mundial que la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) forman la columna vertebral de los esfuerzos para lograr equidad, oportunidad y extensión de la cobertura con calidad y a un costo accesible, para todas las poblaciones.

Los requisitos previos a la atención primaria son:

Criterio multisectorial: Reiterando que la salud está influenciada por factores ambientales, sociales y económicos mutuamente relacionados, de la combinación de éstos factores resultará el nivel de salud. La perspectiva multisectorial se refiere a que las acciones que se ejecuten fuera del sector salud pueden ser más efectivas que las realizadas dentro del mismo sector. Promoviendo el aspecto social y económico se promoverá el sector salud, a su vez a través de la acción sanitaria puede elevarse el nivel de conciencia social.

Participación comunitaria: Los individuos como integrantes de una comunidad perciben sus problemas de una manera particular. La acción sanitaria no debe imponerse desde afuera, sino que debe generarse desde el interior de la propia comunidad. La auto responsabilidad (del individuo, la familia y el país) es necesaria para lograr la meta de salud para todos. La participación de la comunidad no se refiere a actividades necesariamente médicas, se refiere a cualquier actividad que permita satisfacer las necesidades esenciales y que impliquen una mejora en la calidad de vida, en hogares y lugares de trabajo.

Tecnología apropiada para la salud: El aumento en el gasto de los servicios de salud no se ha visto acompañado de una mejora a favor de las mayorías. La intervención sanitaria se ha hecho cada vez más especializada. Sin embargo la tecnología no sólo debe ser aceptada desde el punto de vista científico, sino que debe ser aceptada y entendida por la gente. Con la atención primaria se busca evitar el uso indiscriminado de métodos que no han sido suficientemente evaluados y que además se desconoce la relación costo-rendimiento. No se considera adecuada una tecnología excesivamente compleja, costosa, inviable financieramente o no aceptada culturalmente.

La atención primaria puede entenderse de cuatro formas:

1. Como un conjunto de actividades.
2. Como un nivel de asistencia.
3. Como estrategia de organización.
4. Como filosofía.

Como un conjunto de actividades incluye poner en practica los conceptos básicos de educación sanitaria, nutrición adecuada, potabilidad del agua, cuidados materno-infantiles, control y prevención de enfermedades endémicas, inmunizaciones, provisión de medicamentos.

Como un nivel de asistencia se considera la atención primaria como el primer punto de contacto del individuo y la comunidad con el sistema sanitario, éste contacto será interactivo, no sólo la persona enferma tendrá acceso al sistema, también el sistema promoverá el contacto con las personas sanas, fomentando el auto cuidado, la auto responsabilidad de la comunidad con su propia salud, a través de la educación en las consultas y en el interior de la comunidad.

Como estrategia de organización de los servicios sanitarios, éstos deben estar diseñados para atender a toda la población. Igualmente deben mantener una relación costo-beneficio adecuada, ser accesibles y ofrecer los cuidados inherentes a su nivel de complejidad. Poner en práctica la atención primaria en un país requiere redistribuir recursos humanos, materiales y financieros.

Como filosofía el sistema sanitario concibe la salud como un derecho fundamental, garantiza los criterios de justicia e igualdad en el acceso para todos los ciudadanos.

En cuanto a los elementos característicos de la atención primaria de salud, ésta será:

Integral: Porque enfoca al ser humano desde el punto de vista bio-psico-social.

Integrada: Porque interrelaciona la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. También se integra con los otros niveles del sistema sanitario.

Continuada y permanente: Durante toda la vida del individuo, en todo su entorno (vivienda, escuela, trabajo) y en diversas situaciones (en emergencia, consulta externa, hospitalización)

Activa: Los profesionales de la salud trabajaran activamente en la promoción, prevención y educación sanitaria.

Accesible: Se facilitará el contacto y utilización de los servicios por parte de los individuos.

Interdisciplinaridad: Con la participación de profesionales de todas las disciplinas.

Comunitaria: Con la participación de la comunidad en la planificación, programación y ejecución en la solución de los problemas de salud del colectivo.

Programada y controlada: Basada en programas de salud diseñados con objetivos, metas, actividades, recursos y evolución bien definidos.

Docente: Desarrolla cursos de pre-grado, post-grado y educación continua para los integrantes del sistema. Fomenta la investigación.

El sistema sanitario está organizado en escalones. La atención primaria se concentra en el primer punto de contacto entre la comunidad y los centros de salud. Aquí se da prioridad a la prevención, al fenómeno de la salud y a la solución de problemas comunes. Cuando se requiera cuidados especializados, se referirán a los escalones secundarios y terciario. En el escalón local la atención será más efectiva ya que se está en contacto directo con las necesidades y limitaciones de la región.

Un sistema sanitario basado en la atención primaria debe:

1. Abarcar a toda la población en forma equilibrada y participativa.
2. Incluir otros sectores no directamente de la salud pero relacionados y que contribuyan a la salud.
3. Apoyar la atención primaria en el escalón local.
4. Facilitar la atención profesional y especializada en los escalones intermedios, de los casos no resueltos en el escalón local.
5. Facilitar a nivel central la participación de especialistas en planificación, gestión y atención muy especializada.
6. Coordinar el envío de casos entre los escalones.

El sistema sanitario con las características antes mencionadas, apoyará la atención primaria en su promoción, su desarrollo y su funcionamiento. Para ello necesita que tanto las autoridades, políticos así como la población en general comprendan y acepten la importancia de la atención primaria. También es necesario que en la asignación de recursos sea tomado en cuenta el apoyo a las instalaciones de atención primaria y de referencia de pacientes. Esto es más significativo que la construcción de un moderno hospital con sofisticados equipos que sólo atenderá a una pequeña población y que consume parte importante del presupuesto dejando pocos recursos a la atención de la mayoría.

Por último, la experiencia acumulada en otros países, permite el intercambio de ideas, de los aspectos negativos y positivos de éstas experiencias. Para ello cada país debe llevar un registro de sus planes,

programas, investigaciones, actividades y resultados, a fin de facilitar el avance en el camino hacia la meta de salud para todos.

4. LA CULTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL

“Una organización es una unidad coordinada formada por un mínimo de dos personas que trabajan para alcanzar un objetivo o conjunto de objetivos comunes”. (Gibson, Ivancevich, Donnely. 1998).

Cada organización posee una cultura propia. Se entiende por cultura al conjunto de valores, creencias, mitos, lenguaje, símbolos, tradiciones, que se acumulan a través del tiempo y son internalizados por los miembros de dicha organización guiando su comportamiento. En base a éstos supuestos y valores, los individuos sienten, piensan y reaccionan, tanto en la toma de decisiones ante situaciones sencillas, cotidianas, como en el desarrollo de estrategias organizacionales. “Dicho en otra forma, la cultura de una organización es su personalidad, su ambiente. La cultura de una organización define los comportamientos y vínculos que son apropiados, motiva a sus empleados y dirige la forma en la que una empresa procesa la información de que dispone, sus relaciones internas y sus valores. Actúa en todos los planos, desde el subconsciente hasta el visible”. “La estructura de una organización es la pauta formal que indica que forma las personas y los puestos de trabajo se agrupan en al misma. La estructura suele presentarse gráficamente por medio de un organigrama” (Gibson, Ivancevich, Donnely 1998)

“El organigrama, término que significa etimológicamente descripción de la organización, y más concretamente, descripción de las unidades administrativas de una empresa. No es más que la fotografía o la representación estática de la estructura formal de una organización que se encuentra en permanente proceso de cambio”. (Marcano. 1996)

Si queremos reformular el sistema de salud en busca de equidad, integralidad, calidad y costos, debemos actuar sobre el binomio estructura-cultura organizacional. A través de la estructura se describen las relaciones entre el nivel de decisión política y los demás niveles. Se sabe que no es fácil modificar la cultura sin ejecutar los cambios correspondientes a la estructura, ya que estructura-cultura-estrategia están íntimamente relacionados. Los cambios estructurales tales como reestructuraciones físicas, modificaciones de los canales de comunicación, rediseño de organigramas, son más flexibles y requieren menos tiempo que las transformaciones culturales. Para

conocer hacia donde queremos ir es importante determinar en donde estamos ahora.

Los modelos organizacionales más frecuentes en nuestras sociedades son:

Modelo rutinario:

Presente en muchas empresas públicas y privadas que han crecido sin las debidas modificaciones en su estructura. Excesivamente centralizadas, delega inadecuadamente. Las decisiones son tomadas por el nivel jerárquico superior, los objetivos no están bien definidos, la creatividad está ausente, se ignora por completo el entorno. Los responsables de las decisiones políticas se dedican a tareas rutinarias, operativas y no a las funciones de planificación y toma de decisiones estratégicas. Su actitud es estática, tradicional e indiferente ante el usuario de su producto o servicio. Como solución ante el exceso de actividades solicita el ingreso de más personal y recursos económicos, en consecuencia se desvanece la visión estratégica y el objetivo de la organización se limita a que la rutina no se detenga.

Modelo burocrático:

Para Máx. Weber (1864-1920), sociólogo alemán creador de la sociología de la burocracia, ésta es la forma de organización más eficiente creada por el hombre. Parte del principio de que el comportamiento de los miembros de la organización es completamente previsible, éstos se comportarán de acuerdo a las normas y reglamentos, con el propósito de obtener la mayor eficiencia. Esta es la consecuencia prevista de la burocracia, sin embargo Robert K. Merton dio el nombre de disfunciones de la burocracia a las consecuencias imprevistas o no deseadas, a saber:

1. Interiorización de las normas y exagerado apego a los reglamentos.
 2. Exceso de formalismo y papeleo.
 3. Resistencia al cambio.
 4. Despersonalización de las relaciones.
 5. Jerarquización como base del proceso de decisión.
 6. Superconformidad con rutinas y procedimientos.
 7. Exhibición de señales de autoridad.
 8. Dificultad en la atención a clientes y conflictos con el público.
- (Chiavenato. 1998)

Precisamente éstas disfunciones son las que observamos en los organismos públicos de salud en Venezuela y en Latinoamérica, dándole un uso peyorativo al termino burocracia.

Modelo de estructura profesionalizada:

En éste modelo la estructura es claramente segmentada. Los niveles tácticos y estratégicos están diferenciados. Los profesionales poseen su propia visión parcializada de la organización, creándose subestructuras y subcultura. Debido a éste enfoque fragmentado donde cada quién sólo opina sobre su área o sector y se traza sus propios objetivos, la empresa se constituye en un conjunto de partes cuyos resultados finales ni pueden ser evaluados integralmente.

Al analizar éstos tres modelos, observamos que sus características están presentes, en forma combinada, en nuestras instituciones de salud, por ello la necesidad de un cambio en la estructura, cultura y estrategia.

“En ocasiones, la única manera de obtener un rendimiento significativo, es llevar a cabo importantes cambios en la organización, cambios que suponen un intento previamente planificado por la Dirección de mejorar el rendimiento general de las personas, de los grupos o de la propia organización mediante la modificación de la estructura, el comportamiento y los procesos de la misma. Si el cambio se lleva a cabo de una forma correcta, personas y grupos deben mejorar su rendimiento. Cualquier esfuerzo decidido, planificado y evaluado que sirva para mejorar el rendimiento cuenta con grandes posibilidades de tener éxito”. (Gibson, Ivancevich, Donnely. 1998).

“Premisas del Cambio Organizacional:

1. Todo cambio que se da en alguna parte de la empresa la afecta en su totalidad, se perciba o no por sus integrantes.
2. El cambio es un reto tanto humano como técnico.
3. Los deberes básicos de los directivos y jefes ante el cambio consisten en establecer y mantener el equilibrio en sus grupos, y favorecer el ajuste de cada uno de los integrantes, a las nuevas circunstancias.
4. Aunque cada cual percibe al cambio de manera personal, es común que los individuos se adhieran a las posturas predominantes en sus grupos de trabajo, generándose reacciones grupales ante el cambio.
5. Cuando ocurre un cambio, el grupo busca el equilibrio intentando regresar al estado o situación anterior, percibido como una mejor forma de hacer las cosas. Cada presión a favor del cambio, por lo tanto alienta una "contrapresión" del grupo.
6. Los cambios en una empresa pueden llegar a parecer injustificados cuando la gente no cuenta con elementos para ver claramente que

sus beneficios compensan sus costos económicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto cada cambio deberá basarse en un análisis costo / beneficio que tome en consideración todas sus implicaciones, y deberá estar precedido por suficiente información para el personal.

7. Entre los implicados en el cambio hay distintos niveles de tolerancia al estrés que el mismo produce. De cualquier manera, rebasar el umbral de tolerancia puede dañar la salud física y psicológica de los individuos.
8. El hecho de que en un grupo se cuente con personas muy bien preparadas o muy inteligentes no necesariamente significa que el grupo comprenderá y aceptará mejor el cambio. A veces sucede lo contrario, porque el grupo utiliza su capacidad para racionalizar o justificar los motivos de su resistencia al cambio.
9. Si el jefe, como promotor del cambio, hace que sus colaboradores participen activamente en el proceso, logrará niveles de apertura y colaboración muy superiores a los que obtendría si únicamente se limitara a informarles acerca de los antecedentes, naturaleza y forma de implantación del cambio.
10. Aunque sean los jefes quienes inicien el cambio, los resultados finales siempre dependen en gran medida de los colaboradores y su actitud hacia dicho cambio". (Aguado. 1997)

El cambio organizacional propuesto consiste en aprovechar los conocimientos de la planificación y la administración y aplicar un moderno enfoque en la reestructuración y gestión de las estructuras de salud. Se mantiene el objetivo de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, de manera equitativa, universal y con calidad. Este proceso de transformación se basa en los siguientes planteamientos:

1. Propiciar la predisposición para la acción. Desechando las actitudes burocráticas. Desarrollando acciones dinámicas y flexible, con canales de comunicación abiertos.
2. Identificación y compromiso con la comunidad beneficiaria. Aplicando los diversos modelos de participación comunitaria que redundarán en mayor accesibilidad al sistema.
3. Otorgar poder de decisión y autonomía a los directivos. La creatividad, iniciativa y aportes individuales permiten enfrentar con mayores posibilidades de éxito los nuevos retos de las organizaciones.
4. Participación del personal en el aumento de la productividad. El recurso humano es el verdadero motor que optimiza la

- eficiencia de la organización, por encima de los recursos financieros y técnicos.
5. Compartir un sistema de valores. Los objetivos institucionales deben ser bien definidos para que todos los integrantes puedan conocerlos y deben ser compatibles con los objetivos individuales. Esto garantiza el seguimiento de una línea de acción y la conformación de un sistema de valores adecuado.
 6. Estructura sencilla y ágil. Evitando la proliferación de cargos innecesarios. Con organigramas simples se tiene mayor posibilidad de que las tareas sean realizadas con éxito. Lo más importante es que los cargos sean ejercidos con responsabilidad y autonomía.

