TESIS
GSS200
V3

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
POST-GRADO DE GERENCIA Y SERVICIOS DE SALUD
ESPECIALIDAD EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
MENCIÓN: ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

# DESCENTRALIZACIÓN Y AUTONOMÍA HOSPITALARIA

**(Trabajo Especial de grado presentado como requisito para optar al Titulo de Especialista en Gerencia en Servicios de Salud)**

**Autora:**

**Dra. Marina Vargas P.**

**Tutor:**
**Dr. Humberto Villasmil**

**CARACAS, NOVIEMBRE DE 2000**

## AGRADECIMIENTO

A **Dios**, por haberme dado la oportunidad de realizar este Post-Grado.

A **todos mis profesores,** por darme las herramientas para lograrlo.

Al **Dr. Humberto Villasmil,** por su paciencia.

A **mi Familia** y **Amigos**.

Gracias

## INDICE


| CAPITULO: | | PAG |
|---|---|---|
| | **INTRODUCCIÓN.....** | i |
| I | **ASPECTOS INTRODUCTORIOS** ..... | 1 |
| | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| | OBJETIVOS DEL ESTUDIO..... | 4 |
| | OBJETIVO GENERAL ..... | 4 |
| | OBJETIVO ESPECIFICO ..... | 4 |
| | ALCANCE Y LIMITACIONES ..... | 4 |
| II | **MARCO TEORICO REFERENCIAL**..... | 6 |
| | ANTECEDENTES DEL ESTUDIO ..... | 6 |
| | BASES TEORICAS..... | 17 |
| | DESCENTRALIZACIÓN,CONCEPTO, TIPOS, NIVELES Y GRADOS | 17 |
| | PARTICIPACIÓN SOCIAL..... | 25 |
| | MISIÓN Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 26 |
| | AMENAZA Y OPORTUNIDADES..... | 29 |
| | FUNCIONES BÁSICAS DEL SISTEMA ..... | 35 |
| | DECISIONES ESTRATÉGICAS..... | 37 |
| | ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA..... | 38 |

**CAPITULO:** **PAG**


FINANCIAMIENTO..... 38

NECESIDAD DE UNA MAYOR AUTONOMÍA..... 40

CONCEPTUALIZANDO AUTONOMÍA..... 41

IMPLANTACIÓN DE LA AUTONOMÍA

DE GESTIÓN..... 45

MODELO DE GESTIÓN..... 49

FUNDAMENTACION LEGAL ..... 56

MARCO LEGAL..... 56

III **MARCO METODOLOGICO** ..... 67

TIPO DE INVESTIGACION ..... 67

ETAPAS DE LA INVESTIGACION ..... ..67

UNIVERSO DE ESTUDIO ..... 68

POBLACION ..... ..68

MUESTRA ..... ..68

DISEÑO Y TAMAÑO MUESTRAL ..... 68

INSTRUMENTOS ..... 68

TRATAMIENTOS DE LOS DATOS ..... 68

IV **PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION**

**DE LOS RESULTADOS** ..... 69

**CAPITULO:** **PAG**

V **CONCLUSIONES** ..... 76

RECOMENDACIONES ..... 82

**BIBLIOGRAFIA** ..... 84

# INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad desarrollar líneas de acción que conlleve a la reforma del sector salud en nuestro país.

La descentralización en el campo de la salud, y dentro de ella la descentralización hospitalaria, ha sido considerada como uno de los grandes instrumentos para lograr la meta de "salud para todos en el menor tiempo posible", adoptada asimismo por las políticas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Esperando de ella que permitan mejorar la eficiencia, el impacto y la accesibilidad de los servicios a toda la población, de acuerdo a las necesidades sanitarias, acompañando al proceso de valorización de la estrategia de atención primaria y universalización de la cobertura de los servicios de salud. Con esto se lograría poner la salud al alcance de cada individuo, cumpliendo con el objetivo definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Obviamente lo que se trata es de plantear un escenario completamente distinto al contarse con recursos propios, dado la posibilidad de contar con un capital de trabajo propio que permita, entre otras cosas, cubrir déficit estacionales de caja o financieros para la atención de gastos de funcionamiento del Hospital, tomando en cuenta que cuando se quiere implementar

la descentralización ya autonomía Hospitalaria nos encontramos con ciertas dificultades como: Los regímenes de personal y sus estructuras vigentes, se basan en esquemas rígidos, verticales y de excesiva departamentalización.

Poca experiencia y entrenamiento en el Sector Público en general, en materia de control de gestión.

Implementar un esquema equitativo y transparente para distribución de recursos propios en función de criterios de productividad y eficiencia.

Nos encontramos con morosidad inicial en la cobranza.

Por ello, es necesario apuntar al logro de captar recursos propios en forma de incrementarlos a los fines de lograr la autonomía necesaria.

La existencia de un sistema de descentralización de salud supone la existencia de una trama institucional, relativamente articulada, de unidades responsables de la formulación e implementación de políticas de salud, con relaciones de dependencia mutua. Los grados de libertad dentro de las restricciones impuestas por el sistema normativo de cada jurisdicción, variarán de actor en actor, según su ubicación jerárquica, legitimidad y capacidad para movilizar recursos, y de allí el resultado en términos de grados de compatibilidad entre acciones individuales y objetivos institucionales. Asimismo este

proceso de descentralización no puede ser una mera respuesta a la "crisis" (especialmente a la economía), ya que en las crisis podría ser preferible centralizar diversas respuestas, ni mucho menos unan transferencia de los problemas no resueltos por el nivel central y, mucho menos, un desentendimiento de las obligaciones del Estado en materia de salud pública.

Por esto la realización de este trabajo podría aportar alternativas o propuestas valiosas para solucionar los problemas de nuestras Instituciones Hospitalarias.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La República de Venezuela tiene una extensión territorial de 916445 Km2, esta integrada por 22 estados, un Distrito Federal y las dependencias Federales, las cuales están formadas por un grupo de islas en el Mar caribe al norte del territorio venezolano. Los estados y el Distrito Federal están divididos en 293 ( Municipios que a su vez se dividen en 928 Parroquias y Municipios Capitales.

Desde 1993 hasta la fecha ha surgido un proceso de reforma del Estado con la Descentralización del mismo, particularmente el sector salud, igualmente el periodo se ha caracterizado por dificultades económicas que han tenido un impacto directo sobre la prestación de servicios de Salud, disponibilidad de insumos, medicamentos, todo ello en detrimento de la calidad de la atención. Se han acentuado las desigualdades en materia de salud y ha crecido el clima de inseguridad en el ámbito nacional.

En consecuencia, al lado del marco económico y social que determina la aparición y desarrollo de los grandes problemas de salud como lo son: Empobrecimiento, la caída de los ingresos familiares y el rompimiento de los lazos de solidaridad dentro de la sociedad Venezolana y entre en sus diferentes sectores sociales, se encuentra una de las dificultades mas serias que enfrenta la salud en Venezuela; El deterioro de la calidad de los servicios que se prestan a la población.

De acuerdo a lo dicho anteriormente un factor clave determinante del inadecuado funcionamiento del aparato sanitario viene dado por el

esquema y la dinámica del financiamiento vigente, vinculada a la situación inflacionaria existente y a las restricciones para la ampliación del financiamiento publico desde el nivel central. Además la estructura de costos actual de los servicios muestra la existencia de componentes rígidos, asociadas a la presencia de excesos en algunas categorías de personal, principalmente de baja calificación y productividad.

Además, de esta severa crisis de financiamiento el sector salud esta conformado por múltiples entes públicos que operan de forma desintegrada, centralizada, ineficientes y poco justas, y por el sector privado.

**De allí, se propone un Modelo para la descentralización y Autonomía Hospitalaria, que conduzca a modificar sustancialmente la prestación, gestión y financiamiento de los servicios de salud.**

Por tal razón se justifica el aumento de la autonomía de los hospitales, ya que los directores no tienen suficiente poder de discusión en lo que respecta a presupuesto y administracion, necesario para establecer o mantener la calidad y eficiencia, a los directivos de los hospitales no se les asigna la responsabilidad para gerenciar gastos relacionados con la compra de equipos, utilidades y lavandería debido a que otras instituciones o departamentos dentro del M.S.D.S, pagan por estos gastos directamente. Con muy pocos controles presupuestarios el personal del hospital no tiene incentivo para gerenciar recursos en forma eficiente.

Otra de las dificultades es que los directores de los hospitales, generalmente solo trabajan medio tiempo por causa de los bajos sueldos dividiendo su tiempo entre gerencia de hospitales y ejercicio de la medicina. Carecen de un entrenamiento adecuado en administración

de hospitales, tienen poco control sobre el personal, los sindicatos imponen reglas de personal inflexibles y muchas veces no razonables en sus contratos colectivos.

Por lo anteriormente descrito, podemos observar que el sistema de administración y gerencia hospitalario que existe en la actualidad no garantiza las condiciones mínimas de salud en la población.

En este orden de ideas, los resultados de esta investigación podrán servir de apoyo a diversas instituciones nacionales a fin de mejorar los servicios de prestación de salud.

## OBJETIVOS

### GENERAL.

Presentar un modelo para la descentralización y Autonomía Hospitalaria.

### ESPECIFICOS.

- Desarrollar una alternativa para la organización legal y funcional de los servicios de salud.

- Implementar un esquema equitativo y transparente para la distribución de los recursos propios en función de criterios de productividad y eficiencia.

### ALCANCES Y LIMITACIONES.

- Una de las limitaciones de la presente investigación esta basada en los Artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, específicamente cuando dice "El estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral de financiamiento solidario, eficiente y participativo de contribuciones directas, la ausencia de capacidad una de las limitaciones de la presente investigación contributoria no será motivo para excluir a las personas de su protección".

- La operación del sistema de servicios de salud esta regulada por un marco legal contradictorio que no responde a los nuevos retos que

impone la descentralización que ha cambiado el juego de las relaciones entre los diferentes niveles del poder publico. En efecto, en la actualidad existe un conjunto de leyes, reglamentos y disposiciones, que han permitido en el tiempo, como normas escritas y, en algunos casos, han perdido su total o parcial vigencia desde el punto de vista de su aplicabilidad y, en consecuencia, no han respondido a la nueva realidad del sector.

- El aspecto Político, representado por la rectoría del M.S.D.S, donde se impide la privatización de los hospitales, aunque se pueden generar modelos autogestionables, siempre, y cuando en ningún momento los pacientes paguen por los servicios prestados.

- Finalmente, en el análisis de la accesibilidad a los servicios de salud no se pueden dejar de considerar el tema de participación de la población. En este sentido, se puede afirmar que la misma no ha operado como eje conductor para el reconocimiento de las necesidades de la población y como base a la operación de los servicios.

- El bajo nivel de participación de la sociedad civil en Venezuela es un hecho reconocido por varios autores especialistas en el tema y en el sector salud, no escapa de esta realidad, a pesar de que en los últimos años han surgido experiencias muy interesantes de participación en salud que deberían ser perfeccionadas para garantizar sustentabilidad y capacidad de aplicación.