Resumidamente, lo que se espera con el cambio organizacional en las instituciones de salud es tener organizaciones centralizadas y descentralizadas al mismo tiempo. Donde la creatividad e iniciativa tengan su espacio. Con valores compartidos y metas definidas. Con el compromiso del nivel político, de las instituciones y sus hombres. Dicho cambio requiere tiempo, voluntad y conciencia.

5. DEFINICIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD:

Según la OMS. "La calidad en la atención de salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la morbilidad, mortalidad, discapacidad y malnutrición".

La norma estándar ISO E8402: 1994 de la Organización Internacional para la Estandarización define la calidad como. "La totalidad de rasgos y características de un producto o servicio que conlleva la aptitud de satisfacer necesidades preestablecidas o implícitas". Quizás la más sencilla definición de Calidad está inspirada por el trabajo de W. Edwards Deming, un pionero del movimiento hacia la Calidad en la industria. En su enunciado más básico, proveer de buena calidad significa: "Realizar las cosas correctas de manera correcta". En la atención de la Salud también significa ofrecer un rango de servicios que sean seguros y efectivos y satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes.

Un moderno abordaje del tema de Calidad en Salud a menudo es representado por un triángulo, que refleja los conceptos de gerenciamiento desarrollados por Joseph Juran. (Los tres vértices del triángulo – Diseño de la Calidad, Control de Calidad y Mejoramiento de la Calidad- son componentes relacionados, esenciales y mutuamente refuerzan la Garantía de Calidad.

Diseño de la Calidad: Es planear y desarrollar el proceso. El diseño del proceso define la misión de la organización, incluyendo sus clientes y servicios. Este provee los medios y recursos y determina los estándares a aplicar en la prestación del servicio.

Control de Calidad: Consiste en el seguimiento, supervisión y evaluación que asegure que cada trabajador y cada unidad de trabajo alcance aquellos estándares y consecuentemente brinden servicios de buena calidad.

Mejoramiento de la calidad: Apunta al incremento de la calidad y a promover estándares mediante la resolución continua de problemas y el mejoramiento de procesos.

Los programas de calidad buscan mejorar el rendimiento, los resultados y reducir los costos de la organización. Pero realmente la calidad depende del criterio de quién la estudia. La calidad incluye no sólo hacer lo correcto, sino hacer lo correcto correctamente. Abarca la eficacia de un tratamiento o procedimiento con relación a la condición del paciente y su disponibilidad para satisfacer las necesidades del mismo; La puntualidad y efectividad con que esos servicios son proporcionados; La seguridad y el riesgo del paciente y del médico; La eficiencia, es decir, la relación entre los resultados de la atención y los recursos utilizados; El respeto y cuidado con que se brinda el servicio; El grado de participación del paciente y el respeto a sus necesidades.

Como vemos la calidad abarca muchísimos aspectos y se evalúa por el mejoramiento en la salud de una población de acuerdo a las condiciones de cada paciente, la tecnología y los recursos.

La evaluación de la calidad debe considerar no sólo el grado en que son atendidos los intereses del paciente, sino también como la institución satisface los intereses de sus profesionales y trabajadores.

Para mejorar la calidad de la atención primero debemos saber como es actualmente. Para ello se hará un análisis interno donde cada profesional tendrá la responsabilidad de evaluar su propio rendimiento y mejorarlo.

Igualmente se hará un análisis externo, realizado por el Estado o por instituciones no gubernamentales reconocidas que fomentará la calidad interna de la atención.

Los programas de gestión de la calidad utilizan en la práctica dos métodos. El método científico tradicional, donde los profesionales de salud ejecutan las actividades de control de calidad de acuerdo a criterios establecidos por ellos mismo y los métodos industriales surgidos en los Estados Unidos en los últimos años como consecuencia de la competencia con los mercados Europeos y Asiático. Existen múltiples enfoques y programas de mejoramiento de la calidad entre los que podemos mencionar:

1. Mejoramiento continuo de la calidad. (CQI)
2. Gestión Total de Calidad. (TMQ)
3. ISO9000.
4. Evaluación de la calidad o mejoramiento de la calidad.
5. Exigencia de credenciales.
6. Evaluaciones o auditorias por los colegas.
7. Los 14 puntos de Deming.
8. La trilogía de Jurán.
9. El premio Malcolm Baldridge.
10. Programa para la transformación de la Comisión Conjunta (Comisión Conjunta para la acreditación de las Instituciones Sanitarias de los EUA)
11. Uso de datos referentes a los resultados.
12. Investigación sobre la eficacia y la eficiencia.
13. Pautas o protocolos sobre prácticas clínicas.
14. Indicadores de desempeño.
15. "Benchmarking".
16. "Just in time".
17. Reingeniería.

"En los Estados Unidos se está considerando, actualmente, que no existe un método único o particular que sea el mejor para la gestión de calidad. La calidad depende del desempeño de las personas y de las estructuras, los sistemas o los procesos y de los recursos disponibles para respaldar dicho desempeño. En el sector de la salud también se necesita un control de la calidad de los patrones o estándares básicos, como garantía de la calidad para el desempeño de mejoramiento permanente de la calidad de la atención médica y, a la larga, de una reingeniería". (Moraes. 1999)

Es definitivo que actividades aisladas como un cambio de jefe, renovación de los equipos de trabajo, pueden mejorar la calidad pero para

que éstos cambios sean duraderos debe implementarse un programa escrito que garantice la calidad y que sea factible de llevarse a la práctica.

Como todos los procesos constituyen una serie de pasos, el objetivo es estudiar y mejorar los procesos, tanto a nivel individual como a nivel del sistema. Pero no existe un modelo único o estándar para todas las situaciones, el modelo a utilizar dependerá de los cambios que se quieran lograr. Se necesita un control de calidad básico, una garantía de calidad para monitorear el rendimiento, programas de mejoramiento de calidad y la reestructuración para rediseñar las funciones.

En todo programa de garantía de calidad intervienen el Estado y las Asociaciones de profesionales o de prestadores de servicio. El Estado, como ente vigilante de la salud de la población, supervisa la capacidad de los servicios de salud a través de la habilitación, categorización, acreditación, certificación y la implementación de programas de garantía de calidad de la atención médica.

Las Asociaciones de profesionales y de prestadores de servicios de salud, establecen pautas sobre los aspectos básicos de la calidad, sobre los objetivos de ésta y sobre las actividades a desarrollar para lograr dichos objetivos (evaluación, documentación, registros)

Los indicadores de calidad permiten obtener la información tangible sobre si existe o no calidad y si puede mejorarse. Entre las pruebas para evaluar la calidad tenemos:

La estructura: Se refiere a las condiciones físicas de la institución. Incluye los recursos materiales tales como instalaciones, equipos, dinero. Los recursos humanos incluyen la cantidad y capacitación del personal. La estructura organizacional, incluye la organización de los empleados y los mecanismos de evaluación.

El proceso: Se refiere a las acciones que se ejecutan para prestar una buena atención médica. Incluye los pasos a seguir tanto por el paciente para solicitar atención médica como por el profesional para diagnosticar y determinar el tratamiento.

El resultado: Son los cambios en el estado de salud del paciente y de la población, así como el grado de satisfacción del paciente con la atención recibida.

La estructura lleva al proceso y éste a los resultados. Estructura, proceso y resultado se constituyen en una cadena de eventos que debe conocerse muy bien para poner en práctica un programa de mejoramiento de la calidad.

Todo el personal de la institución debe participar en el programa. Los directivos, los profesionales clínicos y el personal administrativo y el personal administrativo serán los conductores y protagonistas del programa y señalarán que es lo que esperan del mismo, establecerán objetivos y prioridades a cumplirse en períodos predeterminados de tiempo de acuerdo a la misión y plan estratégico de la institución.

Resumiendo, la institución que se proponga mejorar la calidad deberá cumplir las siguientes actividades:

1. Compromiso y participación de los dirigentes.
2. Un plan de calidad para la institución y un comité de calidad.
3. Concentrarse en las prioridades relacionadas con el plan estratégico de la organización.
4. Conscientización de todo el personal, formación a fondo de los dirigentes y capacitación de los facilitadores y participantes de equipos.
5. Selección y formación de un equipo para trabajar en las áreas de prioridad.
6. Recopilación de datos y análisis de datos.
7. Encontrar las causas de fondo.
8. Encontrar, seleccionar y probar soluciones.
9. Un plan de transición de antiguos a nuevos procesos
10. Publicar informes periódicos.

6. SITUACIÓN DE SALUD EN ARGENTINA

PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN Y REFORMA DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

A. ANTECEDENTES:

Argentina presenta buenos indicadores sociales al compararla con otros países de América Latina. El ingreso per. Cápita es superior a US\$

8100,00 para una población estimada de 35 millones. La esperanza de vida al nacer es de 72 años y la tasa de analfabetismo inferior al 4%. El nivel de desempleo es elevado (el 17% de la población económicamente activa). El crecimiento del Producto Interno Bruto fue de 8% en 1997. El 65% de las viviendas tienen acceso a los servicios de agua, sólo 10% no cuenta con eliminación de excretas. La tasa de mortalidad infantil es de 21 por 1000, la de mortalidad materna de 46 por 100.000. Las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas (cardiovasculares, tumores malignos, cerebro vascular y causas externas). El gasto en salud para el año 1995 fue de 7,20% del PIB.

La elevada incidencia y la mortalidad temprana por enfermedades crónicas revelan una inadecuada prevención de dichas enfermedades. Tal situación se agrava por la existencia de un modelo de salud centrado en el cuidado hospitalario con bajos niveles de atención primaria. Esto ocasiona gastos crecientes que no inciden en mejoras de los indicadores de salud. El sistema de salud en Argentina se divide en tres sectores: el público, las obras sociales y el sector privado.

El sector público está formado por hospitales federales de referencia nacional (administrados por el Ministerio de Salud) y por sistemas de salud de las Provincias y Municipios. El 85% de los gastos están dirigidos a la atención hospitalaria. El sistema se financia con recursos del presupuesto de la Nación, las Provincias y los Municipios. El 24% de la población depende únicamente del sector público y representa el grupo más pobre. En éste sector también se atiende gratuitamente personas cubiertas por la seguridad social.

Las Obras Sociales son la estructura más importante en los servicios de salud en Argentina, atiende al 67% de la población. Fueron creadas en los años cuarenta para cubrir al sector formal del mercado de trabajo y sus familias. Estas se subdividen en:

1. Obras Sociales Nacionales, reguladas por la Administración Nacional de Seguros de la Salud (ANSSAL)
2. Obras Sociales Provinciales, que administran los servicios de los empleados públicos de la Provincias.
3. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados (INSSJP), también llamado PAMI.
4. Obras Sociales para empleados de empresas no afiliadas a ANSSAL.

El sector privado corresponde a los gastos efectuados por los consumidores y a los usuarios de medicina pre-paga. Esta última se estima

que cubre al 9% de la población. Dicho sector a crecido en los años noventa debido a la disminución de la calidad de los servicios de las Obras Sociales.

B. PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SISTEMA:

En el sector público. Los principales problemas en éste sector son: 1) Asistencia médica centrada en el hospital, generando baja capacidad de prevención. 2) Bajo nivel de eficiencia y autonomía de las unidades de salud. 3) Ausencia de una capacidad de focalización y recuperación de costos, lo que ocasiona servicios cruzados a los grupos con mayor ingreso o con cobertura de obras sociales y medicina prepaga. 4) Inexistencia de un paquete básico de prestaciones que ayude a resolver los principales problemas de salud.

En las obras sociales. Hasta ahora han presentado problemas de ineficiencia, inequidad, baja cobertura y baja calidad. Contribuyen a éstos problemas a) que cada sistema estaba estructurado por sector de actividad y se organizaba sobre la base de clientela cautiva, lo que constituía un monopolio para cada obra social, b) baja capacidad de regulación estatal en el sector. La poca organización de las 360 obras sociales ocasionaba que sus usuarios acudieran al sector público.

En el sector privado. Falta de un marco que regule los planes de seguros de salud para que garanticen prestaciones mínimas y reglas de traspaso de elegibilidad para quien desee cambiar de plan.

C. EL PROGRAMA DE REFORMAS DE SALUD DEL GOBIERNO:

1. Sector Público. En el sector público la reforma tiene los siguientes objetivos:

- i. Reformar el modelo de atención, dando prioridad a la atención primaria y al médico de familia como primer interventor en los servicios de salud.
- ii. Establecer un programa de descentralización para los centros hospitalarios, que les permita tener mayor autonomía y un manejo eficiente de su presupuesto con recuperación de costos de las obras sociales y medicina prepaga.
- iii. Otorgar prioridad a la atención materno-infantil, especialmente en los servicios provinciales.
- iv. Reemplazar gradualmente la estructura y el sistema de asistencia médica basada en la oferta, por otra de acuerdo a la demanda reflejada en las necesidades y preferencias de los usuarios.

v. Promoción y garantía de calidad en salud, a través de certificación y calificación de establecimientos asistenciales, evaluación de desempeño del personal, elaboración de normas y procedimientos para la atención médica, supervisión evaluación y control de los servicios de salud.

Para llevar a cabo éstas reformas el gobierno instituyó dos programas: el Programa de Nutrición Materno-Infantil (PROMIN) y el **Programa de Hospitales Públicos de Autogestión (PRESSAL)**

El PROMIN comenzó en 1992 con apoyo del Banco Mundial, su objetivo es la implementación de un paquete básico de coberturas para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, fortalecer la red de atención primaria, restringir la demanda injustificada de los centros asistenciales, aumentar el número de consultas y exámenes prenatales, disminuir los riesgos en el embarazo y los embarazos prematuros.

El Programa de Hospitales Públicos de Autogestión (PRESSAL) comenzó en 1995 con un préstamo del Banco Mundial. Su objetivo es transformar los hospitales públicos en entidades descentralizadas, que administren su presupuesto, contraten y transfieran su personal, recuperen costos de los usuarios de Obras Sociales y medicina pre-paga y modifiquen el modelo de atención incorporando mecanismos más costo-efectivos de gestión como por ejemplo el uso de protocolos médicos y auditorias de servicios.

2. Obras Sociales. En las Obras Sociales, la reforma está orientada a garantizar la libertad de elección de los afiliados con el objeto de promover la competencia entre ellas y mejorar su eficiencia.

3. Sector Privado. En el sector privado la intención es establecer una política de regulación para los seguros de salud.

Los cambios en el sector salud fueron precedidos por la reforma del sistema de previsión social, que se basó en la creación de un sistema mixto con dos componentes, el obligatorio y el voluntario. El primero de ellos presenta a su vez dos modalidades: una administración estatal, con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se financia mediante impuestos (régimen de reparto), y una administración privada, con objetivos de ahorro y seguro, ya sea mediante un plan de ahorro individual en el que solo contribuye el asegurado o un plan auspiciado por una empresa, en el que contribuyen tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulado por el Estado (régimen de

capitalización. El componente voluntario, similar en todos los demás aspectos al de capitalización, se financia solo con las contribuciones del asegurado.

La actual reforma sanitaria atiende a un objetivo macroeconómico que busca reducir los costos de producción. En el sector salud se está produciendo cambios microeconómicos profundos, por ejemplo, la incorporación de nuevos actores (aseguradores) y la creciente aparición de nuevos intermediarios y formas de contratación que redimensionan las relaciones con el sector privado.

De un sistema de facturación, liquidación y pago por acto médico se pasó a un sistema capitado en el que el riesgo se concentra en la organización prestadora de servicios médicos. En resumen, el subsector privado aumentó su participación en la provisión de servicios de atención de salud, mientras que la contribución del subsector público y de las obras sociales disminuyó a causa de la contracción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales.

La reconversión de las obras sociales condujo a la concepción del Plan Médico Obligatorio (PMO) Para el desarrollo, negociación y puesta en marcha de la propuesta se formó una Comisión integrada por el Ministerio de Salud, la ANSSAL y la Confederación General del Trabajo (CGT) A fines de 1996, el PMO aprobado estableció la libre elección cautiva entre las obras sociales. En enero de 1997, la Ley No. 24.754 (normativa para el sector privado) extendió la exigencia de cubrir el PMO a las entidades de seguro voluntario. El PMO se considera la pieza clave del proceso de reforma del seguro obligatorio, ya que define el producto por cuya oferta las obras sociales entrarán en competencia.

A partir de la fusión de la ANSSAL, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), se creó la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud en la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, como organismo descentralizado. Este ente, que goza de autarquía administrativa, económica y financiera, cumplirá las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esta Superintendencia orientará su acción hacia la fiscalización del PMO y del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en los entes comprendidos por el sistema, el control del cumplimiento de las disposiciones relativas al Hospital Público de Autogestión y la supervisión del cumplimiento del ejercicio del derecho a elegir libremente la obra social.

El actual proceso de reforma requirió el desarrollo de legislación tendiente a la organización, regulación, fiscalización y control del sector. Se dictaron leyes, decretos, resoluciones y ordenanzas en relación con la aprobación de las políticas de salud, las modificaciones de la estructura del Ministerio de Salud, la creación de organismos a cargo de nuevos programas o funciones de supervisión, fiscalización y control, el funcionamiento de las distintas organizaciones del sector salud (hospitales públicos de autogestión, obras sociales, PAMI y subsector privado), el régimen de medicamentos y alimentos y el control del medio ambiente. Este cuerpo legal presenta en algunos casos problemas de falta de reglamentación, dispersión de las estructuras de aplicación, conflictos por responsabilidades compartidas con otros niveles jurisdiccionales con incipiente coordinación y que, por la naturaleza federal del país, adoptan las normas y procedimientos generados a nivel nacional, entre otros.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

1. Consideraciones Generales:

El Marco Metodológico es el conjunto de procedimientos lógicos, tecno-operacionales implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de sistematizarlos de manera que a partir de los conceptos teóricos podamos descubrir y analizar los supuestos del estudio y reconstruir los datos. Dichos métodos no son formulas rígidas, sino aplicables razonadamente dependiendo del estudio.

“El fin esencial de Marco Metodológico, es el de situar en el lenguaje de investigación, los métodos e instrumentos que se emplearon en la investigación planteada, desde la ubicación acerca del tipo de estudio y el diseño de investigación; su universo o población; su muestra; los instrumentos y técnicas de recolección de los datos; la medición, hasta la codificación, análisis y presentación de los datos. De ésta manera, se proporciona al lector una información detallada acerca de cómo se realizó la investigación.” (Balestrini.1998)

2. El Tipo de Investigación:

Según sean los objetivos delimitados, se define el tipo de investigación. Para desarrollar el problema planteado sobre la formulación de una propuesta de autogestión para los hospitales públicos en Venezuela, el tipo de estudio se ubicó en la categoría de proyecto factible, el cual consistió en la elaboración de una propuesta de un modelo operativo viable, o una solución posible a un problema de tipo práctico, para satisfacer necesidades de una institución o grupo social. La propuesta puede tener apoyo, bien sea en una investigación de campo o en una investigación documental y puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnología, métodos o procesos. Al plantear una propuesta de autogestión para los hospitales públicos intentamos dar respuesta a una problemática como lo es la deficiente prestación de servicios de salud en nuestro país. Para desarrollar ésta propuesta tomamos como modelo el proyecto de autogestión puesto en práctica por el gobierno Argentino a partir del año 1995.

3. El Diseño de Investigación:

“Un diseño de investigación se define como el plan global de investigación que integra de un modo coherente y adecuadamente correcto técnicas de recogida de datos a utilizar, análisis previstos y objetivos... el diseño de una investigación intenta dar de una manera clara y no ambigua respuestas a las preguntas planteadas en la misma”. (Alvira. 1986)

Balestrini clasifica los tipos de diseño de investigación en:

1. Diseños de campo.
2. Diseños bibliográficos.

Dentro de los diseños de campo incluye:

1. Los no experimentales, donde se observan los hechos estudiados tal como se manifiestan en su ambiente natural y no se manipulan intencionalmente las variables. Aquí incluye los estudios exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, causales y los proyectos factibles.
2. Los diseños experimentales.

Para Balestrini en los proyectos factibles el diseño es de campo. Este diseño nos permite establecer una relación entre los objetivos y la realidad de la situación de campo, observar y recolectar los datos directamente de la realidad, en su situación natural.

Según el Manual de Trabajos de Grado de Maestría y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), las investigaciones se clasifican en:

1. Investigación de campo.
2. Investigación documental.
3. Proyectos factibles.
4. Proyectos especiales.

La presente investigación se ubica de acuerdo de la clasificación que hace la UPEL, como proyecto factible apoyado en una investigación documental.

4. Instrumentos de recolección de información:

En éste aspecto planteamos desde un enfoque metodológico, el conjunto de técnicas e instrumentos de recolección de información que se utilizaron en el proceso de investigación.

Técnicas documentales: Para el análisis de las fuentes documentales se utilizaron las técnicas de: a. Observación documental b. Presentación resumida c. Resumen analítico y d. Análisis crítico.

a. En la observación documental, a partir de una lectura general de los textos, se realizó la búsqueda de los aspectos reflejados en los materiales escritos que eran relevantes para la investigación. Se realizaron varias lecturas minuciosas para captar el verdadero sentido de los aspectos contenidos en los textos que permitieron elaborar la bibliografía de la investigación.

b. “La presentación resumida de un texto consiste en dar testimonio fiel de las ideas contenidas en un texto. Esta presentación debe seguir esencialmente la estructura del texto, de manera que la persona que lo lea obtenga un conocimiento preciso y completo de sus ideas básicas, partiendo del resumen efectuado. Este modelo de trabajo se basa en la capacidad de síntesis del autor” (Hochman, Montero) 1986.

c. La técnica de resumen analítico tiene por objeto desarrollar la capacidad de análisis del investigador. Se desglosó la estructura del texto y se estudiaron las ideas centrales, las ideas principales, las ideas complementarias y la conclusión del autor. Esta técnica permitió analizar la coherencia de los postulados enunciados, revelar las debilidades, contradicciones, lagunas u omisiones para luego realizar el análisis crítico de las obras consultadas.

d. “El análisis crítico es la culminación del trabajo comenzado con la presentación resumida, y consiste en la apreciación definitiva de un texto, a partir de los elementos hallados en él mediante la aplicación de la presentación resumida y el resumen analítico. A partir del resumen analítico, el cuál habrá dejado al descubierto no sólo el orden de las ideas del autor, sino también los argumentos que las apoyan, la coherencia existente entre ellas, así como las omisiones y errores que pueda haber, se coteja el plan encontrado con el plan lógico ideal. Las divergencias que existen entre ambos constituyen la base del análisis crítico”. (Hochman, Montero. 1986)

Entre las técnicas operacionales para el manejo de las fuentes documentales se utilizó: Subrayado, fichaje, citas y bibliografía.

Técnicas de relaciones individuales y grupales:

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó la técnica de observación directa, no participante y sistemática para captar la realidad estudiada. En éste caso se realizaron visitas a Hospitales Públicos tales como: Hospital Materno Infantil Pastor Oropeza en Caricuao, Hospital Militar

Dr. Carlos Arvelo en San Martín, Hospital del Ejército Dr. Vicente Salas en El Fuerte Tiuna.

La observación fue no participante porque se realizó como espectador de las actividades clínicas y administrativas de éstos centros hospitalarios. Esta observación simple, directa y sin regular permitió observar como se realizan las actividades clínicas y administrativas, los procesos, quién las realiza, grado de supervisión, actitud de los miembros de las instituciones, actitud de los usuarios, etc.

También se utilizó la observación sistemática, llevando registros de lo observado. Otra de las herramientas a utilizar fue la entrevista de preguntas abiertas, diálogo espontáneo y confidencial. Que permitieron interactuar con el entrevistado con relación al problema estudiado.

CAPÍTULO IV: EL MODELO DE AUTOGESTIÓN PROPUESTO

El Hospital Público de Autogestión se define como un hospital descentralizado, con gestión estratégica delegada y supervisión central, cuyo objetivo es mejorar continuamente los niveles de salud de la población que le compete, asegurando su gratuidad. Su misión es brindar una atención integral, equitativa, participativa, solidaria, efectiva y de calidad, manteniendo el aporte presupuestario del estado e incorporando la recuperación del gasto ocasionado por los servicios prestados a usuarios que posean algún sistema de cobertura de atención de salud. En el Hospital Público de Autogestión se generarán los cambios en su cultura organizacional, se efectuarán estudios epidemiológicos en su área programática y se privilegiarán actividades de atención primaria a nivel de la comunidad y medio ambiente.

Delimitaremos el contenido de la propuesta en diez áreas:

1. La transformación del hospital público a Hospital de Autogestión
2. El rol del HPA.
3. El presupuesto del HPA.
4. La organización del HPA.
5. Los recursos humanos del HPA.
6. El marco legal del HPA.
7. Calidad de la atención médica en el HPA.
8. El sistema de atención en el HPA.
9. Financiamiento y Gerencia del HPA.
10. El plan de empresa hospitalario para el HPA.
11. Crítica al proceso de autogestión hospitalaria en Argentina.

1. LA TRANSFORMACIÓN DE HOSPITAL PUBLICO A HOSPITAL DE AUTOGESTION:

El proceso de transformación de hospital público a hospital de autogestión se basa en un cambio cultural que abarca los siguientes aspectos:

- a. La salud es un derecho de naturaleza pública cuyo mantenimiento y recuperación tiene una dimensión colectiva, es decir, que va más allá de la

acción individual, por lo tanto, es el Estado quién asume la responsabilidad de preservarla como parte del bienestar de la población. El derecho de la población a la salud, es obligación del Estado.

b. El rol del Estado es de regulación del sistema de salud y no de prestación directa de servicios sanitarios. Establece las modalidades de intervención en el mercado, garantizando un acceso equitativo a los servicios, incluyendo la modalidad redistributiva del ingreso.

c. Los problemas presupuestarios no sólo se deben a la cantidad de recursos, sino a su distribución y utilización. Las medidas están dirigidas a la optimización de los mismos.

d. Las características propias del hospital como empresa de servicio permite una propuesta de reestructuración en todos sus componentes.

e. El hospital de autogestión es protagonista de la intervención del Estado en el mercado del sector salud y sirve como instrumento para la regulación de precios así como reconstructor de la equidad social en la prestación de servicios.

f. Para lograr la transformación del sistema hospitalario es necesario definir claramente cuál es la población a asistir, las fuentes de financiamiento, el logro de la eficiencia a través de la gestión económico financiera, la adecuación de su organización interna, la correcta formación del recurso humano y la definición de los estándares de calidad.

g. El Hospital de autogestión cambia su figura jurídica a ente descentralizado, lo que implica la transferencia en el manejo de los recursos así como la reestructuración administrativa, aumento de su capacidad de gestión y de las actividades sanitarias en su área programática.

h. El proceso de transformación, redundará en mejoramiento del uso de los recursos públicos y propios del hospital, en la eficacia de la facturación y cobranza a obras sociales, prepagos u otras entidades facultadas legalmente para tal fin, pero no implica finalidad de lucro en la acción hospitalaria, ni disminución de los créditos oficiales asignados, ni discriminación en la atención a ningún paciente.

i. La responsabilidad de planificar, fiscalizar, regular y financiar queda a cargo de la Administración Central, buscando reemplazar progresivamente el financiamiento de la oferta por el financiamiento a la demanda.

j. La autoridad sanitaria correspondiente tiene a su cargo el diseño de las redes de servicio, es decir la distribución de las acciones y funciones para la mejor prestación de los servicios. Los programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación se ejecutarán de acuerdo a las directrices establecidas en la red, siempre como parte de una política planificada y no a través del hospital considerado individualmente.

k. El nuevo modelo de gestión se basa en la medición de costos, identificando los productos finales de la actividad. La determinación del producto hospitalario permite desarrollar el presupuesto de cada hospital tomando en cuenta el resultado de su gestión. Para la evaluación de la eficiencia técnica se recomienda la reforma de los actuales sistemas de información.