## CAPITULO II

## MARCO TEORICO

## ANTECEDENTE HISTÓRICO

El proceso de descentralización en Venezuela se inicia con la aprobación de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público, en Diciembre de 1989(1) (REVISION DEL SECTOR SALUD EN VENEZUELA TOMO I 14 DE MAYO 1993-DOCUMENTO DEL BANCO MUNDIAL.) Esta ley faculta a los Gobernadores de los estados a solicitar la transferencia de personal, recursos presupuestarios y servicios(incluyendo salud) del gobierno federal, además se introduce el basamento legal que respalda el inicio del proceso de transferencia de servicios.

Con relación al sector salud el proceso de descentralización parte de tres objetivos básicos (según el plan de descentralización del Ministerio de Salud y Desarrollo Social):

- Transferir a los estados las funciones de prestación de servicios y administración de los órganos de salud pública en su ámbito territorial, centralizados en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

- Fortalecer las relaciones del sistema estatal con el MSDS como organismo rector, planificador y orientador del sistema de salud, y

- Reformar los sistemas estatales y los centros prestadores de servicios, como empresas públicas con responsabilidades y controles sobre sus recursos.

Se espera que a través de la descentralización del sector salud se mejore la eficiencia y la accesibilidad de los servicios a toda la población, al incorporar nuevos actores a la gestión, ya que se persigue la democratización progresiva de la sociedad, la cual no debe estar limitada a la elección de sus representantes en los diferentes niveles, sino que los ciudadanos con sus derechos y deberes sean el centro de las organizaciones, a través de una participación activa en los grupos de toma de decisión.

Lamentablemente, en el momento en que se inicia el proceso de descentralización del sector salud en Venezuela, no había claridad ni por parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social ni por parte de los estados sobre cómo llevar a cabo este proceso, en términos de cuáles competencias se debían transferir, cuál sería el nuevo papel de cada nivel de gobierno y cómo debía serla nueva relación intergubernamental.

La estrategia seguida fue la de ir transfiriendo competencias, en la medida que los estados la solicitaban, por medio de convenios de transferencia. En este sentido, se preparó un convenio modelo que se aplica a todos los estados que solicitan la transferencia, el cual debe garantizar los recursos físicos, financieros y humanos para asumir la competencia. No obstante, el paso previo al convenio es la presentación, por parte del estado interesado en la descentralización, de un programa de transferencias, el cual se somete a la consideración del Ministerio de Relaciones Interiores, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Cámara del Senado.

El proceso de descentralización de la salud en Venezuela se ha caracterizado por la carencia de una clara definición del rol rector del nivel central. Este hecho representa una clara debilidad del proceso, ya que en la medida en que no existen lineamientos de políticas nacionales cada estado descentralizado crea sus políticas regionales sin una visión nacional y de largo plazo, lo que a su vez debilita al nivel central. Entonces con la aprobación de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias de competencias del Poder Publico ( Diciembre 1989), se introduce el basamento legal que respalda el inicio del proceso de transferencia de servicios de salud a los estados. Por lo que el Gobierno trato de ordenar el proceso y estableció parámetros en cuanto a los siguientes aspectos:

- Delimitación de competencias servicios.
- Cuantificaron del personal en cada estado y a quienes transferir.
- Determinación de las condiciones laborales del personal.
- Asignación de los presupuestos correspondiente a cada estado
- Magnitud de las deudas contraidas por el MSDS con los trabajadores, los servicios básicos y los proveedores de materias y equipos. (2)

Siendo el elemento mas crítico del proceso, ha sido el de la transferencia de personal. De acuerdo a lo establecido en los convenios de descentralización, el personal que se transfiere a cada estado es el que se encuentra adscrito a la Dirección de Salud del

estado respectivo, quedando a cargo de la gobernación las jubilaciones y pensiones, a través de un procedimiento acordado entre la gobernación y el MSDS, con fondos previstos por el Gobierno Nacional. Sin embargo, esto no se ha podido cumplir, ya que la transferencia de personal se ha realizado sin el traspaso de los recursos para el pago de los pasivos laborales ni de los archivos del personal transferido, algunas de las razones que explican esto son:

- Falta de recursos para asumir los pasivos laborales.
- El Registro de Asignación de Cargos (RAC) se encuentra desactualizado.
- Los Expedientes de cada trabajador se encuentran incompletos.
- Las deudas laborales pendientes por contrataciones colectivas están desactualizadas

## NECESIDAD DE NUEVOS ARREGLOS INSTITUCIONALES

El análisis de los nuevos arreglos institucionales del sector salud, acordes con el nuevo esquema descentralizado, debe hacerse a partir de la distribución de las funciones de salud entre los diferentes actores y el nuevo papel de cada uno de ellos en el nuevo esquema.

### Análisis de las Funciones en Salud

El esquema institucional que prevalece en el sector salud en Venezuela integra las funciones públicas de: regulación, prestación y financiamiento.

(2) De La Cruz, Rafael. Ruta de la Eficiencia. Ediciones IESA 1995, pág. 2

Esta concentración de funciones trae como consecuencia que, en ocasiones, algunas de ellas no se cumplan de manera satisfactoria. Pareciera evidente la conveniencia de separar esas funciones dentro del arreglo institucional.

Los argumentos a favor de aquella separación sostienen que cuando estas funciones operan de manera integrada, no se generan incentivos para que los prestadores tengan una actitud innovadora. Además, al no asumir directamente la función de prestación del servicio, el gobierno estatal podría contar con una agencia básicamente dedicada a la formulación de políticas y regulación de la salud pública, así como a la movilización de recursos financieros que amplíen la capacidad del sistema.

Además de la separación de funciones, se sugiere una redefinición del circuito financiero como uno de los elementos estratégicos de reforma del sector salud, para lo cual se requiere el diseño de arreglos institucionales que permita el flujo efectivo de recursos. Se entiende aquí por circuito financiero tanto la definición de las fuentes de financiamiento como la asignación de los recursos a los centros de atención. Según revisión de documento del Banco Mundial(1), los fondos públicos podrían ser diversificados y aumentados de la siguiente manera:

- Estimulando el crecimiento del sector privado

- Aumentando las tarifas al usuario en los establecimientos públicos, de acuerdo con los costos marginales de los servicios y la capacidad de pago de los pacientes.

- Aumentando la participación de los Gobiernos estatales y locales en los costos.

En este sentido, es posible clasificar las fuentes de financiamiento del sector salud en dos tipos: Financiamiento Indirecto, el cual se refiere a aquellos recursos que son destinados a financiar gastos de salud pero cuyo origen no guarda relación directa con la prestación del servicio, tratándose más bien de asignaciones para el sector de una suerte de "pote"; Financiamiento Directo, en el cual el ingreso se origina por la prestación misma de un servicio de salud (una forma pura de ingreso con destinación específica).

En el primer grupo, el volumen de recursos que se destina al sector salud depende fundamentalmente de tres variables: La disponibilidad de recursos, las prioridades del Estado y del poder de negociación de las autoridades regionales del sector salud. En el segundo grupo, el volumen de recursos que se generen dependerá de diversas variables tales como las posibilidades que tengan los prestadores de servicios para generar ingresos propios, la política que el Estado regional fije en materia de cobro por los servicios y la existencia de mecanismos de reembolsos por parte de terceros. En este contexto, es posible identificar un conjunto de fuentes de financiamiento principales, las cuales pueden clasificarse como sigue.

***Financiamiento Indirecto***

Esta categoría incluye las transferencias desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la proporción de las otras transferencias

(1) Documento Banco Mundial Revisión del Sector Salud, Tomo I 1993

destinadas al sector salud y los ingresos de generación propia del gobierno estatal.

A continuación se examinan estas distintas fuentes de financiamiento.

Las Transferencias provenientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

El gasto en salud por parte del Estado Venezolano se caracteriza por ser excesivamente bajo (2% del PIB), y por una estructura ineficiente, que se manifiesta en el escaso margen de actuación en los ámbitos de inversión, materiales y suministros para la atención médica, mientras que más del 80% corresponde a gastos de personal. Esto significa que el monto de recursos que se transfiere a los Estados es insuficiente para expandir la cobertura y mejorar la calidad de la atención médica, dada esa estructura de gasto.

Con relación a esto último, es importante señalar que los Convenios de Transferencia a los estados de los servicios de salud prestados por el MSDS y por los organismos adscritos señalan: "El MSDS se compromete a cancelar las prestaciones sociales y proceder a jubilar el personal que reúna las condiciones para recibir ese beneficio, y liquidar el personal". Sin embargo, este aspecto no ha sido cumplido y los estados cuentan con una nómina de personal de salud que no se ajusta a los requerimientos para ofrecer un adecuado servicio.

Proporción de las otras transferencias nacionales en el sector salud.

Las perspectivas de estas transferencias (situado, asignaciones económicas especiales y Fondo Intergubernamental para la Descentralización) son idénticas a las señaladas en el punto anterior, con la característica común de ser extremadamente volátiles, un rasgo propio de las finanzas públicas del país. Ello resulta del hecho de que las variables que las condicionan son prácticamente las mismas (renta petrolera y otros tributos que nutren los ingresos ordinarios). Por lo tanto, en determinadas circunstancias, se comportan en la misma dirección procíclica imposibilitando algún tipo de compensación. Esta situación refuerza la necesidad de los estados y de los propios establecimientos de salud de generar sus propios ingresos.

Ingresos regionales propios

El volumen y variedad de las fuentes propias de financiamiento de los estados depende de su disponibilidad de una base tributaria eficiente y de la explotación al máximo de su potencial de recaudación. En este caso, se consideran aquellos ingresos diferentes a los asociados a la prestación de servicios de salud, pero que sirven de financiamiento para la compra de estos servicios, especialmente para la población no cubierta. La distribución presupuestaria de estos recursos y cuánto asigna el Estado al sector salud dependerán de las prioridades que fije el gobierno regional.

En ese sentido, se recomienda utilizar esquemas de incentivos que estimulen la generación de ingresos regionales propios; sin embargo, esto también implica que los ciudadanos tendrán disposición a realizar contribuciones de acuerdo al beneficio que ellos reciben al ser satisfechas sus demandas, respetando los principios de equidad y solidaridad.

***Financiamiento Directo***

Esta categoría incluye cargos a los usuarios por los servicios, las primas de seguro privado y las contribuciones obligatorias, como se presentan enseguida.

Pago directo de los pacientes

En este caso el financiamiento es directo y el paciente realiza un pago por el servicio recibido. Esta modalidad de financiamiento es utilizada en prácticamente todos los centros de atención del país, particularmente como una salida a la crisis de financiamiento; sin embargo, sería interesante evaluar su efectividad en términos de contribución al presupuesto y sus efectos sobre la exclusión de la demanda por servicios de salud.

Un argumento a favor de esta forma de financiamiento es que el usuario puede seleccionar los proveedores del servicio, sin embargo, la soberanía del consumidor no es completa debido a la asimetría de información entre pacientes y médicos; en otras palabras, los usuarios no se encuentran en capacidad para evaluar todas las opciones que el sistema de salud puede ofrecer en cuanto a características del servicio, sus costos y calidad. No obstante, este esquema de financiamiento puede resultar particularmente beneficioso para el caso de los gastos complementarios (medicinas, servicios odontológicos y oftalmológicos).