2. EL ROL DEL HOSPITAL PUBLICO DE AUTOGESTIÓN

Es fundamental definir el rol del Hospital Público dentro del sistema de salud en Venezuela, con el fin de que al aplicar una mejor gestión, cumpla con las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación que lo caracterizan. También es importante promover y desarrollar las estrategias de atención primaria, aspecto imprescindible en la extensión de cobertura y accesibilidad. Igualmente deben establecerse los mecanismos de financiamiento y transformación de los hospitales públicos.

Se propone la creación de un Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión. La Jurisdicción nacional, estatal y municipal podrá inscribir en dicho registro todos los hospitales públicos de su dependencia que cumplan con los siguientes requisitos:

- Contribuir a la ampliación de la cobertura médica.
- Brindar el mejor nivel de calidad independientemente de su nivel de complejidad.
- Contar con procedimientos técnicos y administrativos de gestión dinámica y eficiente que garantice el uso óptimo de los recursos y el máximo rendimiento institucional.
- Desarrollar actividades de promoción, prevención y protección de la salud en el área de su competencia (área programática), además de actividades de docencia e investigación.
- Implementar el programa médico asistencial en base a la atención primaria de salud.

- Fomentar la capacitación del personal y la formación continua.
- Contar con un área de servicio social que determine la situación socio-económica de los usuarios y si cuenta con algún tipo de cobertura.
- Estar categorizado y habilitado.
- Alcanzar un nivel mínimo de producción, rendimiento y calidad.
- Aprobar la evaluación periódica de control de eficiencia y calidad.

El Hospital Público de Autogestión brindará atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población, prestará asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos los servicios.

El Hospital Público de Autogestión continuará recibiendo el aporte presupuestario que le asigne la jurisdicción para su normal funcionamiento según su producción, rendimiento y tipo de población que atiende, reemplazando progresivamente el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda.

El pago a los Hospitales Públicos de Autogestión, por concepto prestaciones brindadas a los usuarios, se realizará a través de los organismos y mecanismos que se determinen en la Ley del Subsistema de Salud.

Los ingresos que perciba el Hospital por el cobro de servicios serán administrados directamente por el mismo, la autoridad sanitaria determinará la distribución del porcentaje entre:

- a. Un Fondo de Redistribución Solidaria, asignado por el nivel central, con el objeto de desarrollar acciones prioritarias de atención a la salud.
- b. Un Fondo administrado por las autoridades del hospital, para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del mismo.
- c. Un Fondo para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, determinado por la autoridad jurisdiccional sobre la base de criterios de productividad y eficacia del centro hospitalario.

El personal de la Dirección debe tener la capacidad y experiencia en administración sanitaria. La autoridad sanitaria establecerá formalmente la composición, funciones y atribuciones de dicho personal Directivo. Se creará un Consejo Técnico Asesor y un Consejo de Administración con participación

social. El Hospital de Autogestión estará capacitado para realizar convenios con las entidades de Seguridad Social, complementar sus servicios con otros centros asistenciales, cobrar los servicios a personas con capacidad de pago o entes financiadores que cubran al usuario e integrar redes de servicio con establecimientos públicos y privados.

Son atribuciones y obligaciones del Hospital Público:

1. Elaborar y entregar a la autoridad jurisdiccional el programa operativo anual, para su aprobación y cálculo de recursos y gastos.
2. Elaborar las normas y manuales de procedimientos técnicos y administrativos.
3. Diseñar la creación de nuevos programas y servicios que promuevan el desarrollo de la organización y ampliación de la cobertura.
4. Designar, promover, reubicar y sancionar al personal en los diferentes niveles, de acuerdo a las las normas vigentes.
5. Ejecutar el presupuesto asignado y los recursos generados por el propio hospital.
6. Elaborar su reglamento interno y crear las comisiones técnicas y comités asesores.

3. EL PRESUPUESTO DEL HOSPITAL DE AUTOGESTIÓN

Actualmente el hospital público recibe su financiamiento a través del presupuesto público, siguiendo el esquema tradicional de asignación de recursos por funciones o conjunto de acciones, no por objetivos preestablecidos ni programas. Este método trae como consecuencia, la imposibilidad de establecer prioridades y generación de alternativas en los planes de gobierno, ya que se desconoce el destino final y modo de utilización de los recursos.

El sistema de recuperación de costos, cobro a obras sociales y a terceros pagadores casi no existe en los hospitales de Venezuela. Intentos y proyectos en éste sentido han ido desapareciendo.

Para el desarrollo del Hospital Público de Autogestión, es fundamental que el presupuesto se convierta en un instrumento de análisis económico y de gestión, por lo tanto es necesario especificar el producto que se desea

alcanzar, las actividades a desarrollar, las unidades de gestión involucradas, los resultados obtenidos y los costos. El presupuesto debe estar basado en el planeamiento y el control. Si se elabora el presupuesto por hospital, con la participación de los responsables de las unidades de gastos, adquiriendo el compromiso de producir lo que se ha planificado, se logra controlar la eficiencia de cada gestión.

El método propuesto es el “presupuesto por resultado” cuyo objetivo es obtener costos por unidad de producción con el objeto de controlar mejor cada una de las actividades disponiendo de un sistema de contabilidad analítica.

Las ventajas de éste sistema de presupuesto por resultado son:

a. Refleja los objetivos y actividades que se desarrollarán en el ejercicio fiscal, por lo que el interés se concentra en el trabajo a realizar y no en los recursos requeridos.

b. Permite la delegación de autoridad y responsabilidades a las unidades de ejecución de las actividades.

c. Los cálculos se hacen en base a los costos de las actividades y tareas. Se definen los productos finales.

d. Es una herramienta para la planificación.

e. Facilita la identificación de duplicación de objetivos y actividades porque cada ente involucrado define sus actividades y discrimina sus componentes.

f. Las unidades ejecutoras del gasto trabajan integradas y coordinadas en función de los planes generales.

g. La toma de decisiones y el control se ven facilitadas al aplicar una visión gerencial de la gestión administrativa y el intercambio constante de información.

h. Se implementa un sistema de informes periódicos, dinámicos que refleje la ejecución concreta de las actividades.

i. Permite la comparación entre los objetivos y / o programas con los costos.

Para poner en marcha el presupuesto por resultados el Hospital Público de Autogestión cumplirán los siguientes requisitos:

1. Identificación de los programas y actividades, determinando su tamaño relativo en términos de costos operacionales.
2. Determinación de unidades adecuadas de producción o servicio que cumplan los siguientes criterios:
 - uniformidad
 - sencillez y facilidad de reconocimiento,
 - significación universal en los sectores públicos y privados
 - capacidad de empleo de métodos estadísticos y de contabilidad
 - facilidad de computación y equipamiento físico adecuado
3. Consideración de todos los tipos de costos (fijo, directos, indirectos)
4. Obtención de estadísticas eficientes y oportunas.

3.1. LA DETERMINACIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO

La determinación del producto hospitalario no es sencillo. Por ser el hospital una empresa productora de bienes y servicios de la salud, sus productos deben definir de forma práctica la realidad de los procesos que ocurren en su interior. Sin embargo las variables utilizadas tradicionalmente, tales como: número de consultas, número de emergencias, días de estadía, etc. No reflejan la diferencia en el consumo de recursos en los diferentes casos. No se constituyen en unidades de costo racionalmente homogéneas que sirvan de base para la confección del presupuesto hospitalario.

Al ser la producción poco homogénea, variada e intangible, se complica la elaboración de unidades de medida que expresen en forma concreta el proceso global de producción de servicios, su medición e identificación con productos finales en término de resultados.

La producción es de tipo “multiproducto”. Cada paciente tiene requerimiento clínicos diferentes, no existen dos pacientes iguales. Por lo tanto el hospital genera tantos productos como pacientes atiende. Se origina entonces el concepto de “tipología de casos” o “composición de los casos” (CASE-MIX hospitalario). El CASE-MIX constituye el abanico de posibles combinaciones de servicios que el hospital realiza.

Para reducir el número infinito de casos de forma manejable y útil, el Hospital de Autogestión desarrolla el sistema de medición del CASE-MIX basado en el agrupamiento homogéneo de pacientes. Este sistema de medición de productos hospitalario tiene las siguientes características:

1. Es médicamente interpretable, con agrupamiento de pacientes en categorías homogéneas. El médico puede relacionar cada paciente con un patrón determinado de proceso hospitalario.
2. Es comprensible por todos los intervinientes en el proceso de gestión y control.
3. La clasificación se obtiene a partir de la información disponible en el hospital.
4. El número final de clases o categorías debe ser limitado, exhaustivo y mutuamente excluyente.
5. Cada clase o categoría contiene pacientes con consumo esperado similar de recursos hospitalarios.
6. La definición de clases es comparable en los diferentes sistemas de codificación y entre diversas instituciones hospitalarias.
7. Es procesada por computadoras. La información se obtiene en tiempo oportuno.

Los modelos de gestión verdaderamente innovadores reconocen que los sistemas de agrupación de pacientes que refleja el CASE-MIX ofrecen la mejor expresión de producto final hospitalario, por eso se perfila como instrumento fundamental en la gestión del HPA. Se evaluará la eficiencia de los procesos mediante los cuales se producen los servicios en el hospital, así como la efectividad con la cuál éstos servicios son utilizados por los usuarios.

El producto hospitalario así concebido, proporciona a los administradores y a los médicos un mecanismo para controlar los costos mediante un conocimiento más preciso del proceso de producción del hospital, así como un sistema de información hospitalario más apto. Se busca obtener como resultado costos detallados y servicios por pacientes agrupados en líneas de producto. Estos podrán ser usados por los administradores para establecer el presupuesto de funcionamiento y proyectar demandas de insumos, así como para determinar las causas de las diferencias de costos.

4. LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL PÚBLICO DE AUTOGESTIÓN

Los aspectos básicos sobre los cuales descansa el Hospital Público de Autogestión son los siguientes:

Estructura organizativa: Es el esquema o soporte estructural de la organización del hospital. Contempla en líneas generales los organigramas, los niveles de responsabilidad y decisión, la delimitación de áreas y atribuciones.

Gestión administrativa: Se refiere a la articulación de las estructuras, la gestión de las partes. Se expresa en las normas de procedimiento, los procesos de comunicación, la delegación de tareas y responsabilidades, la fijación de misiones y funciones y los esquemas para la toma de decisiones.

Sistema de información: Recogen organizadamente los datos que se generan en diferentes áreas de la estructura, los codifican, estandarizan, elaboran y los comunican transformándolos en información útil para las estadísticas, el control y la toma de decisiones. La contabilidad analítica y de costos, el presupuesto y control, las estadísticas de actividades, auditorías y control de gestión, son ejemplos de sistemas de información hospitalaria.

La intervención en la organización del Hospital Público de Autogestión se realizará en las áreas críticas que se menciona a continuación:

a. Reconocimiento del hospital como empresa: Sin perjuicio de su carácter público y social, el HPA debe orientarse hacia la búsqueda de recursos para producir resultados, también debe asignar responsabilidades gerenciales y someterlas a pruebas de rendimiento. El espíritu no es comercial, pero no por eso la gestión será ineficiente. En el hospital coexisten tres tipos de empresa:

- La clínica: Profesionales con diferentes técnicas y formaciones toman decisiones ante el paciente sobre la base de sus conocimientos con el riesgo que esto conlleva. El proceso administrativo también es vital para la empresa. El gerente de salud o principal gestor del hospital debe equilibrar la gestión clínica con el proceso administrativo.
- La técnica: Aplicada en los servicios de laboratorio, radiología, cardiología, farmacia. Generan productos perfectamente identificados que se utilizan como entrada al proceso clínico.
- La hotelera: Se refiere a la atención del paciente en el aspecto de cocina, lavandería, limpieza, mantenimiento, etc.

El Hospital de Autogestión asume éstas tres áreas como procesos empresariales integrados en la práctica. Esta concepción le facilita el diseño de un modelo que permita organizar debidamente a la institución, controlar

su gestión a través de la medición de su producto y asignar los costos a los centros correspondientes.

b. Elaboración de un organigrama que identifique claramente las áreas de gestión.

c. Formalizar y jerarquizar la estructura de cargos. Asignación de responsabilidades, delegación de tareas y autoridad que aclare suficientemente las misiones y funciones.

d. Descentralización de la administración y control del recurso humano.

e. Reconocimiento de la capacidad potencial de facturación. Desarrollar el área de facturación y cobranza. Implementación de normas y selección de personal especializado la misma.

f. El proceso de compra e inventario se llevará a cabo en base a las necesidades reales, aprovechando las oportunidades del mercado y el poder negociador del hospital como gran comprador de algunos ítem.

g. Establecimiento de normas internas de administración del patrimonio hospitalario que promuevan un adecuado almacenamiento de insumos, protección y resguardo de los bienes, atendiendo a normas de calidad, seguridad y control de deterioro y daño físico.

h. Implementación de un sistema de información que brinde información sistemática, oportuna y comparable, que no se limite a las estadísticas de actividad médica. El personal involucrado será entrenado acerca de la utilidad interna y externa de su trabajo.

i. Los máximos niveles de responsabilidad y decisión del HPA. estarán ocupados por administradores profesionales debidamente capacitados en todas las variables y aspectos de la actividad hospitalaria pública, con cualidades de mando, dirección, espíritu innovador y motivador y práctica probada en la toma de decisiones.

5. LOS RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL PÚBLICO DE AUTOGESTIÓN

El modelo conceptual que sustenta el sistema de salud condiciona las características de sus trabajadores. La cantidad y calidad del recurso humano depende de los objetivos, del financiamiento, tecnología e instalaciones del sistema.

El sistema de salud en Venezuela ha mantenido un modelo curativo, medicalizado, centrado en la atención hospitalaria. El objetivo de los sistemas de salud tradicional ha sido la recuperación de la salud por encima de su mantenimiento, debido a que se otorga valor social al profesional, a las especialidades, a las instituciones y a la tecnología curativa. El modelo, por tanto, determina la modalidad de la práctica médica y la configuración del mercado de trabajo.

La práctica médica orientada fundamentalmente a diagnosticar y tratar al enfermo individual, restringe la visión del proceso salud enfermedad, no considera la dimensión colectiva y epidemiológica, ni la prevención como herramienta para evitar la enfermedad.

La fuerte tendencia a la sobre especialización lleva a dividir al paciente en “secciones” de acuerdo a la patología que presente y no es visto integralmente. Las condiciones de salud de la población en general o de grupos específicos, tienen débil presencia en la formación de los profesionales. El compromiso con la dimensión social está prácticamente ausente.

Si los usuarios del hospital público, generalmente la población de menores ingresos, se ven afectados por problemas de salud de origen colectivo o social y es el personal del hospital el llamado a revertir ésta situación, la reflexión lógica nos indica que dos aspectos deben ser tenidos en cuenta en la gestión de tales recursos humanos. Estos son: Los requerimientos de capacitación y las condiciones de trabajo.

En el Hospital Público de autogestión, la gerencia de recursos humanos reconoce y aprecia el papel de la fuerza laboral comprometida e involucrada y se propone dedicar recursos y energías al desarrollo de un entorno donde el personal pueda y quiera contribuir a mejorar al máximo el desempeño de sus funciones. Para elevar la calidad de vida laboral, el HPA. promueve la estrategia de participación de los empleados, la cuál se caracteriza por:

- Influencia del personal sobre las decisiones que afectan su trabajo.
- Participación en la resolución de problemas.
- Información compartida en lo que se refiere al porqué de las decisiones más importantes que afectan al hospital.
- Trabajo en equipo.

Para que la participación del personal sea exitosa:

- El compromiso de los directivos es a largo plazo. Se trata de un cambio cultural, no sólo una técnica para el mejoramiento del personal.
- Respaldo al cambio. Apoyo material y modificación de sistemas organizacionales, si es necesario.
- Participación de las líneas medias en la planificación y administración del proceso.
- Reforzar las actitudes de liderazgo de grupo, la comunicación y la resolución de problemas.
- Lograr el apoyo e influencia positiva del sector sindical.
- Formación y entrenamiento a todos los niveles de la organización para que entiendan la naturaleza, fundamento e implicaciones del cambio.

Otra problemática considerada por el HPA se refiere a la cantidad y calidad de los administradores de sistemas hospitalarios. Los Directores y Administradores actuales, generalmente son médicos, de los cuáles pocos poseen formación de postgrado en gerencia de servicios de salud. Se propone la realización de programas de asistencia técnica para que los profesionales reciban el entrenamiento en las nuevas tendencias e instrumentos de gestión hospitalaria.

También se desarrollarán programas de capacitación y entrenamiento en tres sectores que junto con el gerencial constituyen la columna vertebral del Hospital Público de Autogestión: contable y estadístico, servicios sociales y atención al usuario.

En cuanto al deterioro salarial del trabajador público de salud, el HPA se propone desarrollar programas de incentivos salariales y premios por productividad y capacitación. Dicha propuesta se ve favorecida por el mejoramiento en el sistema de recuperación de costos.

6. MARCO LEGAL PARA EL HOSPITAL PÚBLICO DE AUTOGESTIÓN

Un análisis general de las normas que actualmente se aplican a las instituciones hospitalarias del país, indica que no existen cuerpos legales ordenados o sistematizados donde se concrete lo relativo a la organización y funcionamiento de los hospitales públicos.

El HPA requiere un marco legal que contemple las características de su gestión y especifique las normas mínimas a las cuales deba atenerse. Se propone que gradualmente obtenga personalidad jurídica que le permita funcionar de manera descentralizada, con plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, dictar sus propias normas y reglamentos internos, celebrar convenios y contratos con organismos públicos y privados, administrar y disponer de los fondos que se le asignen presupuestariamente y de los recursos obtenidos por la prestación de servicios, así como establecer su régimen de compra y adquisiciones.

6.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL Y LEY ORGANICA DE SALUD:

El 05 de agosto de 2000, el Presidente de la República crea la comisión Presidencial para la elaboración del Proyecto de Ley Orgánica de Seguridad Social. Posteriormente, en junio de 2001, la plenaria de la Asamblea Nacional remitió a la Comisión Permanente de Desarrollo Social dos anteproyectos de la Ley de Seguridad Social, para fundirlos y someterlos a primera discusión. Se solicitó que la Vacation Legis para la entrada en vigencia del Sistema de Seguridad, así como de las leyes que regulan los subsistemas de salud y Pensiones, aprobados durante la administración del presidente Rafael Caldera y que expiraba el 30 de junio, para que fuese extendida hasta el 31 de diciembre de éste año. Esto con la finalidad de cumplir con los artículos 206 y 211 de la Constitución, que contempla la participación ciudadana para la discusión, en el ámbito nacional, de los proyectos de ley.

Los mecanismos de consulta se realizarán tanto en el Hemiciclo Protocolar de la AN, como en los estados del país, donde se realizarán foros y talleres sobre la materia. Asimismo se activará un programa de difusión del anteproyecto de ley de Seguridad Social, a través de los medios de

comunicación social y la página web de la AN, para que lleguen a las comunidades.

Se estima de la ley de Seguridad Social y los Subsistema de Salud y Pensiones entrarán en vigencia el primero de enero de año 2002, pero será necesario agotar un período de transición. Mediante el cuál se deberá estructurar y diseñar la conformación del referido sistema.

Han surgido expectativas originadas por algunos factores políticos en cuanto a que el gobierno nacional no ha tenido interés en discutir y sancionar las leyes. Por lo que el período de transición podría extenderse por uno o dos años.

6.2 CONTENIDO DE LA LEY ORGÁNICA DE SALUD:

Esta ley tiene por objeto desarrollar y hacer efectivo el derecho constitucional a la salud como derecho social fundamental de las personas y como parte del derecho a la vida, en el marco de un Estado democrático, descentralizado, participativo y social de derecho y de justicia que propugna como valores superiores de la vida, la libertad, la igualdad, la solidaridad y la responsabilidad individual y social.

Regulará todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad, con el desarrollo de un medio ambiente saludable, con la organización y funcionamiento del sector salud, tanto público como privado, con el financiamiento, con la prestación de servicios y con los productos para la salud y el consumo humano, así como los deberes y derechos de las personas, la responsabilidad de los distintos sectores en materia de salud, las actividades de los trabajadores y trabajadoras de la salud y de los establecimientos de salud y la relación con ellos.

Entre sus aspectos novedosos están:

- La concepción integral de la salud, desde la promoción hasta la rehabilitación.
- Se expresa a través del Modelo de Atención Integral que elimina los regímenes especiales en salud (como la contratación de pólizas de HCM a los funcionarios públicos)
- Propone alianzas con las Universidades, participación comunitaria, contratación de servicios privados, comités de bioética y oficinas para reclamos.

- Plantea atención especial a la salud de los indígenas y la recuperación de la medicina vial.
- Integra los establecimiento del IVSS al Sistema Público Nacional de Salud.

6.3. ARTÍCULOS QUE COINCIDEN CON EL MODELO DE AUTOGESTIÓN PROPUESTO:

Creación del Sistema Público Nacional de Salud:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado crea el Sistema Público Nacional de Salud, integrado al Sistema de Seguridad Social y correspondiente al Subsistema de Salud. Éste es único, de carácter descentralizado y organizado como un sistema intergubernamental, intersectorial y participativo. Integra en un mismo régimen todas las instituciones, órganos y establecimientos públicos que llevan a cabo programas y servicios de salud, así como aquellos que reciben financiamiento del Estado. Se rige por los principios de Universalidad, Equidad, Solidaridad, Unidad e Integración Social, Gratuidad, Participación, Integralidad, Pertinencia Cultural y Lingüística, Calidad, Eficacia y Eficiencia.

Incentivo a los trabajadores:

El Sistema Público Nacional de Salud aplicará sistemas de incentivos a sus trabajadores y trabajadoras con el fin de promover la calidad y eficiencia en la provisión de los servicios, así como también fomentar la formación, capacitación y actualización permanente de los trabajadores y las trabajadoras de la salud. Se incentivará tanto el desempeño individual como el colectivo e institucional. Los incentivos se dirigirán al alcance de metas, cumplimiento de principios, mejora de indicadores de salud y control de costos. La Reglamentación de esta ley establecerá los procedimientos necesarios para dar cumplimiento a esta materia.

Sistema de asignación recursos:

Los establecimientos de salud que conforman la red pública de salud serán financiados por los recursos que le sean asignados por la Dirección Estatal o Municipal de Salud correspondiente. El mecanismo de asignación de los recursos financieros a los establecimientos se hará de conformidad a lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y concertados con las autoridades estatales y municipales de salud. Entre los

criterios de asignación de recursos a los establecimientos de la red pública de salud se deben considerar los indicadores de eficacia, equidad, eficiencia y desempeño de los establecimientos.

Fuentes de financiamiento y administración:

El financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es solidario e integrado, está constituido por los presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales en salud, los ingresos de los estados y municipios destinados a salud, las contribuciones y recursos financieros provenientes de los otros subsistemas de la Seguridad Social, los recursos provenientes de las tarifas por los servicios de registro y de Contraloría de Salud Colectiva, los remanentes netos de capital, los provenientes por el resarcimiento de servicios prestados a beneficiarios de pólizas de seguro o servicios privados de salud y cualquier otro recurso que se derive de la aplicación de esta Ley.

Los recursos financieros del SPNS solo serán administrados directamente por el mismo o mediante cogestión comunitaria.

Regulación de los establecimientos prestadores de servicios y programas de salud:

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social regulará y controlará a los establecimientos, públicos y privados, que presten servicios de salud, para lo cual diseñará mecanismos de registro, habilitación, clasificación y acreditación que tienda a garantizar las condiciones estructurales y funcionales que deben poseer dichos establecimientos, así como la calidad de la atención.

Autonomía de gestión:

Los hospitales y otros establecimientos de salud o grupos de éstos podrán obtener autonomía de gestión para el manejo de sus recursos humanos y financieros, previa solicitud y convenio expreso con la Dirección Estatal de Salud y Desarrollo Social o del Ministerio, según corresponda. La regulación de ésta autonomía se establecerá mediante reglamento especial.

Una vez planteado a groso modo los aspectos más importantes de la Ley Orgánica de Salud, se considera que de ser aprobada dicha ley, es posible desde el punto de vista legal, introducir los cambios propuestos para el Hospital Público de Autogestión, con las adecuaciones y modificaciones necesarias.

7. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL PÚBLICO DE AUTOGESTIÓN

La atención médica de calidad es aquella que puede proporcionar al paciente el máximo bienestar, después de realizar el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan al proceso de atención. Gasto monetario y calidad se relacionan, porque la calidad cuesta dinero, pero si eliminan los gastos inútiles y se producen servicios más eficientes, es posible obtener una calidad más alta o lograr la misma calidad a un costo menor. La atención ineficiente ocasiona pérdida de los beneficios individuales y sociales, porque se desaprovechan los escasos recursos.

El Hospital Público de Autogestión se propone establecer un programa de control de calidad, basados en protocolos de diagnósticos y tratamiento que sirvan de referencia para los procesos que se llevan a cabo. El proceso de cada "línea de producto" debe responder a la mayor calidad técnica posible, empleando eficientemente los recursos de diagnóstico, de tratamiento y de organización.

Los "estándares" se establecerán con el consenso de todos los intervinientes en el proceso: médicos, enfermeras, secretarías, encargados de compras, aportarán su criterio sobre las etapas del proceso y la manera de optimizarlo. La gerencia hará el monitoreo de los resultados, revisará éstos "estándares", pues debido a la introducción de nuevas tecnologías es posible que se requieran cambios importantes en los parámetros definidos para cada línea de producto.

El concepto de calidad de los servicios hospitalarios se ve enriquecido por la consideración y análisis de indicadores relacionados con la atención pero que no dependen específicamente del trabajo del clínico. Se trata de índices tales como: Tiempo de enfermería por paciente / día, días de hospitalización preoperatoria, tiempo de demora de los exámenes de laboratorio, cantidad de placas utilizadas por radiografía entregada, cantidad de radiografías con imágenes patológicas, tiempo de espera en la consulta externa. Según éste enfoque, todos los pasos del proceso son importantes para la calidad del resultado final, se da valor a la opinión de todos los actores del proceso. Estos criterios tomados del concepto de "calidad total" en el sector de servicios, al ser aplicados en la gestión hospitalaria, se busca el establecimiento de rutinas que garantizan el control y la verificación de los "estándares" estipulados.

La misma importancia que tienen los participantes internos en la gestión de calidad, la tienen los clientes externos. Estos son los pacientes y los proveedores. La imagen que tienen de la calidad del servicio los pacientes y los proveedores también debe monitorearse.

El HPA se propone realizar encuestas de satisfacción de los usuarios a fin de incorporar un criterio diferente del técnico-profesional. A partir de los argumentos aportados por el usuario se revisarán los procesos cuestionados.

Igualmente se establecerán canales de comunicación con los proveedores, ya que la falta de insumos incide directamente en la calidad de los servicios.

Por otra parte, la infraestructura y el equipamiento hospitalario son esenciales para los objetivos de calidad de atención. Dicha inversión se realizará respondiendo a los planes estratégicos del HPA en concordancia con las funciones y roles asignados, la demanda esperada, la oferta preestablecida, la organización de los servicios y su coordinación administrativa y gerencial.

Resumidamente, la implementación de un proceso interno de presupuestación, así como el control de los centros de gastos mediante el sistema de contabilidad analítica y el conocimiento de los costos de los productos mediante técnicas de medición del “case mix”, la elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento para cada línea de producto, constituyen partes de un sistema de gestión integral para el Hospital Público de Autogestión.

7.1. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

La propuesta de Hospital Público de Autogestión, incluye en todo momento la participación del Estado en cumplimiento de su papel como garante de la calidad de la atención médica a nivel nacional. En el marco de una transformación global del sistema de salud en Venezuela se presenta conveniente la implementación y puesta en marcha de un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

El objetivo de dicho programa es incorporar los recursos organizativos, instrumentales, de gestión y fiscalización del proceso de atención médica,

constituyéndose en instrumento coordinador de la tarea desarrollada por el sector salud a nivel nacional.

El Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica está formado por los siguientes componentes:

1. Habilitación y Categorización de los establecimientos asistenciales
2. Control de ejercicio profesional
3. Normatización de la atención médica
4. Fiscalización y control sanitario
5. Evaluación de la calidad de la atención médica
6. Asesoramiento y cooperación técnica

7.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS COMPONENTES

1. HABILITACIÓN:

La habilitación es el acto administrativo por el cuál la autoridad sanitaria autoriza el establecimiento y funcionamiento asistencial cuando éste reúne los requisitos establecidos para cada caso. Los requisitos mínimos serán definidos previamente por la autoridad de aplicación. Dichas normas de habilitación serán homogéneas para todo el país y se adecuarán progresivamente según el avance tecnológico.

Generalmente la habilitación se realiza una sola vez, antes de la puesta en funcionamiento de la institución. Se propone que el HPA sea habilitado periódicamente según la reglamentación vigente.

2. CATEGORIZACIÓN:

Es la clasificación de los servicios de salud de acuerdo con el criterio que adopte (complejidad, riesgo etc.) que permite definir niveles de acuerdo a la viabilidad de la resolución de los distintos tipos de problemas de salud. No se categoriza en base a la complejidad de los recursos o tecnología disponible, tampoco en base a la calidad del establecimiento, sino por la capacidad de resolver satisfactoriamente la demanda de determinadas patologías y la cobertura de sus riesgos potenciales.

El programa propone clasificar los establecimientos asistenciales de acuerdo a criterios de riesgo, definiendo para cada patología, estándares

mínimos y un listado de categorías que pueden cubrir. Este criterio de categorización está vinculado a la configuración de redes de servicio y desalienta la incorporación acrítica de tecnología costosa e innecesaria.

En las categorías por riesgo se define que es lo que va a atender en función de lo que puede atender, que requisitos debe cumplir y entonces se le autoriza para que pueda en condiciones programadas asegurar el nivel de calidad de atención a la población.

Los niveles se definen de la siguiente manera:

Nivel I. Bajo riesgo: En la mayoría de los casos constituye la puerta de entrada a la red de servicios. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, control de salud de la población y hospitalización de pacientes con bajo riesgo.

Nivel II. Medio riesgo: Puede Constituir la puerta de entrada al sistema. Realiza las mismas acciones que el bajo riesgo, a los que se agrega un nivel de resolución para aquellas patologías y procedimientos diagnósticos – terapéuticos que exceda la capacidad de resolución del bajo riesgo.

Nivel III. Alto Riesgo: Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones de bajo y medio riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellas patologías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente, tanto por el recurso humano como por el tecnológico.

En base a las condiciones anteriormente mencionadas se determinarán requisitos mínimos en cada nivel en lo que respecta a: Planta Física, Marco Normativo de Funcionamiento, Recursos Humanos y Equipamiento Tecnológico.

Finalmente, es importante señalar que en las situaciones de emergencia o en ausencia de servicios de salud capacitados y autorizados para atender determinadas patologías, siempre prevalecerá el criterio médico, se brindará la atención inicial y luego se referirá a un centro especializado si fuera necesario, sin descuidar nunca la responsabilidad del médico y de la institución que establece la ley.

3. CONTROL DE EJERCICIO PROFESIONAL:

Se refiere al desempeño profesional de todo el equipo de salud. Se redefinirán conceptos de profesionalización, especialización, certificación. El proceso de adecuación del recurso humano se llevará a cabo en una labor conjunta con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Colegios Médicos, Sociedades, Asociaciones Profesionales y Sociedades Científicas.

4. NORMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

Se refiere a la incorporación de recursos normativos, en lo que respecta a diagnósticos, tratamientos, procedimientos, organización y funcionamiento de los servicios de salud. Estas pautas tienen carácter orientador y apuntan a un nuevo modelo de atención médica donde todos los recursos sean adecuados a la realidad política, económica, social, cultural y sanitaria del país. Se convoca a participar en la elaboración de éstas normas a las instituciones académicas, universitarias, científicas y de servicios de salud.

5. FISCALIZACIÓN Y CONTROL SANITARIO:

El Estado fiscalizará y controlará cuando lo considere oportuno, de acuerdo con las normas internas o cuando exista algún problema que amerite su intervención en algún problema sanitario. Su intervención estará ajustada a la normativa vigente para garantizar la calidad de las prestaciones.

6. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

La formulación y cumplimiento de las normas en los componentes anteriormente mencionados facilita la tarea de control y evaluación periódica en base a estándares prefijados. Para garantizar las condiciones de calidad y seguridad se dispondrá de elementos de evaluación objetivos definidos y planificados.

7. ASESORAMIENTO Y COOPERACIÓN TÉCNICA:

El programa brindará cooperación técnica y asesoramiento a los establecimientos asistenciales, de acuerdo a sus recursos y posibilidades.

Todas las normas establecidas serán publicadas, difundidas y estarán disponibles para los establecimientos y personal asistencial.

8. EL SISTEMA DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL PÚBLICO DE AUTOGESTIÓN:

8.1. EL MODELO DE ATENCIÓN:

El modelo de atención del HPA. se basa en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Presente en todos los niveles de atención, la estrategia de Atención Primaria de Salud lleva implícita los criterios de equidad, eficacia, efectividad y eficiencia.

Equidad, porque la finalidad es dar más a quién más necesita, garantizando la accesibilidad. Ofrecer equidad en el HPA. se refiere a facilitar a la población la posibilidad de prevenir y resolver sus problemas de salud.

Eficacia, porque se obtienen resultados adecuados con las técnicas utilizadas. La OMS la define como el beneficio o utilidad que obtiene el individuo por el servicio, tratamiento, diagnóstico, medida preventiva o de control aplicada. El HPA. valora la calidad del proceso y su relación con los resultados.

Efectividad, es el grado en el cuál se obtienen mejoras en la salud con los hechos. Mide el efecto de una actividad y los resultados / beneficios que recibe la población. Valora la cobertura, impacto y satisfacción del usuario.

Eficiencia, se refiere a los resultados finales en relación con el esfuerzo realizado, dinero, recurso y tiempo. Valora la producción, rendimiento y costos de producción.

El modelo de atención propuesto para el Hospital Público de Autogestión, basado en la estrategia de Atención Primaria, garantizará la equidad con acciones eficaces y efectivas, logrando la mayor eficiencia.

Los tres requisitos previos a la Atención Primaria de Salud son: criterio multisectorial, participación de la comunidad y tecnología adecuada.

El HPA aplica la Atención Primaria como una estrategia, como un nivel de atención, como un conjunto de actividades y como una filosofía.

Además, los elementos que caracterizan a la Atención Primaria son:

1. Integral
2. Integrada
3. Continua y permanente
4. Activa
5. Accesible
6. Basada en el trabajo de equipo
7. Comunitaria y participativa
8. Programa y evaluable
9. Docente e investigadora

El sistema sanitario en su totalidad debe apoyar la Atención Primaria a través de su promoción, su desarrollo y su funcionamiento como un ciclo continuo.

El apoyo del sistema de salud a la promoción de la Atención Primaria incluye: establecimiento de políticas y de prioridades, movilización del apoyo intersectorial, legislación y movilización del apoyo de la comunidad.

Para el desarrollo de la Atención Primaria se requiere: planificación y programación intersectorial, elección de una tecnología apropiada, participación de la comunidad, investigaciones, formación de personal de salud, revisión de los mecanismos de referencia de pacientes, provisión de instalaciones y medios de financiamiento.

Por último el apoyo para el funcionamiento de la Atención Primaria se refiere a: gestión de los recursos financieros y de personal, manejo de los sistemas de información, coordinación entre las instituciones y la comunidad, supervisión de apoyo, provisión de equipos y suministros.

La columna vertebral de la Atención Primaria de Salud es una eficiente organización de los niveles de atención, con complejidad ascendente y asegurando una oportuna referencia-contrarreferencia, con la intervención del Hospital Público de Autogestión como sustrato básico del primer nivel de atención.

Este sistema de complejidad ascendente está integrado por tres niveles de atención.

El primero es responsable del tratamiento y seguimiento de las patologías sencillas y de la promoción y protección de la salud, se apoya en los niveles superiores donde refiere temporalmente a pacientes. Las actividades del primer nivel se enfocan principalmente a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica: diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, y cuya resolución es posible mediante la utilización de recursos simples y poco complejos, tecnología adecuada y medicamentos esenciales.

El segundo nivel, donde se ubican los hospitales públicos, se encarga de las actividades dirigidas a la restauración de la salud, atendiendo daños de mediana complejidad. Se brindan servicios a pacientes derivados del primer nivel de atención y a los que se presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas. Se realiza control sanitario y de contaminación ambiental con apoyo del laboratorio.

En el tercer nivel se realizan actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presenten patologías de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento que han sido referidos por otros niveles de atención.

Dentro de éste contexto el Ministerio de Salud y Desarrollo Social definirá una Planificación Estratégica Básica en Atención Primaria De Salud para los Hospitales Públicos de Autogestión, la cuál será adecuada para cada jurisdicción, según las necesidades percibidas de las comunidades.

Dicha estrategia incluye la reorganización del Hospital Público de Autogestión para la coordinación, en su área programática, de la Atención Primaria de Salud.

Se creará una estructura organizativa de nivel adecuado a la del Establecimiento (Dirección Asistente, Subdirección, departamento o División) que conduzca la estrategia, sus relaciones con la red de servicios, con los programas verticales y permita una adecuada participación de la comunidad. Es de suma importancia que ésta estructura, sea Dirección o Departamento, esté conducida por personal con adecuada formación en el área de Salud Pública y Epidemiología.

Las misiones y funciones de ésta estructura serán:

1. Intervenir en la programación, ejecución y evaluación de la estrategia de Atención Primaria, dentro del perímetro de su área, procurando que las mismas atiendan los problemas sanitarios que los grupos más vulnerables.
2. Cumplir en el área programática las políticas de salud dictadas por la Jurisdicción. (Se define “área programática” como una zona epidemiológico-social asignada planificadamente a una o varias instituciones de salud, para que se implemente en ella la estrategia de Atención Primaria de Salud, asegurando acciones integrales e integradas para sus habitantes y su medio ambiente, siendo conveniente que forme parte de una red de servicios en una región sanitaria, integrando a los tres subsistemas de salud.)
3. Asesorar a los niveles correspondientes sobre las necesidades e inquietudes de la comunidad, el resultado de los estudios epidemiológicos locales y las modificaciones necesarias.
4. Coordinar a través de la participación organizada de la comunidad y las instituciones las actividades necesarias para mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud.
5. Elaborar los estudios epidemiológicos y sanitarios para conocer las necesidades de su área y las variables asociadas al proceso salud-enfermedad. Investigar factores de riesgo, determinantes ambientales y conductuales.
6. Ofrecer asesoría local sobre educación sanitaria y actividades preventivas y luego evaluar el efecto de éstas actividades en el mejoramiento de los niveles de accesibilidad, equidad, oportunidad, etc.
7. Coordinar con los servicios y Comités correspondientes las actividades de prevención, educación para la salud y de medicina integral, intra y extra hospitalarias.
8. Coordinar la atención ambulatoria y de los médicos familiares, optimizando el sistema de referencias con los hospitales y otros efectores del primer nivel de atención.
9. Colaborar en la ejecución de los programas nacionales, estatales o municipales.
10. Administrar los recursos, programas y acciones a su cargo, evaluando resultados e impacto.
11. Desarrollar actividades para la determinación de tecnología apropiada y medicamentos esenciales.
12. Participar con el Comité de Docencia en la selección, capacitación y programación del recurso humano, programas de becas, residencias, pasantías, etc.
13. Proponer e intervenir en la creación de redes de servicios en cada área programática.

8.2. DEMANDA Y OFERTA DE SERVICIOS:

La duplicación de servicios, la falta de articulación y complementación, la inadecuada conformación de redes, son algunos de los problemas que no permiten una adecuada relación entre la oferta y la demanda de los servicios.

El HPA se complementará e integrará redes con otros establecimientos asistenciales públicos y privados constituyéndose en el eje central de la red.

Para optimizar y racionalizar los recursos disponibles el HPA:

a. Garantizará la cobertura en su área programática a quienes no la tengan.

b. Resolverá las emergencias de quién la solicite.

c. Brindará asistencia a los que tienen algún tipo de cobertura, estableciendo los mecanismos para la recuperación del gasto, para permitir que el presupuesto jurisdiccional pueda financiar a los que no tienen cobertura.

En cuanto al horario de atención, el HPA mantendrá guardia activa las 24 horas, se ampliarán los horarios de consultas externas, con una adecuada redistribución del personal, ofreciendo todo el potencial que el hospital tiene.

8.3. CAPACITACIÓN:

El HPA mantendrá y ampliará su tradicional función como formador de recursos humanos. El proceso de capacitación será para todo el personal del hospital, profesionales, técnicos, empleados y obreros.

Igualmente se propone que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social implemente cursos de Gerencia Estratégica y Administración Sanitaria para que los directivos puedan aplicar adecuadamente el nuevo modelo de gestión y éste pueda dar frutos al permitir la racionalidad y optimización de los recursos y que a su vez el modelo de atención contenga equidad, eficacia y efectividad.

9. FINANCIAMIENTO Y GERENCIA DEL HOSPITAL PÚBLICO DE AUTOGESTIÓN:

Hablar del Hospital Público de Autogestión es hablar de una profunda reformulación de conceptos en el sector de la salud pública. El H.P.A. se incorpora a una red de prestadores, organizados en función de la demanda, concertando los recursos con los otros subsectores, en busca de un objetivo común.

Con respecto al nuevo modelo de financiamiento, es importante resaltar que los recursos genuinos obtenidos por el hospital mediante el cobro de prestaciones, no son motivo para la reducción del crédito presupuestario aprobado por el nivel central. Por lo tanto los recursos genuinos constituyen fondos adicionales, que en caso de prescindir de ellos, no afectará el funcionamiento del hospital. Es decir que la autogestión no conlleva en ningún momento al autofinanciamiento. El concepto de autogestión abarca mucho más que los cambios en el financiamiento. El nivel central seguirá encargado de la provisión de recursos para sueldos, inversiones y funcionamiento de acuerdo a la producción y no a la recaudación.

El HPA. plantea un modelo cooperativo y no competitivo. No compite por la población pudiente o con cobertura social. La competencia se dará como consecuencia de la transformación, pero no es el objetivo de la institución.

9.1. POSIBLES MODALIDADES DE CONTRATACIÓN PARA EL HPA:

Se considerará el método más idóneo de acuerdo a lo establecido en la Ley del Subsistema de Salud y considerando el desarrollo gerencial de cada hospital, así como su recurso humano y técnico.