Otro argumento a favor del sistema de pago directo de los usuarios en los servicios es que desincentiva el uso indiscriminado de los servicios; sin embargo, no existen estudios que demuestren tal afirmación. Se han realizado estudios que concluyen que existe

disposición por parte de los usuarios a pagar por el servicio recibido (Briceño León, 1996); sin embargo, estos estudios utilizan como muestra la población que acude al centro, por lo tanto no se tiene información de la población excluida ni de las características sociales de la población que acude al centro. Otros estudios demuestran que el cobro directo al paciente genera una cierta exclusión de la demanda y que la contribución al presupuesto de los centros de atención de lo que se recauda por este concepto es muy baja (estimada en un 3%).

Primas de seguro privado

En este caso el paciente paga directamente por el servicio recibido y luego solicita el reembolso a la institución aseguradora. El reembolso estará en función de la cobertura previamente definida. Este tipo de esquema supone un aumento de costos por gastos administrativos debido a que opera bajo la forma de "pool de riesgo". Adicionalmente genera problemas de riesgo moral, esto es, una actitud por parte del paciente a demandar servicios más allá de lo estrictamente necesario. Otra desventaja de este mecanismo es que los aseguradores, al tratar de maximizar sus ganancias, tendrán un incentivo de selección adversa al riesgo; es decir, una tendencia a seleccionar paquetes orientados a la población saludable de bajo riesgo. Otra desventaja de esta modalidad de financiamiento se refiere a que, al igual que el mecanismo de pago directo, el acceso a los servicios dependerá de la capacidad de pago del paciente, derivando eventualmente en problemas de inequidad.

En realidad, las desventajas mencionadas anteriormente pueden ser subsanadas con un modelo de reembolso público, donde existe un "pool de riesgo" obligatorio y contribuciones relacionadas con el ingreso

y subsidio cruzado a las contribuciones de la población en situación de pobreza.

Contribuciones Obligatorias

Estas se componen de un porcentaje que deben aportar los trabajadores de su sueldo y un aporte que realizan los patronos. Es de carácter obligatorio, siendo la seguridad social el caso más utilizado. Al agrupar a todos los individuos, independientemente del riesgo, se elimina la selección adversa. Es equitativo en la medida que se garantiza el acceso al servicio a todos los contribuyentes por igual y la contribución es obligatoria, se use o no el servicio. Entre las desventajas se encuentra la imposibilidad de elegir, aunque se esté insatisfecho con un determinado servicio o se tenga alguna preferencia.

Mecanismo de asignación de recursos hacia los prestadores de servicios

En la actualidad los recursos financieros son asignados a los distintos establecimientos de salud con criterios basados en datos históricos y con un enfoque de financiar la oferta de servicios y no la demanda, es decir, se acreditan estos recursos de acuerdo a la capacidad instalada (número de empleados, materiales, etc.), lo que se traduce en solicitudes de salarios, insumos por comprar, etc., independiente del servicio que se planee realizar. Los centros de atención a la salud en la actualidad, no manejan sus presupuestos ya que pocos cuentan con la autonomía para hacerlo, y no tienen información de cuánto se gasta ni cuál es el costo de las intervenciones.

Los contratos de gestión no son más que un instrumento que permite ordenar el nuevo esquema de incentivos y poner en claro las reglas del juego. Estos contratos deben entonces establecer los compromisos por parte del proveedor de los servicios en cuanto al tipo de atención médica que debe brindar, el alcance y la calidad de los mismos, la asignación de recursos (con sus respectivos criterios e indicadores de evaluación del desempeño), así como los mecanismos de control de su gestión.

## BASES TEORICAS

## DESCENTRALIZACIÓN: CONCEPTO, TIPO, NIVELES Y GRADOS

La descentralización es la transferencia de autoridad, o la dispersión de poder, en la planificación, la gestión y la toma de decisiones en el sector público desde el nivel nacional a niveles regionales. (3)

Se parte de la premisa que si un Estado se encuentra descentralizado, puede otorgarle mayor autonomía al sistema de salud y a su vez éste tendrá mayor capacidad y facultad de otorgarle autonomía de gestión a los establecimientos de salud que dependen directamente de él.

Al referirnos a la descentralización se incluyen los siguientes aspectos: Niveles de descentralización, tipo de descentralización, relaciones de dependencia entre las partes y participación social.

(3) Mills Anne Vaughan, Smith Duane. Descentralización. OMS Ginebra 1990.

La descentralización transfiere el poder político-administrativo de los servicios de salud, desde el gobierno central, a instancias del Estado más cercanas a la población. En este sentido la autoridad puede ser descentralizada a niveles tales como el nivel Regional, Distrital o Municipal de servicios de salud.

En la práctica, hemos asumido la clasificación sobre tipos de descentralización propuesta y utilizada por A. Mills y col. (3) y (4) quienes establecen cuatro formas:

- **Desconcentración:** Es la transferencia de cierto grado de autoridad administrativa a oficinas locales de ministerios del gobierno central. Ha sido a la forma más utilizada, en la cual para el Ministerio de Salud supone el establecimiento de una gestión local con deberes administrativos definidos y otorgándole cierto grado de autonomía que les permite trabajar sin la tutela permanente del nivel central. En este tipo de descentralización se dan dos formas diferentes: Una forma vertical donde la agencia local es responsable ante el ministerio y la forma integrada, en el cual el personal local del ministerio es responsable ante el gobernador por las cuestiones cotidianas y el ministerio sólo ejerce la supervisión de tipo técnico sobre la agencia local.

- **Devolución:** Es la creación o el fortalecimiento de los niveles subnacionales de gobierno (Gobiernos locales o autoridades locales) que son sustancialmente independientes del nivel central o nacional con respecto a un conjunto definido de funciones.

(3) Idem

(4)Rondinelli, D.A. ET AL, Descentralization In Developing Countries. Washington D.C., World Bank, 1983 (Staff Working paper, 581)

El nivel subnacional tiene generalmente las siguientes características: Personalidad jurídica propia, fronteras geográficas reconocidas, funciones definidas, autoridad para conseguir fondos e incurrir en gastos. La experiencia indica que es posible devolver los servicios de salud a las estructuras gubernamentales regionales y locales, pero se requiere mantener la cooperación y el apoyo del nivel central, especialmente en los aspectos financieros.

- **Delegación:** Es la transferencia de responsabilidad administrativa para ciertas funciones a organizaciones (generalmente son organizaciones paraestatales) que se encuentran fuera de la estructura del gobierno central y que solamente están controladas por ese nivel(5). Si se delega la administración de un sistema o servicio de salud a una organización paraestatal separada, la misión del ministerio de salud será de carácter estratégico y de definición de políticas. Se puede dar el hecho que esas organizaciones paraestatales no estén descentralizadas.

- **Privatización:** Es el mecanismo que supone la transferencia de funciones gubernamentales a organizaciones privadas de carácter benéfico o a empresas privadas lucrativas o no lucrativas, con un grado variable de control gubernamental. En referencia a las organizaciones no gubernamentales, en general, se trata de actividades que se inician con el voluntariado, en algunas situaciones el gobierno puede verse obligado a absorber los servicios si la ONG enfrenta dificultades financieras.

(5) Rondinelli, D.A. ET AL Descentralization In Developing Countries. Washington DC, World Bank, 1983 (Staff Working papers, 581)

La conveniencia o no de servicios privados tiene que transitar por el análisis de la capacidad de los consumidores para pagar. El problema que se ha presentado en algunos países con la privatización es que generalmente el costo de los servicios termina siendo subsidiado con dineros públicos.

Existe descentralización cuando, en distinta medida, se admite que el poder público y/o funciones públicas estén distribuidas y sean ejercidas con mayor o menor independencia por ciertos grupos estructurados en el seno del Estado (comunas, provincias, etc.) por órganos creados específicamente a tales propósitos, así como cuando la competencia se ha atribuido a un nuevo ente, separado de la administración central, dotado de personería jurídica propia y constituido por órganos propios que expresan la voluntad de este ente (6).

En general se considera a la descentralización como parte de un proceso (centralización <> descentralización) que –entre otras- contribuiría a la modernización del Estado; a la vez estrategia e instrumento, contendría características potenciales, que afectan simultáneamente los tres aspectos de la reforma institucional; mejorar la productividad de los servicios, remover la cultura administrativa al incorporar nuevos actores a la gestión y el control, y redistribuir los recursos estatales al fortalecer la capacidad de presión social sobre el sector público de la salud.

(6) Lamus, Jorge Descentralización Hospitalaria Sociedad Argentina de Administración de Organizaciones de Atención de Salud y Salud Pública 1998 págs 25-31

Pero una caracterización meramente conceptual del término descentralización resulta insuficiente para la total comprensión de lo que supone efectivamente como instrumento o medio; sería necesario incorporar una serie de dimensiones analíticas que den cuenta de las modalidades de interdependencia entre unidades centralizadoras y descentralizadoras y con los estilos de gestión estatal.

Puede considerarse teóricamente a la centralización y a la descentralización como modelos polares –ningún sistema los tiene en forma pura-, así como se trataría de reforzar cierto grado de centralización normativa y descentralizar la ejecución (algo ya anacrónico), siempre entendiendo que se trata de un proceso conflictivo que incluye la negociación y el compromiso, no pudiéndose ajustar a recetas técnicamente validadas.

Se debe recordar que la centralización se produce cuando el poder público se convierte en el centro unificador de todas las funciones y las ejerce en una congestión de la autoridad pública. El poder político está centralizado cuando la autoridad que rige el estado monopoliza, junto con el cuidado del bien público en todos los lugares y en todos los aspectos, el poder de mando y el ejercicio de las funciones que caracterizan a la potestad pública. Es también un conjunto de funciones que un agente puede legítimamente ejercer, la medida de las actividades que de acuerdo al ordenamiento jurídico corresponden a cada órgano administrativo o su amplitud legal de obrar, y la concentración de autoridad en un nivel jerárquico particular, la cual reúne en una sola persona, cargo o ámbito, el poder de tomar las decisiones más importantes.

Cuando se entiende a la descentralización en el estricto sentido de transferencia a los niveles operativos locales de un mayor número de responsabilidades y funciones implicadas en diversas formas de interdependencia (organigrama; interdependencia jerárquica / presupuesto; interdependencia material o de recursos/sistema de salud; interdependencia funcional), supone adoptar un conjunto de decisiones políticas y técnicas en cada una de estas dimensiones. La naturaleza de estas decisiones dependerá de múltiples factores, y el modelo institucional resultante reflejará, seguramente, un compromiso entre criterios técnico-organizativos y criterios político-institucionales, así como la instalación de una cierta estructura de autoridad y un sistema de control externo.

El propio concepto de descentralización en el campo de la salud está necesariamente vinculado con la dimensión territorial o espacial (bien que –como ya tratamos- es sustancialmente diferente al de regionalización). Esto supone la coincidencia en un determinado espacio de un conjunto de recursos de población y de las tecnologías apropiadas para la atención de la salud.

Dicho concepto de territorio está ligado a la conformación de un equipo de profesionales de la salud con una dirección que responda por el logro del objetivo de impactar con los servicios descentralizados en la población y sus problemas de salud. Asimismo la provisión y organización de servicios de salud en forma descentralizada debe abarcar actividades más amplias que las de atención médica curativa, incorporando otras de carácter preventivo, tales como; el fomento de una nutrición apropiada, abastecimiento de suficiente agua potable, saneamiento ambiental básico, asistencia materno-infantil, inmunizaciones, tratamiento de las patologías y prevención de sus factores de riesgo. El criterio principal que orienta a dicha

descentralización no debe ser económico o solamente administrativo, sino epidemiológico, entendiendo a la epidemiología como la ciencia que estudia la dimensión colectiva o poblacional de los problemas de salud/enfermedad en determinada comunidad (O.P.S.). La descentralización debe permitir organizar los servicios de salud de modo tal que deje identificar las necesidades de salud de los usuarios a nivel individual, en la familia, en el colectivo de trabajo y en la comunidad, facilitando la utilización de los recursos locales para alcanzar a satisfacer tales necesidades.

El proceso de descentralización debe ser, por tanto, lo suficientemente flexible como para tener en cuenta la heterogeneidad de las formas de gobierno, de organización jurídico-administrativa y de cultura; Como también, las variables particulares del campo de la salud, tales como los recursos humanos, materiales y técnicos del sector, las prioridades epidemiológicas y el grado de la organización sanitaria de cada jurisdicción.

La descentralización debe constituirse en un instrumento adecuado para la conformación de un sistema local de salud equitativo, eficiente y eficaz(7), en tanto:

a. La equidad implica una distribución igualitaria de las actividades de salud para los diferentes grupos de la población, de acuerdo a sus necesidades de salud. El logro de este objetivo, hacia el cual debe tender el proceso de descentralización aunque no pueda ser alcanzado desde sus inicios, supone que sea acompañado por la planificación a nivel regional, reconociéndose la necesidad de que algunos procesos estén centralizados.

(7) Idem.

Así, a cargo del nivel central (el que fuere) debe estar la asignación de los recursos nacionales y en forma desconcentrada la función de compensación de las desigualdades sociales y regionales, fruto, entre otros factores, de los impactos regionales de los instrumentos de política económica nacional.

b. La eficiencia: según la OMS y otros autores(8), es la relación entre los resultados asistenciales y los recursos utilizados y sus costos, es decir que mide el rendimiento de los recursos.

En el uso de los recursos de salud se alcanza no necesariamente reduciendo los costos -pues la descentralización puede incluso elevarlos- sino optimizando el nivel de impacto que se logre sobre la población al solucionar en forma concreta los problemas locales de salud. La descentralización permite, por otra parte, mejorar el nivel de eficiencia desde el punto de vista administrativo, al poder los funcionarios desagregar y ajustar los programas y planes de desarrollo a las necesidades de regiones o grupos heterogéneos. La eficiencia aumenta, por tanto, al simplificar las estructuras burocráticas de las organizaciones de gran escala y al propiciar la innovación.

c. La eficacia: es la acción para cumplir los objetivos previstos, la actuación administrativa en el sentido estricto. (6), según la OMS y J. Varo, la eficacia es la relación entre los objetivos/resultados previstos y los alcanzados. Por lo que se asegura en tanto que la descentralización mejora la accesibilidad a los servicios, ubicando las actividades de salud y los efectores cerca de la gente y mejorando la utilización de los mismos. Así, la descentralización

(8) VARO, Jaime: Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios – Un Modelo de Gestión Hospitalaria 1993, págs. 40-60.

aumenta la eficacia en la medida que se logre el objetivo de mayor accesibilidad a los servicios de salud, organizando las tecnologías apropiadas a cada nivel, e impactando efectivamente en la población y reduciendo la morbimortalidad.

## PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social es un concepto que debe ser debatido entre los actores con miras a su aplicación. La participación se entiende de diferentes maneras entre las cuales se citan las siguientes:

- En la forma **Colaboración:** Es la contribución de los usuarios en los programas. Esta forma de participación ha tenido efectos positivos, pero no ha sido efectiva en el fortalecimiento de la población frente a la oferta de los servicios.

- **Cogestión:** Modalidad de participación social que implica la intervención de diversos actores en la toma de decisiones y en la articulación de los procesos políticos, técnicos y administrativos de los servicios. Significa un avance hacia la participación autónoma, significa la intervención en decisiones en un marco que supone la existencia de descentralización, democratización del poder y los mecanismos de acceso al mismo.

- **Autogestión:** Forma de participación de un actor social en la gestión autónoma de salud a nivel institucional, municipal, estadal o nacional. Constituye una forma más independiente surgida de procesos que avanzan hacia la autonomía. En salud es frecuente que estas experiencias surjan alentadas por organizaciones no

gubernamentales para dar respuestas a problemas concretos debidos a la ausencia de soluciones.

- **Negociación:** En esta modalidad la comunidad participa en la toma de decisiones de asuntos de salud, se considera que las organizaciones comunitarias se sitúan al lado de la defensa de la demanda de servicios. En este enfoque, se descarga en el Estado y sus instituciones la responsabilidad de prestar servicios a la colectividad, pero en el caso de autocuidados y de hábitos saludables, podrían estar a cargo de la población y el Estado garantizaría la atención a todos los ciudadanos.

Los procesos de participación social en salud tienden a ampliarse hacia áreas antes restringidas al campo técnico. En el sistema, la participación de los miembros de la comunidad en todo el proceso de producción de servicios está garantizada por el marco jurídico del país.

## MISIÓN Y OBJETIVOS ESPECIFICOS

La misión se define la razón de ser de una organización. Se puede afirmar que la misión de cualquier sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población, reduciendo las desigualdades y produciendo mayores niveles de satisfacción a los usuarios del mismo, para lo cual debe cumplir con los siguientes propósitos:

- Alcanzar los mayores niveles de salud que sean posibles con el uso de la ciencia y la tecnología que se dispone.

- Reducir al mínimo las desigualdades en los niveles de salud entre los diferentes grupos sociales, de manera que solo persistan las

desigualdades atribuidas a la distribución natural de los atributos biológicos entre la población.

- Lograr la satisfacción de los usuarios, respetando sus valores y sus derechos.

- Controlar el aumento de los costos de la atención, haciéndolos compatibles con las capacidades económicas de la colectividad.

- Generar oportunidades justas de desarrollo profesional para el personal de salud, para garantizar el buen desempeño de los servicios.

Por otra parte son sus objetivos específicos:

- Facilitar la toma de decisiones, para dar rápida respuesta a los requerimientos de la demanda, a la incorporación incesante de tecnología, a la necesidad de información y evaluación y a la integración del hospital como organismo de referencia en una red de servicios.

**Principios**

**Principio de Integralidad:** Ofrece servicios de promoción de salud, preventivos y curativos; ambulatorios y hospitalarios.

**Principio de Anticipación:** Es un sistema proactivo que anticipa los riesgos y los problemas para intervenir preventivamente. La estrategia anticipadora más adecuada es la promoción de salud.

**Principio de Accesibilidad:** Ofrece la misma oportunidad de acceso a toda la población sin imponer barreras geográficas, organizacionales o culturales.

**Principio de Equidad:** Ofrece las mismas oportunidades de salud a toda la población y de acceso ante necesidades iguales.

**Principio de Solidaridad:** El sistema moviliza la sociedad en apoyo de los sectores de la población más vulnerables.

**Principio de Descentralización:** Las decisiones del sistema se toman en el nivel más cercano a donde ocurren los problemas. La prestación de servicios es completamente local.

**Principio de Pluralidad:** Abierto a todos los prestadores de servicios con capacidad técnica e integridad ética.

**Principio de Participación:** El sistema asegura la participación social en todo el proceso de formulación, implantación y evaluación del sistema.

**Principio de la Calidad:** Garantiza la calidad de las estructuras, los procesos y los resultados del sistema.

**Principio de Eficiencia:** El sistema aprovecha los recursos disponibles dando prioridad a las intervenciones con mayor relación de costo/efectividad.

**Principio de Universalidad:** Atiende a toda la población sin discriminación alguna.

**Gratuito:** El usuario de los servicios no pagará por estos, el Estado asume el costo de los servicios.

**Complementariedad:** Los niveles de atención se complementarán para garantizar atención a toda la población.

## AMENAZA Y OPORTUNIDADES

El proceso de descentralización determina oportunidades pero también no carece de riesgos o amenazas. (9).

(9) LAMUS, Jorge. Descentralización Hospitalaria. Sociedad Argentina de Administración de Organización de Atención de la Salud y Salud Pública, pág. 31

### a. Amenazas

- Poca participación de organizaciones que representan a los usuarios y sí a los proveedores de servicios (profesionales, trabajadores de salud, empresas, etc.) con una paradójica reducción del control sobre el consumo.

- Mayor vulnerabilidad del poder local ante la concentración económica de los proveedores, con la consecuente dificultad para implementar controles efectivos sobre los recursos y procesos de atención de la salud y del medio ambiente.

- Concentración de la demanda de atención, en los tres niveles, en los servicios de alta complejidad.

- Falta de precisión y claridad en la representación de las líneas de dependencia de las estructuras centrales.

- Desentendimiento del nivel central sobre las dificultades sanitarias locales.

- Uso de los ingresos genuinos del Hospital en detrimento de la específica asignación presupuestaria, como una utópica forma de "autofinanciamiento".

- Falta de determinación de las dotaciones de personal de las unidades organizativas, con la consiguiente poca coherencia entre el nivel escalafonario del personal y las magnitudes de las tareas asignadas. ( Perfil del Funcionario)

- Alta concentración y heterogeneidad de funciones dentro de una unidad organizativa.

- Falta de capacitación para la gestión estratégica local.

- Posibilidad de aumentar la crisis de racionalidad del sistema si sólo se traslada la responsabilidad de la salud a otro nivel, redundando en una pérdida de eficiencia y eficacia global.

- Proliferación y dispersión de las unidades de apoyo.

La relación considerada ideal entre los niveles sustantivos y los de apoyo se establece cuando estos últimos no representan más de un 30% del total de unidades organizativas de dependencia directa de los niveles políticos.

- Disminución de la solidaridad global del sistema local de salud, por mayor ingreso de recurso genuino a los hospitales que poseen mejor organización o mayor complejidad.

- **OPORTUNIDADES**

- Fortalecimiento de las organizaciones descentralizadas.

- Mayor transparencia del juego de influencias entre grupos y sectores.

- Fortalecimiento de las alianzas entre varios actores, excluyendo o neutralizando a otros.

- Dar lugar en las decisiones a grupos o sectores en general excluidos, como por ejemplo los usuarios.

- Establecer el control social de la gestión hospitalaria.

- Democratizar los servicios de salud y evitar el "serviciocentrismo".

- Hallar iniciativas para la orientación, racionalización y refuncionalización de los recursos humanos.

- Estandarización de los procedimientos y de los circuitos administrativos.