POR PRESTACIÓN

Ventajas:

1. Aumenta las posibilidades de elección por parte del beneficiario.

2. Estimula al profesional a incrementar su trabajo, aumentando su eficiencia.

Desventajas:

1. Esta modalidad induce a sobreprestación y sobrefacturación.
2. El nomenclador que reconoce el pago por prestación orienta hacia la especialización de los profesionales y el uso excesivo de la aparatología.
3. Exige un control y un desarrollo administrativo por parte de prestatario y prestador.

POR PAGO GLOBALIZADO

Es un procedimiento sencillo que simplifica el proceso de facturación en los hospitales. El pago por patologías, por causa de hospitalización o por día cama son ejemplos de pago globalizado. Para globalizar las prestaciones se pueden utilizar módulos (unidades prestacionales que incluyen todo lo necesario para satisfacer el requerimiento de una patología a asistir) Los módulos básicos son: ambulatorio, hospitalización clínica, hospitalización quirúrgica, hospitalización en observación, hospitalización del paciente agudo o con riesgo de muerte.

Ventajas:

1. Elimina costos adicionales que tendría que asumir el beneficiario, lo que limita la accesibilidad.
2. Permite pronosticar los costos y planificar los gastos.
3. Induce al uso racional de la tecnología. Se incluyen los medicamentos a este posible gasto.
4. Permite que la auditoría cumpla su real función de normatizar y verificar el cumplimiento de las normas en vez de actuar como fiscal de la facturación.

Desventajas:

1. Permite la facturación por otra vía cuando todas las prestaciones no están contempladas en el nomenclador globalizado. Es posible el pago doble de algún servicio o insumo.
2. Se necesita una auditoría por parte de personal experto.

POR CAPITA

Se basa en la contratación directa con un tercero que financia prestaciones a una población cautiva, por la que paga al prestador una suma fija mensual.

Ventajas:

1. Se transfiere el riesgo al prestador.
2. Se puede planificar el gasto, porque se maneja un recurso financiero preestablecido.
3. El proceso administrativo es más sencillo.
4. Se deben elaborar normas que garanticen la calidad de la prestación.

Desventajas:

1. Subprestación
2. Se requiere un padrón confiable y actualizado periódicamente.

MODALIDAD MIXTA

Es una variante que permite la contratación por capitación para la atención ambulatoria y por arancel globalizado para la hospitalización. Requiere un buen nivel de gerenciamiento, contribuye a mejorar el perfil de ingresos de las consultas y diferencia la hospitalización.

9.2. PROGRAMA OPERATIVO ANUAL:

El Programa operativo Anual reflejará las acciones a ejecutarse en el curso del ejercicio corriente. En el HPA se elaborará el programa operativo anual de cada dependencia, la cuál determinará en detalle las acciones y metas por cumplir en un año y los recursos necesarios para ello. El programa operativo anual institucional será el documento resultante de la integración de los programas de las dependencias.

9.3. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO Y MANUALES DE PROCEDIMIENTOS:

En el proceso de transición de un modelo a otro, las normas y manuales deben ser flexibles y susceptibles de ser modificados, pues los cambios obligan a constantes actualizaciones de criterios a medida que el nuevo modelo se va desarrollando.

9.4. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS GENUINOS:

El H.P.A. administrará directamente los ingresos obtenidos por el cobro de prestaciones y la autoridad sanitaria establecerá el porcentaje a distribuir entre:

- a. El fondo de distribución solidaria, asignado por el nivel central, para el desarrollo de acciones de atención de salud prioritarias. Dicho fondo se distribuirá entre los hospitales de la jurisdicción que no tienen capacidad de generar recursos propios y otro porcentaje para gastos de infraestructura en el ámbito central.
- b. El fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del establecimiento. Se reitera que éste aspecto y los gastos de personal serán asumidos por el presupuesto público, independientemente de los recursos generados por la autogestión, pues el cambio conceptual en el presupuesto del HPA se refiere a la asignación presupuestaria tomando en cuenta los indicadores de producción (consultas, egresos y tamaño de la población) y de productividad en la ejecución del gasto. El porcentaje destinado a éste punto cubrirá inversiones de capital y gastos de capacitación del personal.
- c. El fondo para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas que la autoridad jurisdiccional determine, en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

9.5. DEL SUBSIDIO A LA OFERTA AL SUBSIDIO A LA DEMANDA:

La propuesta de HPA plantea subsidiar la demanda de servicios de salud de la población objeto del sector público. Como población objeto se entiende a todos, especialmente los grupos que sociales carentes de medios para costear, en forma directa o indirecta, los gastos de atención de su salud.

En el nuevo modelo, con hospitales autogestionados autónomos en el manejo de los recursos financieros, físicos y humanos, se subsidiará al individuo y no al establecimiento. Entre las ventajas del subsidio a la demanda podemos mencionar las siguientes:

- Favorece a la población más vulnerable y menos recursos.
- Incrementa la autonomía y responsabilidad de los proveedores.
- Permite evaluar y premiar sobre los productos y el rendimiento del servicio y no sobre los insumos.
- Estimula múltiples fuentes de aprovisionamiento.
- Facilita la descentralización.
- Puede responder más fácilmente a las necesidades de los grupos locales.
- Mejora sostenibilidad gracias a la apropiación del servicio por parte de los usuarios.

Las críticas que han surgido en la práctica de éste modelo son:

- Distorsión de la información, distorsión de los incentivos, estigma social, costos administrativos, sustentabilidad política y mantenimiento de la calidad.
- Deben establecerse acciones complementarias para asegurar, evaluar y premiar sobre los productos y el rendimiento del servicio.
- Se presta a sesgos en abastecimiento o a manipulación por líderes, contratistas o personas de las comunidades, o abusos del uso del subsidio.
- Pueden ser más costosos desde una perspectiva regional o nacional.
- Los procesos de descentralización subyacentes pueden exacerbar las diferencias regionales.
- Disminución de la oferta de salud preventiva.
- Ineficiencia de los agentes privados.
- Los programas no otorgan derechos, sino que tienen beneficiarios.

9.6. CONFORMACIÓN DEL CONSEJO ASESOR TÉCNICO, COMITÉS Y COMISIONES TÉCNICAS:

El Consejo Asesor Técnico tendrá facultades de asesoramiento al Director General y al Consejo de Administración. Su incumbencia será estrictamente científico-operativa-hospitalaria. Dictará su propio reglamento para un adecuado funcionamiento interno. Además de las actividades asistenciales, de docencia e investigación, el Consejo Asesor desarrollará acciones de promoción y protección de la salud y de prevención en las áreas programáticas o red de servicio. Además creará comités o comisiones de auditoría médica, de medicamentos, de ética, de arancelamiento, etc.

El Consejo Asesor Técnico será presidido por el Director General o máxima autoridad del ente y estará integrada por:

- a. El Director Técnico y el Director Administrativo del hospital.
- b. Un representante del Comité de Docencia.
- c. Un representante de Atención Primaria de la Salud del área sanitaria.
- d. El Jefe del Departamento de enfermería.
- e. Un representante de los Jefes de Servicio del hospital.

10. EL PLAN DE EMPRESA HOSPITALARIO:

La transformación de los conceptos organizativos y de servicios públicos reside básicamente en la redefinición del rol del cliente-usuario y en la necesidad de incorporar criterios de eficiencia en la gestión. Para hacer efectivo éstos cambio en el sector hospitalario y hacer frente a los cambios en el entorno del mercado se ha ensayado lo que denominaremos el “plan de empresa hospitalario”. Un plan de empresa hospitalario es el resultado final de:

- a. Las estrategias elegidas por el Ministerio para el Hospital de Autogestión.

b. La máxima utilización, por parte de los responsables políticos, de los instrumentos jurídicos-normativos existentes para hacer posible la conversión en empresa de un hospital público.

c. La adecuada organización de los recursos disponibles para iniciar las actividades en un entorno diferente con respecto al hospital público tradicional.

Según la literatura de Administración de empresa y de Administración de hospitales, el plan estratégico hace referencia las políticas globales del hospital y se definen en el largo plazo (diez años) configurando las características generales del hospital.

La estrategia se sustenta en tres pilares, a saber:

1. Los fines que se quieren alcanzar (Misión)
2. Análisis de factores externos. Entorno (que actúa modulando su actividad)
3. Análisis de factores internos (que condicionan las decisiones y los resultados)

Igualmente se debe incorporar: El perfil jurídico que conviene a la institución, la forma de gobierno, la organización, los mecanismos de auditoría y el control sanitario sobre las instituciones prestadoras.

Estas condiciones serán delimitadas por la máxima autoridad política (Ministerio de Salud) y afecta a toda la red de efectores del sistema sanitario.

Una vez establecido el diseño global, el equipo directivo, liderado por un gerente, elaborará el presupuesto de actividad y de resultados esperados, para un escenario de tres años. A ésta tarea se le denomina “plan de empresa”.

Para elaborar éste ejercicio prospectivo de elaborar una hipótesis de actividad y resultado a mediano plazo, se requiere evaluar los datos históricos de los últimos ejercicios (cuando se trata de hospitales en funcionamiento) o de previsión de demanda para situaciones semejantes (cuando se trate de hospitales nuevos.)

Se definirán los indicadores de actividad y económicos óptimos para el final del tercer año y se gradúan los objetivos de los años intermedios con una tendencia de acercamiento gradual al óptimo esperado. Con los datos

esperados para el final de siguiente ejercicio se programan los objetivos asistenciales y económicos con todos sus detalles por áreas funcionales, servicios, departamentos asistenciales y logísticos.

Se prevé cuantitativamente los in-puts materiales, humanos y financieros necesarios para las unidades operativas y también se prevé cuáles serán las prestaciones, es decir, los out-puts intermedios y finales. El resultado final de los in-puts, procesos y out-puts esperables para el ejercicio es el “presupuesto operativo anual” del año inmediato siguiente.

Al comparar los parámetros obtenidos con el presupuesto, al finalizar el primer año, se verifican las desviaciones, procediendo a verificar o a corregir el camino elegido.

Retomando la elaboración de la planificación estratégica se desarrollarán los tres pilares anteriormente mencionados:

10.1. DEFINICIÓN DE LA MISIÓN DEL HPA:

El HPA que aspira implementar una nueva concepción de la asistencia hospitalaria debe definir claramente:

- A quién está dirigida prioritariamente la oferta.
- Cómo se actuará ante la presión de la demanda.
- Cuál es el techo de los servicios ofrecidos.
- Relación con los recursos de otros niveles.

Se debe prever que la demanda espontánea crecerá rápidamente en la medida que la oferta muestre sus bondades.

Al ofrecer sus servicios tanto a usuarios sin cobertura como a otras modalidades de asegurados, se debe evitar la selección inconsciente de los usuarios con cobertura en perjuicio de los no asegurados. El HPA adopta una posición firme de garantía de la equidad de acceso y de la gratuidad (no se admite el pago de forma directa por el paciente)

Deben fijarse los límites de especialización y sofisticación de los servicios, evitando que la demanda inducida, debido al prestigio y efectividad de algunos servicios en particular, actúe incrementando áreas específicas que no se corresponden con las necesidades reales de la región.

Igualmente, los responsables de la gestión deben tener claro el techo tecnológico, el área de influencia geográfica, el sistema de contratación y retribución de los profesionales.

El HPA. está orientado al usuario, tiene una política de trato, información y confort hotelero, tendiente a que la percepción subjetiva del usuario (calidad percibida) complete el concepto de calidad total.

Aspectos a considerar para definir la misión de un Hospital de Autogestión:

1. Oferta de servicios: alcance, tipo y modalidades.
2. Proporción ofertada al sector de seguridad social.
3. Calidad de la oferta: asistencial y hotelera.
4. Definición del área de influencia.
5. Definición del techo tecnológico.
6. Política de información y comunicación del proceso al personal.
7. Equilibrio de resultados.

10.2 ANÁLISIS DE FACTORES EXTERNOS:

Los factores externos, que no son controlables por la organización y que inciden sobre el resultado son:

- Composición demográfica.
- Flujo de pacientes.
- Papel de la asistencia primaria.
- Evolución del mercado de trabajo.
- Evolución del gasto sanitario público.
- Evolución de los sistemas de pago.
- Cambio en las necesidades del usuario.
- Cambio de las modalidades asistenciales.
- Políticas de seguridad social.
- Evolución de los recursos tecnológicos.
- Evolución de los sistemas de información.

Se deben prever el impacto positivo o negativo de éstos factores, para aprovechar las ventajas o minimizar las desventajas. Al comienzo se obtendrán todos los datos sobre la composición de la población y sus patrones de demanda asistencial para iniciar las actividades en base a una adecuada implantación de la demanda. Prever la demanda potencial en un

año, permitirá esbozar un plan a mediano plazo (tres años) y construir escenarios alternativos.

Puntos críticos:

1. Mapas de distancias / tiempo, medios de transporte.
2. Tamaño y composición etaria de la población.
3. Datos de morbi-mortalidad.
4. Datos de frecuentación (Altas Hosp. x 1000 hab.)
5. Efectores de Atención Primaria.
6. Hospitales de alta complejidad / referencia.
7. Obras sociales de la zona.
8. Sistemas de información hospitalaria.

10.3 ANÁLISIS DE FACTORES INTERNOS:

- Medición cuantitativa del volumen de la actividad asistencial.
- Medición de la calidad por medio de la satisfacción del usuario, programa de seguimiento post-alta, porcentaje de infecciones intrahospitalarias, porcentaje de complicaciones.
- Evaluación de alternativas óptimas de sistemas de pago y situación económica.
- Valoración de la eficacia del hospital a través del análisis de los productos intermedios (diagnósticos, terapéuticas, emergencias, hospitalizaciones) y de su costo, para obtener la medición correcta del producto final (alta) y su costo.
- Valoración de las características del recurso humano y de la política de retribución y promoción.
- Estudio de las herramientas de gestión utilizadas para la planificación, control y la efectividad de las mismas en el control de las actividades, calidad y costos.
- Análisis de la estructura financiera. El equilibrio financiero permitirá sostener y aumentar en años sucesivos los niveles de actividad y calidad obtenidos durante el primer año de funcionamiento.