- Apoyo concreto a la estrategia de áreas programáticas y mayor participación comunitaria.

- Desarrollo de redes de servicios.

- Reingeniería organizacional del sistema de salud.

- Desarrollo de áreas de gestión de la descentralización.

- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica (en el sentido de investigación-acción).

Debemos señalar finalmente algunas especificaciones sobre la descentralización que pueden ser útiles para evitar una equivocada implementación, con el riesgo de atribuir los malos resultados al propio instrumento;

- Descentralizar no es anarquizar, ni tampoco estimular la proliferación errática de autonomías.

- Descentralizar no significa desentendimiento, trasladando atribuciones o cargos de una instancia a otra, con el mero propósito, por ejemplo, de blanquear desequilibrios presupuestarios en un nivel, para hacerlos recaer en uno inferior.

- Descentralizar no significa alejarse de la realidad histórica, cultural y político-institucional de una jurisdicción.

- La descentralización debe ser gradual, flexible y secuencial, es decir, se debe realizar en forma progresiva, en etapas y adaptarse a las situaciones sociales vigentes.

- El nivel central debe asumir el rol de conductor y formulador de políticas y de apoyo técnico a los niveles operativos.

- Ninguna descentralización que pretenda ser duradera se puede provocar desde un ámbito superior e instituirse normativamente desconociendo las particularidades y los grupos de intereses que puedan legítima o ilegítimamente oponerse.

- Se debe cuidar de no desvirtuar sus principios; por una excesiva jerarquización de las redes, por la falta de espacios reales de participación para los equipos de salud o por la dificultosa incorporación de sectores sociales que tradicionalmente no estaban vinculados al sector.

- Debe contar con firme convicción y decisión política de implementar la estrategia, marco jurídico-legal que la sustente y recursos humano capacitado para gerenciarla localmente.

- Debe haber una administración local fuerte y lo suficientemente capaz de asumir las tareas y atribuciones delegadas por la autoridad central.

- Para ser eficaz, la descentralización debe ir acompañada de una transferencia de recursos a los niveles locales.

- Se debe tratar de evitar que las elites políticas locales puedan usar para sus propios fines las atribuciones delegadas.

- La descentralización de funciones administrativas debe ir acompañada de la descentralización del poder político, de no ser así,

podría aumentar la injerencia del gobierno central en los asuntos locales. Y por último, pero no menos importante.

- La descentralización no es una respuesta a casi todos los males del sector público.

En definitiva, y por lo expuesto, descentralizar es transferir poderes del nivel central a otras instancias, es decir, transferir capacidad de decisión sobre la utilización de los recursos y las prioridades para utilizarlos. La descentralización es un acto de democratización insuficiente si no se acompaña de una real participación social en la toma de decisiones sobre los recursos descentralizados. Debe diferenciarse de la desconcentración, en que los recursos se trasladan a las instancias periféricas pero no el poder de decisión para utilizarlos, que se mantiene en el nivel central. Por ejemplo, la apertura de un nuevo Centro de Salud en una localidad es un acto de desconcentración de los servicios de salud, pero puede mejorar la cobertura y la accesibilidad, pero si la programación se realiza centralmente incluyendo la utilización del presupuesto, la descentralización no se habrá producido. Es por ello que el término ha aparecido con frecuencia en discursos, textos y planes, pero aún se debe trabajar mucho para verlo instalado en la realidad cotidiana. Es algo ya difícil de implementar concretamente, ya que su aplicación significa –para los poderes centrales- una transferencia de recursos y capacidad de decisión que no siempre se está dispuesta a ceder, y para los poderes locales una responsabilidad de gestión que no siempre se está dispuesta a asumir.

Todo acto de descentralización conllevará en sí mismo un acto de centralización, ahora en el nivel al que se transfiere el poder, lo que obliga a definir "que, a quién, cuándo y cómo" transferir a la periferia y

lo que debe permanecer en la instancia central. De todas formas, existe consenso en que lo deseado es ese balance adecuado (bastante vago) entre centralización y descentralización, reconociendo que lograr y sostener dicho balance es tarea difícil. En el campo de la salud –y quizás en casi todos los campos-, tanto la centralización excesiva que tiende a generar burocracia, ineficacia y esteriliza la creatividad de los niveles periféricos, como una descentralización a ultranza que atomiza las acciones y favorece las desigualdades regionales y la inequidad en el desarrollo, son hoy consideradas fenómenos negativos.

Es por ello imposible referirse a la descentralización del sistema de salud sin enmarcar dicho proceso en la sociedad como un todo, vinculando a los procesos de democratización y participación de la comunidad organizada en las decisiones, lo que implica abordar la descentralización del Estado y su expresión en al menos dos dimensiones: la territorial y la institucional.

## FUNCIONES BÁSICAS DEL SISTEMA

En este punto tomamos como referencia los conceptos de Frenk y Londoño (1997) con relación a las funciones básicas que se realizan en los Sistemas de Salud, separándolas en Modulación, Financiamiento, Articulación y Prestación (10). La configuración de estas cuatro funciones del sistema de salud y la asignación de las respectivas responsabilidades proporciona bases para identificar y estructurar modelos institucionales. Sin embargo, debemos señalar que el uso de

(10) Malagón – Londoño, GALAN Morera R., Administración Hospitalaria 2da Edición 1997

las definiciones y la aceptación de la identificación de funciones como un elemento de la descentralización no implica la identificación con todos los conceptos del Pluralismo estructurado.

- **Modulación:** Consiste en regular y monitorear las reglas del juego del sistema de salud y de imprimirle al sistema una dirección estratégica, incluye el monitoreo y regulación sanitaria de bienes y servicios y de atención de la salud. El primero, contempla el sistema de control para evitar que se produzca algún riesgo para la salud y el segundo, garantiza la protección y mejoramiento de la calidad de los servicios a la población.

Las actividades de la modulación deben darse de manera descentralizada y participativa, con delegación a los diferentes niveles del sistema de salud.

- **Financiamiento:** Se refiere a la movilización de recursos financieros de las fuentes primarias y secundarias, es decir, hogares y empresas en las primeras; y del gobierno en todos sus niveles, así como de los organismos internacionales en las segundas; para colocarlos en fondos reales o virtuales que pueden ser utilizados en la producción de servicios.

- **Articulación:** Es el proceso que implica la organización y gerencia del consumo de la atención, además de las funciones de agregación de demanda y representación de los consumidores que son asignados a los promotores o patrocinadores en los modelos de competencia administrada.

- **Provisión:** También denominada "prestación", definida como la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en nuestra estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (servicios de salud) que generan un resultado (cambios en el estado de salud del usuario). Los servicios corresponden a una gran variedad de actividades. Algunos servicios se aplican a las personas y otros al ambiente, se pueden utilizar en forma repetitiva o eventualmente; algunas veces se usan discrecionalmente y otras en situaciones de emergencias, la mayoría son voluntarios, pero algunos son obligatorios.

## DECISIONES ESTRATÉGICAS

Es necesario verificar si los establecimientos participan conjuntamente con el sistema en las decisiones estratégicas del dominio de la salud y en la formulación de metas específicas del hospital o ambulatorio. Estas decisiones estratégicas incluyen entre otras:

- El establecimiento de normas y procedimientos para el sistema,
- Realización de contratos y convenios,
- Formulación de misión, estrategias y objetivos del sistema,
- El papel de cada participante dentro del sistema y el modelo de atención.
- Formulación de metas y programas, y
- Asignación de recursos del sistema.

## ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

Tomando en cuenta las funciones y papeles de cada parte de los participantes a nivel nacionales y estatales es necesario establecer la organización para cumplir sus objetivos, y especialmente las relaciones de dependencias entre sus componentes y el sistema, entre este y los establecimientos. Esta definición facilita determinar el grado de autonomía y responsabilidad de cada nivel de descentralización y la capacidad para la toma de decisiones y los alcances de éstas.

La organización del sistema local incluye las formas de agruparse y relacionarse los establecimientos prestatarios de servicios de salud, tales como: redes sanitarias, sistemas locales de salud, municipios sanitarios y/o distritos sanitarios.

## FINANCIAMIENTO

Las fuentes de financiamiento provienen de diferentes niveles: nacional, estadal y de la seguridad social. Adicionalmente por asignaciones especiales e ingresos propios.

Generalmente la asignación de recursos del nivel nacional se realiza en forma de subvenciones en bloque para salud. A continuación se señalan las formas más comunes de financiamiento:

**Presupuesto:** El presupuesto de los sistemas regionales es controlado, los gastos fijos son aprobados a nivel central, también existen aportes presupuestarios de los niveles estadales y municipales. Sin embargo, se deben introducir algunas flexibilidades para la

elaboración presupuestaria, para aumentar la responsabilidad y cierto grado de autonomía a los administradores regionales.

Conviene elaborar el presupuesto por programas y no por partidas y conceder los fondos sobre dicha base con libertad para hacer transferencias en el marco de los programas.

**Ingresos Propios:** Los ingresos propios se realizan a través de diferentes mecanismos, el cobro directo al usuario mediante el concepto de recuperación de costos o por la venta de servicios. También se utiliza el mecanismo de prepago o de atención gerenciada.

Los ingresos propios involucran conceptos relacionados con las formas de pago que interesa tomar en consideración. Estas formas de pago han surgido por las demandas para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención, organizando los servicios de manera diferente (11)

El mecanismo de pago contempla las modalidades siguientes:

1. **Pago por servicio:** Se define como el pago directo por parte del usuario o de la institución pagadora por los servicios de salud recibidos.

2. **Pago por casos:** Tiene similitudes con el pago por servicios. En el pago por caso, se fija una suma de acuerdo a las características de la entidad a ser tratada, considerando la cantidad de recursos

(11) Meerhoff. Descentralización, Financiamiento Costeo y Autogestión de Establecimientos de Atención Primaria de Salud: Una Visión Integrada. OPS 1997

que se tienen que utilizar. En este enfoque, se han definido grupos de pacientes por diagnósticos afines para facilitar la administración mediante un sistema que permita evaluar el rendimiento.

3. **Pago por salario:** Consiste en la remuneración con un monto fijo y periódico durante un tiempo determinado. La estructura del salario puede ser diseñada a fin de alcanzar determinadas metas de la política nacional, porque influye en la selección y contratación del personal.

4. **Pago por capitación:** Asignar un número de personas al médico por una cantidad de dinero por cada una de ellas. Se prefiere este sistema porque el financiamiento es predecible, los costos no fluctúan o se elevan excesivamente.

## NECESIDAD DE UNA MAYOR AUTONOMÍA

El esquema institucional que se propone supone otorgar un mayor grado de autonomía a los establecimientos prestados de servicios de salud, sin embargo, es muy frecuente que se asocie el concepto de autonomía de gestión con el de autofinanciamiento. Se considera que el Estado no puede desentenderse de la función financiadora de la salud que le corresponde, independientemente que los centros de salud puedan generar algún tipo de ingreso propio.

En una estrategia de descentralización donde se pretende que la población esté más cerca de la toma de decisiones a fin de que las necesidades particulares de una determinada región puedan ser satisfechas se hace necesario que los establecimientos de salud cuenten con una mayor autonomía.

Debido a los cambios que vienen ocurriendo en el país, para dar respuesta a una demanda insatisfecha por servicios de salud y ante la necesidad de que se le otorgue al hospital un mayor grado de autonomía, se deberá emprender una labor de definición de su propio modelo de autogestión.

## CONCEPTUALIZANDO AUTONOMÍA

El término autonomía tiene varias acepciones:

- Estado o condición del pueblo que goza de entera independencia política.

- Potestad que dentro del Estado pueden gozar municipios, provincias, regiones u otras entidades para regir sus peculiares intereses mediante normas y órganos de gobierno propio.

- Libertad para que un individuo disponga de sí mismo. Condición del individuo o entidad que de nadie depende en ciertos conceptos.

En el sentido más amplio de autonomía podemos considerar que el país es autónomo; que los poderes, ejecutivo, legislativo, judicial, son autónomos entre sí, pero, dentro de las limitaciones de la constitución. Así mismo, los estados son autónomos dentro de lo establecido en la Carta Magna, las leyes y la ley de descentralización y así sucesivamente. La descentralización puede entonces ser entendida como una forma de autonomía y así se considera.

En general el término de autonomía se define fundamentalmente como el poder de gobernarse por sí mismo y se usa como sinónimo de

independencia, libertad, soberanía, separación, autarquía, etc. Sin embargo, tal criterio absoluto no es útil para efectos de definir la autonomía de los establecimientos de salud, ya que estos no son absolutamente auto-gobernables o sujetos a sus propias leyes. Todos los establecimientos de salud, no importando que se tratase del sector público o privado, de una manera u otra, están sujetos a regulaciones gubernamentales.

Se pueden diferenciar tres grandes formas de autonomía: la legal, la financiera y la funcional. La autonomía de gestión se refiere a la autonomía funcional pero estaría definida o enmarcada por la autonomía legal y financiera. Los objetivos del sistema de salud y de los establecimientos se encuentran dentro del mismo marco legal y normativo. En caso contrario los objetivos comunes solo será producto de negociaciones y convenios que definan los compromisos de desempeño.

En este trabajo se hace especial énfasis en el término "autonomía de gestión" con el propósito de aclarar el sentido y significado del mismo. En los diccionarios consultados no aparece definida la terminología compuesta de **autonomía de gestión** y en la bibliografía nacional e internacional que fue consultada, el término compuesto no es utilizado, usándose generalmente el término simple de "autonomía" y el de "descentralización". En algunos casos son más específicos y se refieren a la "autonomía hospitalaria" o "autonomía administrativa".

El término gestión se define como "acción y efecto de gestionar" y es equivalente al término "management" en inglés. Gestionar significa "administrar, dirigir una empresa, asunto, etc.".

Autonomía de gestión es un término entendido de múltiples maneras y tiene diferentes significados para diferentes actores, dependiendo del país y el contexto donde se utilice.

A los fines del presente proyecto la definición asumida de "autonomía de gestión" es la siguiente:

La independencia y capacidad para tomar y ejecutar decisiones relativas a la gestión de organizaciones de salud.

Adicionalmente conviene comentar:

- **La autonomía hospitalaria es un concepto relativo, no absoluto:** La autonomía de los establecimientos de salud es relativa debido a que estos no son absolutamente autogobernables o están sujetos a sus propias leyes. Todos los establecimientos de salud se rigen, en cierta medida de acuerdo a regulaciones gubernamentales. El grado de esta regulación permite establecer el grado de autonomía del establecimiento. La autonomía puede ser de varios tipos: Funcional, financiera, patrimonial y jurídica.

- **La autonomía es un medio para un fin, no un fin en sí mismo.** La autonomía se otorga para el mejor cumplimiento de los fines del sistema o de las instituciones. El propósito general es mejorar la atención a los usuarios, para lo cual es imprescindible mejorar las operaciones de los establecimientos públicos de atención a la salud, buscando mejorar le eficiencia de los sistemas, procesos e incentivos. La autonomía se convierte en un medio para alcanzar dicho objetivo.

- **Autonomía no es sinónimo de privatización.** La autonomía se refiere principalmente a los establecimientos públicos, lo privado tiene potestades y atributos de organizarse discrecionalmente. Un hospital autónomo puede existir indiferentemente siendo público o privado. La privatización no es la forma más apropiada para alcanzar la autonomía ya que para descentralizar la toma de decisiones en los hospitales del sector público no es necesario convertirlos en instituciones privadas.

- **No existe un nivel "óptimo" de autonomía.** Muchos creen que existe un nivel "óptimo de autonomía" y que es posible alcanzar el punto exacto entre la eficiencia del gobierno y la equidad objetiva. Si este punto o nivel óptimo de autonomía existiera, sería para un caso particular lo que haría improbable poder extrapolar los resultados con el fin de obtener resultados semejantes.

- **Puede ser inapropiado usar premisas del sector privado para la autonomía de los hospitales públicos.** Se requiere que los hospitales autónomos realicen sus funciones en forma efectiva sin desperdiciar recursos. Para esto, no es necesario utilizar algunas premisas del sector privado. Además se recomienda un híbrido entre el sector público y privado que conste de un sistema participativo y descentralizado para maximizar el alcance de las metas y minimizar los costos asociados.

- **Es necesario dársele más importancia a la Equidad, Calidad y Satisfacción de los usuarios en los esfuerzos para medir los resultados de los hospitales autónomos.** La función de los hospitales autónomos, públicos o privados, es asistir a los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Los requerimientos de eficiencia

financiera no pueden sobreponerse a la obligación primordial de los hospitales públicos.

- **Tanto la autonomía como la intervención acarrean costos.** Tanto la autonomía como la intervención gubernamental acarrean costos en las operaciones del hospital. La centralización de la planificación, aunque posee graves deficiencias, no implica evitar otro tipo de planificación. La intervención puede generar aspectos positivos dentro de un marco de acción mixto en las actividades hospitalarias. Lo que se busca es un sistema descentralizado, participativo, con planificación en base a metas con la participación del gobierno y de los directivos hospitalarios.

- **La autonomía de los establecimientos debe acompañarse con un modelo de atención y de un modelo de financiamiento.** El cambio institucional debe ir acompañado de un cambio del entorno y de las exigencias que se le hagan a la institución. Es importante también realizar cambios en la cultura del usuario.

## IMPLANTACIÓN DE LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN

Con relación a la implantación de la autonomía de gestión conviene comentar:

- **La aparente popularidad de la autonomía deriva de visiones y expectativas radicalmente diferentes de la autonomía entre los actores.** A pesar de la existencia de mucha aceptación a la iniciativa de autonomía como concepto entre los principales actores, este consenso enmascara la realidad. La autonomía es definida de forma diferente para distintas personas y las expectativas acerca del

resultado de la misma también difieren. En general, existe una tendencia enfocada casi exclusivamente en los beneficios que aporta la autonomía, negando durante el proceso, sus peligros potenciales.

- **El enfoque adecuado es desarrollar el consenso, el logro de los objetivos y una mayor responsabilidad.** Los hospitales públicos son organizaciones complejas que ofrecen una variedad de servicios y funcionan como un instrumento gubernamental así como una entidad de negocios, en el cual diferentes grupos interactúan y pueden contribuir con el éxito de la iniciativa de reforma del sector salud.

- **La autonomía legal es sólo el primer paso hacia la autonomía funcional.** Las leyes y legislaciones pueden aclarar la posición "de derecho", pero la posición "de hecho" es traída como consecuencia de las circunstancias prevalecientes, diferenciando lo que se supone que debe ser y lo que es. Las leyes forman una base que permiten al gobierno asegurar que las nuevas iniciativas se implanten de una cierta manera, pero las interpretaciones de la ley pueden variar entre las personas y de acuerdo a las circunstancias provocando que la autonomía "de hecho" difiera de la autonomía "de derecho".

- **La mejora de las estructuras gerenciales, procesos e incentivos, puede ser más importantes que la autonomía por sí misma.** Existe la posibilidad que los hospitales públicos puedan alcanzar el objetivo sin implantar la autonomía, ya que lo que se necesita son reestructuraciones, mejorar la gerencia y el manejo de recursos, y crear un sistema de incentivo. La autonomía per se pasa a ser un medio para alcanzar los objetivos.

- **Una adecuada planificación y preparación también son críticas.** Uno de los argumentos más persuasivos a favor de la implantación de la autonomía en el sector de hospitales públicos se fundamenta en el hecho que la mayoría de las veces el gobierno trata de realizar "lo correcto", pero fallan en realizar las cosas "correctamente". La autonomía puede proveer la solución a este problema combinando las virtudes del sector público con el privado, permitiendo lograr los objetivos en forma eficiente, rápida y creativa. Es importante destacar que las autoridades gubernamentales deben invertir recursos para la etapa de transición durante la implantación de la autonomía.

Otros aspectos a considerarse al momento de implantar la autonomía:

- **Conceptos Comunes:** Llegar a consensos sobre los conceptos de autonomía de gestión podría facilitar el proceso de implantación, pero la tendencia a darle mayor valor a los beneficios y subestimar los problemas a resolver, crea un punto de divergencia que dificultad el proceso de implantación a partir de la concepción.

- **Acuerdos entre los actores:** Para iniciar el proceso con éxito, es necesario lograr un acuerdo entre las diferentes partes o actores involucrados en cuanto a la misión del proceso de implantación de la autonomía, teniendo como base los efectos y los resultados en vez de en las reglas y los procedimientos.

- **Buena Gerencia:** Crear el concepto de un hospital autónomo requiere más que reglas y regulaciones. Una estructura y procesos gerenciales creativos son fundamentales para administrar y coordinar efectivamente las actividades del hospital autónomo y de

los entes gubernamentales. Las nuevas visiones para la planificación estratégica, así como la gerencia en las áreas de financiamiento, presupuesto, monitoreo y evaluación, debe ser desarrollada en los hospitales públicos. Es decir, para que la autonomía hospitalaria funcione, deben ser creados nuevos sistemas (o adaptar los actuales) para que sean apropiadas y compatibles con las complejas instituciones híbridas, y estas reformas deben ser creadas como componentes integrados de una reforma total del sector de salud en desarrollo. La iniciativa individual y el liderazgo pueden ser la llave para el éxito de la autonomía, aunque la autonomía puede ser el factor de facilitación para producir el cambio.

- **Compromiso Político:** Existe una tendencia de entender a la autonomía hospitalaria como un asunto estrictamente técnico, pero realmente es un asunto político con grandes implicaciones políticas. La implantación de la autonomía en los hospitales del sector público revela una decisión de un sistema de valores sobre otro, definida por entes políticos. La oposición a la autonomía puede ser generada por grupos de alta cohesión y disponen de muchos recursos, mientras que los grupos apoyados se encuentran relativamente dispersos y se encuentran menos dotados. Ignorar o subestimar los aspectos políticos de la autonomía la predestina al fracaso ya que ni la tecnología avanzada, ni la racionalidad económica asegura la viabilidad política.