Una vez hecho éste análisis tendremos un diagnóstico institucional que nos permitirá elaborar una matriz de impacto, definiendo las debilidades, amenazas, oportunidades y fortalezas del Hospital Público de Autogestión en el momento de su puesta en marcha.

11. CRÍTICAS AL PROCESO DE AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA EN ARGENTINA:

A pesar de que el hospital autogestionado ha permitido introducir cambios positivos, ha sido objeto de múltiples críticas, sobre todo por parte de los entes gremiales adheridos sin concesiones a las políticas de atención pública gratuita. Los puntos negativos planteados por el Dr. Julio Enrique Sanders en su artículo "Medicina Familiar. Situación de Salud" publicado por la biblioteca médica digital, son los siguientes:

1. No se ha tenido en cuenta el perfil de cada hospital ni las características de la población en sus áreas programáticas.
2. No se les ha brindado una verdadera autarquía.
3. En la mayoría de ellos no existen redes de servicio, referencia, contrarreferencia, programación de acciones según factores de riesgo, identificación de grupos vulnerables.
4. No se observa una verdadera participación comunitaria.
5. Sólo entran el régimen de autogestión aquellos establecimientos que están inscritos en el registro de Hospitales Públicos de Autogestión. Esto es en cierta manera discriminatorio.
6. Mediante su cumplimiento se privilegia la optimización de los recursos disponibles, no de los recursos necesarios (éstos podrían cuantificarse elaborando un verdadero plan de salud)
7. Transforma a los Hospitales Públicos de Autogestión en obra social-dependiente, ya que el presupuesto asignado podría verse disminuido por las autoridades, en forma progresiva, en caso de obtener una buena recaudación.
8. Cuando se habla de crear redes de servicios con prestadores privados puede suponerse que se derivará a éstos, todo lo rentable, quedando para el hospital público el enfermo carenciado.
9. Se refiere al subsidio a la demanda, que se ocupa sólo de trabajar con los recursos que la población demanda, y no con el subsidio a la oferta que es la forma de ofrecer servicios para inducir demanda con la finalidad de promover y proteger la salud.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

El sistema sanitario atraviesa una profunda crisis, no sólo en Venezuela, sino incluso en los países desarrollados. Dicha crisis está determinada por cuatro circunstancias:

1. La hipertrofia del sistema sanitario. Los sistemas sanitarios son una de las empresas con mayor número de empleados, con mayor complejidad organizativa, con mayores dificultades para medir sus actividades y ser capaces de definir sus propias limitaciones. El sistema sanitario se ha convertido en un sistema que reúne enfermos y profesionales sanitarios, de generación de empleo y de mantenimiento de un amplio sector industrial del que es consumidor (farmacéutico, de electromedicina, etc.)Por lo tanto es un sector de importancia estratégica, especialmente en un marco en el que el derecho a la salud ha sido incorporado dentro de los derechos básicos y universales.
2. Un contenido esencialmente asistencial, medicalizado y hospitalocentrista. Asistencial, porque se concentra en la asistencia a las enfermedades. Medicalizado, porque está centrado en las actividades médicas de diagnósticos, tratamientos costosos y no siempre útiles y hospitalocentristas, porque está centrado en la utilización intensiva de la tecnología, de intervenciones agresivas, ajenos al contexto social y medioambiental en que se produce y desarrolla la enfermedad. Todo esto a pesar de que ya ha quedado establecido que la respuesta a los problemas de salud debe buscarse en la prevención de las enfermedades, la promoción de salud y el desarrollo de la Atención Primaria como pieza clave en la reorientación de los servicios de salud.
3. Costos en crecimiento. Los costos han crecido notablemente en los últimos años y se han convertido en un serio problema tanto para el sector público como privado. Sin embargo los sistemas sanitarios financiados públicamente son los que han logrado una mejor contención de costos.
4. Problemas para responder a las expectativas sociales. Los sistemas sanitarios han sido incapaces de responder a las expectativas de los ciudadanos y a su vez el sistema sanitario no ha fomentado la

participación y responsabilidad de las comunidades en sus problemas de salud.

Surge entonces la propuesta de autogestión hospitalaria como una forma moderna de organización institucional, que implica asumir los desafíos de la transformación en el campo de las prestaciones de salud, modificando la concepción actual de hospitales públicos, para mejorarlos y convertirlos en instituciones que brinden servicios ordenados, eficientes y con plena satisfacción para la población a la que sirven.

Para que ésta forma descentralizada de gestión funcione apropiadamente es necesario que todos los sectores comprendan la importancia de trabajar para que el hospital público ejecute las políticas de inversión social y de salud para todos. El recurso humano del sistema público de salud debe constituirse en el brazo ejecutor del nuevo modelo de atención, uniendo lo conceptual con la acción.

La transformación de nuestros hospitales públicos se va a lograr cuando logremos vencer la doctrina de la mediocridad del servicio público. Ingresaremos, entonces, en la administración de instituciones sanitarias que combinen los niveles de excelencia de las ciencias médicas con técnicas gerenciales de programación y evaluación de resultados y a la vez con compromiso social. El Estado está llamado a mantener su responsabilidad constitucional de garantizar un sistema de salud que proteja a todos los ciudadanos.

El Hospital Público de Autogestión se plantea como una herramienta estratégica para lograr los objetivos de mejorar la calidad y la accesibilidad de las prestaciones. Contará con autonomía administrativa, financiera y operativa. El Hospital Público de Autogestión se define como un hospital descentralizado bajo las pautas jurisdiccionales y con gestión estratégica delegada. Su objetivo es mejorar permanentemente la salud de la población bajo su responsabilidad, asegurando su gratuidad. A través de un enfoque más equitativo, participativo y solidario. Generando cambios en su cultura organizacional que se dirijan a optimizar su eficacia, eficiencia y la calidad de la atención integrada e integral de salud. Dentro del área programática definida en base a estudios epidemiológicos, sociales, locales, con el fin de privilegiar actividades de Atención Primaria a nivel de su comunidad y su medio ambiente. Su desarrollo no está dirigido a la búsqueda de modificaciones en el aporte presupuestario jurisdiccional histórico, sino a lograr la mejora del mismo al incorporar la recuperación indirecta del gasto

producido por las prestaciones brindadas a derecho habientes de otros sistemas de cobertura.

Para lograr ésta transformación del hospital público clásico, de tipo burocrático-funcionarial, a uno de naturaleza más corporativa y autogestionable los pasos a seguir son:

- Creación por parte de la autoridad sanitaria correspondiente (Ministerio, Dirección Nacional o a quién competa ésta facultad) de tres requerimientos básicos en el proceso de transformación:
 1. Separación real entre la función de compra y provisión de servicios.
 2. Substitución de la presupuestación histórica, por la de contratos por resultados u objetivos de salud.
 3. Establecimiento progresivo de mecanismos de compras de servicios y desregulación vía oferta o demanda que establezca mecanismos de competencia entre prestadores.
- Acercar en la medida de lo posible y del marco normativo existente, el status de funcionamiento de los hospitales públicos a las normas de funcionamiento del derecho privado, dotándolos de personería jurídica, capacidad de manejo de recursos, esquemas organizativos y de funcionamiento más flexibles. (gestión de recursos humanos, compras y suministros, renovación de tecnología, etc.)
- Fortalecer los órganos de gobierno de los hospitales de herramientas de gestión más eficaces y orientadas a la toma de decisiones, estimular la participación de personas ajenas al poder político (representantes de la sociedad civil, empresarios, líderes de la comunidad)
- Profesionalizar la alta y media dirección de las instituciones, basando su elección en concursos de méritos, tomando en consideración trayectoria administrativa, perfil empresarial y formación académica específica.
- Creación de una cultura empresarial, con incorporación de instrumentos de gestión efectivos y perdurables en el tiempo, tales como:
 - a. Contabilidad analítica
 - b. Sistemas modernos de facturación
 - c. Gestión orientada al usuario

- d. Búsqueda de ventajas competitivas
- e. Precios de costo y precios de venta
- f. Gestión del partner interno (empleado)
- g. Marketing de cliente y de consumidor
- h. Gestión de suministro "just in time"
- i. Product manager (jefes de servicios)

Como consecuencia de la difusión de nuevas tecnologías y de la tendencia globalizadora de las actividades humanas, los sistemas sanitarios y las instituciones hospitalarias no pueden continuar a espaldas de los revolucionarios instrumentos y técnicas de gestión organizacional.

En el caso de los sectores de salud financiados públicamente, la permanencia de aparatos burocráticos, rígidos, centralistas, ha sido un obstáculo fuerte para la modernización del sector y de sus modelos de gestión. Durante las últimas décadas se ha legitimado al mundo empresarial, enfatizando su dinamismo y carácter innovador. La empresa, pública inmersa en éste nuevo entorno, deberá empeñarse en demostrar que desde lo público el paradigma de la eficiencia es posible, sin detrimento de la equidad y su orientación social, como elemento de política redistributiva dentro de la sociedad. Algunos ejemplos de modelos de gestión innovadores, donde el sector público deberá comenzar a explorar alternativas son:

- Contratos de gestión
- Sistemas multihospitalarios
- Redes integradas de servicios
- Consorcios y alianzas estratégicas
- Fusiones de centros
- Externalización de la función de compras y suministros
- Externalización de la gestión tecnológica
- Gestión por "case-mix"
- Empresas sanitarias de capital mixto

Para terminar, cualquiera que sea el entorno económico y político del sistema de salud, las presiones externas de los altos costos, de la ineficiencia y de la insatisfacción de la ciudadanía con la calidad de los servicios, hará que los sectores públicos, demuestren con hechos tangibles, que pueden lograr niveles de eficiencia y calidad, igual o superior, que el sector privado, no solamente como respuesta adaptativa a condiciones cada vez más desfavorables, sino sobre todo, como compromiso de equidad y justicia social.

CAPÍTULO VI. BIBLIOGRAFÍA

- ANDER-EGG, Ezequiel,
1966 **Técnica de investigación Social**, Paris, Editorial
Humanitas, XIX Edición, 1982, 500 Págs.
- ALFONSO, Ilich,
 Técnica de investigación bibliográfica, Venezuela,
Contexto Editores, VII Edición, 1995, 232 Págs.
- BALESTRINI, Mirian,
1997 **Cómo se elabora el proyecto de investigación**,
Venezuela, Consultores Asociados, II Edición, 1998,
222 Págs.
- HOCHMAN, Elena; Maritza Montero,
1986 **Investigación Documental**, Venezuela, Editorial
Panapo, 1986, 106 Págs.
- GIBSON, James; Jhon Ivancevich y Otros,
1996 **Las Organizaciones**, Colombia, Mc Graw Hill, VIII
Edición, 1998, 908 Págs.
- MALAGÓN, Gustavo; Ricardo Galán y Otros,
1996 **Administración Hospitalaria**, Colombia, Editorial
Médica Panamericana, 1996, 569 Págs.
- MARCANO, Ángel,
1992 **El Organigrama y la Organización**, Caracas, Fondo
Editorial Tropykos, 1996, 129 Págs.

VILORIA, Enrique,
1997 **Componentes de la Organización**, Venezuela,
Editorial Panapo, 1998, 94 Págs.

ZIEGENFUSS, James, Lorenzo Rodríguez y Otros,
1999 **Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública**. XII concurso de ensayos del CLAD, Washinton, CLAD/OPS/OMS, 1999, 200 Págs.

“Revisión del Sector Salud en Venezuela”,
1993 Informe nº 10713 – VE, **Documento del Banco Mundial**, Tomo I, 1993, 74 Págs.

“Un Proyecto de País” (Venezuela en Consenso)
1995 **Documento del IX Plan de la Nación**, Venezuela,
CORDIPLAN, 246 Págs.

BARRIOS, Maritza
1990 **Manual de Trabajos de Grado de Maestría y Tesis Doctorales**, Venezuela, Universidad Pedagógica Experimental Libertador UPEL, 1990, 180 Págs.

CENTRÁNGOLO, Oscar; Florencia Devoto, “Reformas en la política de salud en Argentina durante los años 90, con especial referencia a la equidad” , **Series estudios 27**, septiembre 1998, <http://www.cece.Org.ar/Fse27.htm>.

BULA, Jorge, “Subsidio a la oferta vs. subsidio a la demanda”,
<Http://www.saludcolombia.com/actual/salud47/colabora.htm>

SANDERS, Julio, “Situación de salud, medicina familiar, enfermedades Prevalentes, diagnóstico y tratamiento”, **Biblioteca médica digital**,
<http://www.bmd.com.ar/coleccionpublic.htm>.

BIBLIOGRAFÍA DE CITAS:

En defensa del ciudadano, Fiscalía General de la República, Caracas, 1989, Pág. 53.

MAINETTI, José Luis. "La asistencia al enfermo terminal. Una opción ética y eficiente", **Cuadernos de bioética**, Editorial Ad Hoc, http://bioetica.org/ensayos_e_investigaciones6htm.

MALAGON, Gustavo; Ricardo Galán y Otros, **Administración Hospitalaria**, Colombia, Editorial Médica Panamericana, 1996, Pág. 13.

BORJA, Jordi. "Descentralización y gobierno democrático, representativos y participativos", Buenos Aires, 1999, <http://descentralización.com.ar/textos,htm>.

LEHMANN, Luis, "La descentralización como proceso de políticas públicas en la Cuidad de Buenos Aires", IV Congreso Nacional de Ciencias Políticas, Argentina, 1999, <http://www.pjcapital.com.ar/descentra.htm>.

"Políticas de salud integral para Chile. Nuestra visión", Colegio Médico de Chile, 1999, <http://www.mundomed.net/colmedico/publicac/pdsalud/conceptohtm>.

ZIEGENFUSS, James; Lorenzo Rodríguez y Otros, **Hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública**, "Fortalecimiento de los sistemas de salud para el país y la comunidad". XII Concurso de ensayos del CLAD, Washinton, CLAD/OPS/OMS, 1999, Pág. 5.

GIBSON, James; Jhon Ivancevich y Otros, **Las Organizaciones**, Colombia, McGraw Hill, VIII Edición, 1998, Pág.6.

Ibíd. , Pág. 10.

MARCANO, Ángel, **El organigrama y la Organización**, Caracas, Fondo Editorial Tropykos, 1996, Pág. 29.

CHIAVENATO, Idalberto, **Introducción a la teoría general de la administración**, Colombia, MacGraw Hill, IV Edición, 1998, Pág. 417,418.