- **Movilizar la actitud centralizadora:** Existe una falta de motivación e incentivo por el lado del gobierno (central o del estado) ya que al ceder el control sobre los hospitales representa una pérdida de poder y de prestigio.

- **Beneficios a largo plazo:** Muchos de los beneficios de la autonomía no son tangibles a corto plazo para algunos de los actores como lo pueden ser las desventajas que acarrea.

- **Coordinación:** En la ausencia de efectiva coordinación entre el gobierno y la institución, las iniciativas no corresponden a las expectativas del instituto o del gobierno.

## MODELO DE GESTIÓN

La autonomía por sí sola no tiene sentido, ella debe ser aplicada dentro del modelo de gestión de los establecimientos de salud. En esta sección se muestran estas organizaciones prestadoras de asistencia a la salud como empresas de producción. Existe un conjunto de elementos básicos relacionados a la producción asistencial que deben ser considerados al estudiar dichas empresas de salud.

En la forma más simple de la concepción de una empresa podemos considerar que ésta es un sistema que interacciona con su entorno a través de un conjunto de acciones orientadas al mercado, que consume, incorpora, transforma o utiliza recursos a través de varios procesos, para obtener unos productos, siendo el resultado el valor agregado a la empresa (sistema) y a los usuarios (suprasistema). (12)

Para que la empresa en su conjunto, los recursos y los procesos, estén organizados y coordinados para lograr los resultados de manera oportuna y sin desperdicios (hacer lo correcto, correctamente) es necesario contar con un conjunto de subsistemas de Dirección y Control

(12) Chiavenato, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración Cuarta Edición 1995

que establezcan el propósito de la empresa, la dirección que debe seguir y su relación con el entorno, la forma de organizar los recursos, y los lineamientos y directrices para ejecutar los procesos. Para esto también cuenta con los datos procesados en información útil y oportuna, sobre el entorno, los recursos, los procesos y los resultados.

Consideraremos a las instituciones de asistencia a la salud como "Empresas Productoras de Servicios", y a los sistemas de prestación de servicios de salud, como procesos productivos, sujetos a consideraciones cuantitativas de equidad, eficacia y eficiencia.

A los fines del trabajo, podemos agrupar los procesos en subsistemas:

1. **Subsistemas Gerenciales.** Aquellos que permiten el gobierno de la empresa en su conjunto y que rigen su adaptación al entorno. Esto incluye la planificación y gerencia estratégica, el manejo de la información y control, la organización formal y la cultura organizacional.

   En este subsistema incluimos aquellos servicios de gerencia o gestión para la planificación (definición de estrategias, políticas, planes, normas y procedimientos), organización y control, en el ámbito institucional, que buscan garantizar los recursos adecuados y el flujo coordinado de los procesos.

   Cuando se otorga autonomía de gestión, como espacio institucional distinto que afecta a los establecimientos, las prácticas obsoletas son sustituidas por otras competencias que deben responder con mayor efectividad a los nuevos desempeños y esto es

lo que denominamos aprendizaje organizacional, es decir "expandir la capacidad de autotransformación de la Institución para asegurar su viabilidad y posibilidades de éxito".

Al otorgar autonomía se debe mejorar paralelamente la gestión y para esto es de capital importancia tomar en consideración las competencias genéricas y relacionales inherentes a los procesos humanos, que por lo general, son la base para obtener las ventajas competitivas sostenibles. Para este proyecto definimos competencias como: "las capacidades, habilidades y posibilidades de adecuarse a los estándares personales y/o institucionales que exige el desempeño sobresaliente". Estas competencias son las siguientes:

- **Comunicación.** Capacidad para diseñar espacios de conversación, comprendiendo lenguaje y emocionalidades que permitan alcanzar desempeños exitosos.

- **Visión.** Capacidad para inspirar y generar sentido, dirección, posibilidades y espacios emocionales que ofrezcan a otros una mirada de visión de futuro de la institución.

- **Sinergia.** Capacidad para generar procesos cooperativos de creatividad, donde se logren acuerdos y resultados que favorezcan a todos.

- **Proactividad.** Capacidad de acción efectiva para lograr resultados, confianza, capacidad para crear espacios éticos, de crecimiento, aprendizaje, bienestar y efectividad.

- **Apertura al aprendizaje continuo.** Capacidad de autotransformación para asegurar su viabilidad y posibilidades de éxito.

2. **Subsistemas de Administración de Recursos.** Aquellos que atienden a la captación y evolución de los recursos fundamentales en relación con el entorno.

   Los recursos a administrar por este subsistema son los siguientes:

- Físicos o materiales.
  - Planta o ambientes.
  - Dotación o Instalaciones (camas).
  - Equipos e instrumental.
  - Insumos o consumibles.
- Humanos (administrativos y asistenciales).
- Financieros.
- Información.

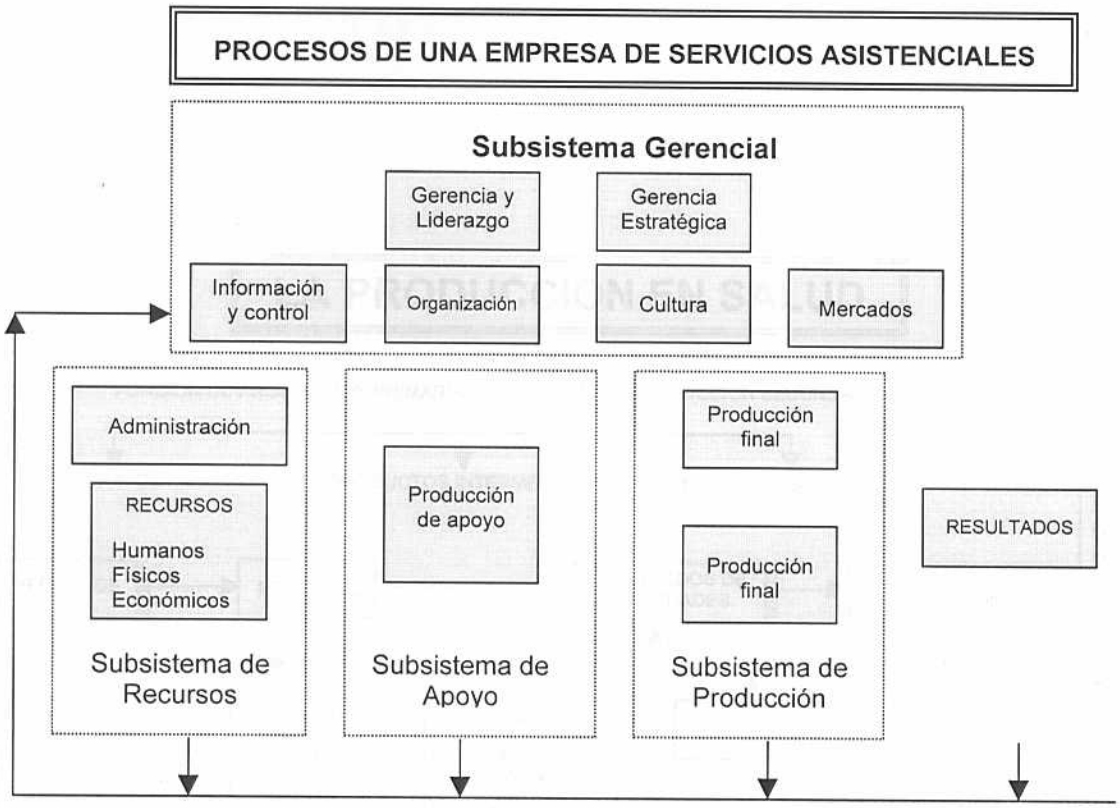
3. **Subsistemas de Producción de Apoyo.** Aquellos que prestan servicios generales a los otros subsistemas que los requieren para el adecuado cumplimiento de sus funciones. Son todos aquellos servicios de depósitos y distribución, mantenimiento, cocina, lavandería, etc.).

4. **Subsistemas de Producción.** Aquellos que atienden al desarrollo de las tareas que son requeridas por el propósito de la empresa a fin de conseguir los objetivos.

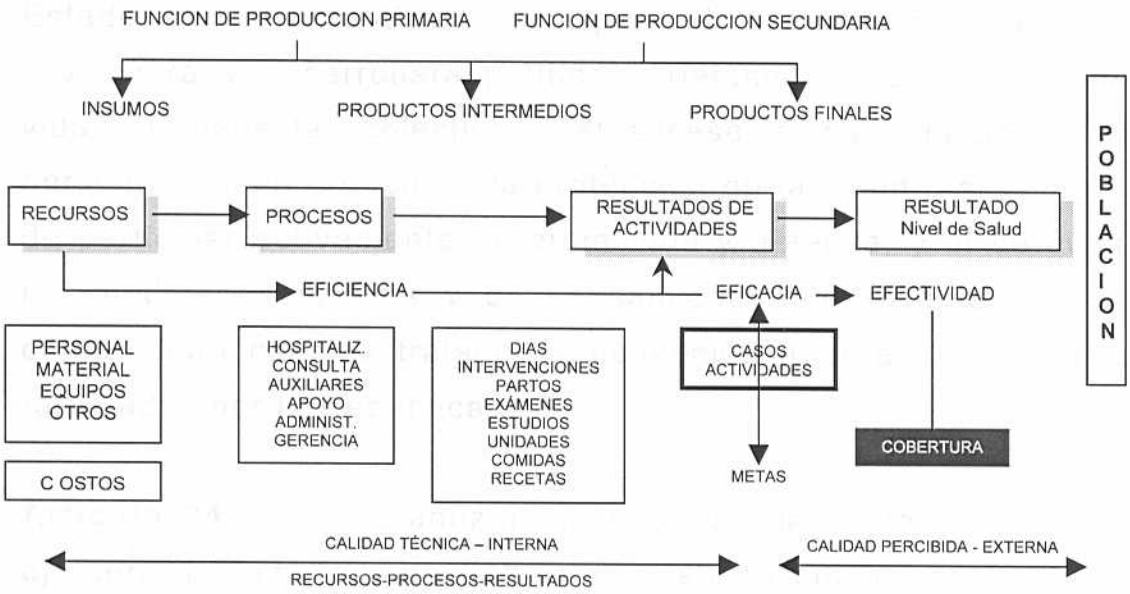
   Los productos del Subsistema de Producción son los siguientes:

**Producto Final:** Pacientes atendidos (consulta, hospitalización y actividades de atención primaria).

**Productos Intermedios:** Aquellos servicios asistenciales prestados a los pacientes, consumidos en función de los productos finales. (Servicios de Quirófano, Sala de Partos, laboratorio, Radiología, Farmacia, etc.).


PROCESOS DE UNA EMPRESA DE SERVICIOS ASISTENCIALES
Subsistema Gerencial
Gerencia y Liderazgo
Gerencia Estratégica
Información y control
Organización
Cultura
Mercados
Administración
RECURSOS
Humanos
Físicos
Económicos
Subsistema de Recursos
Producción de apoyo
Subsistema de Apoyo
Producción final
Producción final
Subsistema de Producción
RESULTADOS

# LA PRODUCCION EN SALUD



**FUNDAMENTACION LEGAL :**

**MARCO LEGAL**: La protección de salud en Venezuela es considerada como un derecho social consagrada en los Artículos 83, 84, 85 y 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela:

**Articulo83**: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como él deber de participar activamente en promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

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

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

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

**Artículo 86:** Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, **creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas** La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinados a la salud, educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

De acuerdo a la Ley de Sanidad Nacional " la suprema dirección del servicio de sanidad de la República le corresponde al Ejecutivo Federal, quien lo ejercerá por órgano del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y a efecto se declaran de interés público para la salubridad general, la coordinación y cooperación de la nación, los estados y de las municipalidades en materia de servicios sanitarios. (artículo N°2 )

" El Servicio de sanidad comprende todos los ramos de la Higiene Pública y de la Higiene Social " (Artículo N°3 )

El Ejecutivo Nacional Federal organizará Servicios Técnicos de Sanidad que correspondan por su constitución y naturaleza a las exigencias de la Higiene Pública y Social, de la Sanidad Urbana, Rural y Portuaria y de la lucha contra las epidemias y flagelos sociales " (Artículo N°6 )

En la Ley Orgánica de la Administración Central, Sección Séptima, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social la planificación y la realización de las actividades del Ejecutivo Nacional en el Sector Salud que comprende la protección, promoción y recuperación de la salud, los programas de saneamiento y contaminación ambiental, referida a la salud, la atención médica y la asistencia social". (Artículo N°30 )

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud intentó la "integración de todos los servicios destinados a la defensa de la salud en el territorio nacional, así como la función normativa que regulará las actividades del subsector privado de salud" (Artículo N°1 )

De los efectos del enunciado anterior "se integrará al Sistema Nacional de Salud y de adscribirá al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, los siguientes servicios públicos de salud:

1. Todos los servicios de atención médica y actividades afines adscritas, hasta la publicación de la Gaceta Oficial de esta ley, a los ministerios, universidades, institutos autónomos nacionales y demás entes del subsector público.
2. Todos los servicios que tengan el mismo fin, propios de las entidades federales y municipios, que por la presente ley quedan nacionalizados; así como también los pertenecientes a sociedades civiles y mercantiles de las cuales el Estado posea mayoría accionaria de participación de capital o de representación" (Artículo N°2 )

El Sistema Nacional de Salud contará con la organización estructural y funcional, definida por Subsistema de área de competencia y actividades, las cuales serán:

1. Subsistema Central de Apoyo
2. Subsistema Integrado de Atención Médica
3. Subsistema de Saneamiento Sanitario Ambiental
4. Subsistema de Asistencia Social
5. Subsistema de Contraloría Sanitaria, de Profesiones Afines y actividades relacionadas con la salud.
6. Subsistema de asesoría Técnica y Científica.

**Párrafo Primero:** La coordinación y control de estos subsistemas dependerán jerárquicamente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

El otorgamiento de autonomía de gestión a los establecimientos puede realizarse a través de la creación de estructuras legales para dar

soporte y mayor capacidad jurídica y establecer la responsabilidad de las instituciones.

Dentro de las figuras jurídicas utilizadas en Venezuela, se encuentran aquellas que confieren personalidad jurídica al establecimiento de salud y otras que no poseen personalidad jurídica. Las primeras le otorgan un mayor grado de autonomía y más capacidad jurídica al mismo. Estas figuras jurídicas con personalidad son los siguientes: Institutos autónomos, las fundaciones públicas y las asociaciones civiles con y sin fines de lucro. Adicionalmente, se puede otorgar autonomía a los establecimientos a través de figuras que no poseen personalidad jurídica como los denominados Servicios Autónomos sin Personalidad Jurídica.

**Institutos Autónomos**

Son entidades creados por una Ley, la cual contiene las disposiciones sobre el objeto, organización, órganos de control y tutela. Son las figuras jurídicas que gozan de mayor autonomía. Están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, y tienen por objeto la gestión de servicios públicos o la realización de actividades administrativas, financieras, industriales y comerciales.

Estas figuras jurídicas son sujetos de derecho, capaces de adquirir derechos y contraer obligaciones y comparecer en juicios. Gozan de la excepción de unidad del tesoro, es decir, sus ingresos provenientes de su administración no pasan a tesorería nacional sino a sus depósitos bancarios. Están sujetos a control de la Contraloría. Su patrimonio está formado por aportes públicos, privados y por concepto de sus ingresos por las operaciones efectuadas, para las cuales gozan de autonomía.

La administración de los institutos autónomos la realizan cuerpos colegiados de libre designación.

La supresión de estas figuras solo puede hacerse mediante una ley que lo ordene.

**Fundaciones Públicas y Asociaciones Civiles del Estado**

El Decreto Presidencial N°667 (21/6/85) establece un régimen de derecho público aplicable a estas. El único criterio establecido para considerarlas como que más del 50% de su patrimonio provenga de aportes de las siguientes entidades estatales: La República, los estados, los municipios, los institutos autónomos o empresas del Estado.

Estas figuras están sometidas a control de tutela por parte del Ejecutivo. La tutela se realiza de la siguiente manera:

a. Será ejercida por el organismo que designe el Ejecutivo o,
b. Por el ente que participe en la constitución de la figura o,
c. Por el que efectúe el aporte para la constitución.
d. Por el que tenga atribuida la coordinación o el control de las actividades objeto principal de la figura constituida, esto en el caso de participación de varios de los entes públicos citados anteriormente.

Otros aspectos regulados para estas figuras son las siguientes:

a. El Presidente es de libre remoción por el organismo que ejerza la tutela.

b. En los estatutos se establecerán los mecanismos para designación de los demás miembros del Consejo Directivo.
c. Los estatutos no podrán reformarse sin la autorización del ente tutelar.
d. La elaboración y ejecución presupuestaria están sometidas a las normas de la OCEPRE.
e. Pueden ser exceptuadas de realizar su organización interna de acuerdo al decreto.

**Servicio Autónomo sin Personalidad Jurídica**

Son creados por Decreto Presidencial o del Gobernador, donde se desconcentran las funciones, fuentes de financiamiento, gobierno institucional, mecanismos de participación y gestión de recursos financieros y humanos.

**Otras Figuras e Instrumentos para el otorgamiento de Autonomía**

***Empresas del Estado.*** Son compañías anónimas en las cuales el estado es el titular de la totalidad de las acciones o de una parte considerable de ellas, es decir, igual o superior al 50%. Pueden ser sometidas a régimen de derecho público o de derecho privado, aunque generalmente revisten el carácter de entidades privadas.

***Concesión de Servicios***. La concesión de servicios públicos consiste en confiar a una persona privada mediante un contrato el funcionamiento de un servicio público a riesgo del concesionario a quién se le confiere el derecho de percibir una tasa de los usuarios de dicho servicio. Hasta la fecha se utiliza solo para gestión de

operaciones industriales y comerciales. En este tipo de figura, el servicio dado en concesión no pierde el carácter de servicio público.

Adicionalmente, se puede otorgar autonomía a través del uso de instrumentos jurídicos específicos como contratos de fideicomiso y contratos de administración. Estos instrumentos fueron incorporados recientemente en el sector salud en la legislación de la seguridad social venezolana.

***Contratos de Fideicomisos.*** Este tipo de contratos están regulados en la Ley de Fideicomisos son utilizados para administración de fondos destinados a utilizarlos a favor de terceros. La transferencia que se hace en el fideicomiso para la realización del fin para el cual queda constituido y queda sustraído de otras obligaciones que asuma el fideicomitente.

Otros contratos de fideicomiso son los de administración en el cual se transfieren ciertos bienes para que los administre el fideicomisario. Se pueden hacer contratos de fideicomisos de administración sobre de bienes muebles, como el caso de equipos, o inmuebles como una edificación o un establecimiento.

***Contratos de Administración.*** Los entes con capacidad para contratar con entidades públicas y privadas pueden establecer contratos de administración sobre servicios, bienes muebles e inmuebles. La diferencia con los contratos de fideicomisos de administración está en las partes contratantes.

Según el análisis de factibilidad legal realizado se considera que es factible otorgar autonomía de gestión a los establecimientos de

salud. Para el otorgamiento de autonomía del nivel nacional al estadal el marco legal básico es la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias de Competencias del Poder Público, siendo este el mecanismo más idóneo y viable en este sector.

Existen en el derecho de otros países nuevas formas de organización administrativa para las cuales se han creado algunas figuras tales como las Empresas Sociales del Estado y las Corporaciones Autónomas. (13)

***Corporaciones Autónomas***. Son entidades públicas que tienen a su cargo la ejecución y control de un área funcional determinada. Esto se asimila por analogía a la descentralización funcional establecida en Venezuela con la creación de algunos institutos autónomos. Estas entidades no están adscritas a ningún organismo de tutela. Son autónomas administrativa y financieramente y poseen patrimonio propio.

Generalmente estas entidades interterritoriales la asamblea corporativa la conforman gobernadores, alcaldes y representantes de otras dependencias. Esta figura se encuentra en el ordenamiento jurídico colombiano y español.

En este último país, la corporación es un grupo de personas organizadas que participan en la administración de la misma. Los aportes económicas son realizados por los miembros de la corporación en la proporción que ellas lo establezcan.

(13) ALLAN Brewer Carias 1996

***Empresas Sociales del Estado***. Esta figura se encuentra vigente en el ordenamiento legal colombiano, en la Ley 100 regula el sistema de la seguridad social. Estas son entidades públicas descentralizadas con personalidad jurídica y patrimonio propio, además de poseer autonomía administrativa para la realización de su gestión. Son creadas por ley nacional o estadal y el régimen de personal está sometido a la legislación de carrera administrativa por cuanto el personal se considera empleado público.

Finalmente para que el otorgamiento de autonomía a los establecimientos permita el logro del propósito del sistema de salud y evitar que la autonomía produzca efectos no deseados como ha sucedido en algunos países, este proceso debe estar enmarcado bajo criterios definidos.

En relación con la autonomía de gestión a los establecimientos: Es factible si se cumplen las siguientes condiciones:

1. Que exista una figura o instrumento legal que determine el objeto para el cual se le otorga autonomía al establecimiento y los indicadores para el control de los mismos. La importancia de la definición del objeto garantiza la orientación hacia el logro de los objetivos que fueron previamente definidos.

2. Que se establezcan los límites de la autonomía otorgada y las posibilidades de revertirla en caso de excesos o deficiencias en los límites de la autonomía que fue otorgada. Es conveniente determinar de manera precisa que la autonomía se otorga para ejercerla en un marco de referencia que permita el logro de sus objetivos.

3. Que sean establecidas en las diferentes figuras e instrumentos jurídicos las relaciones de dependencias y de coordinación entre el establecimiento y el sistema que otorga la autonomía. En las cláusulas de las actas constitutivas de las figuras que se adopten se dejará claramente determinado que existirán mecanismos de relación entre el establecimiento y el sistema. . Y en el instrumento deberán establecerse quién, cómo y cuáles serán los mecanismos a utilizar, para garantizar el propósito del sistema de salud mediante la integralidad funcional del mismo.

4. Que se establezcan los mecanismos de supervisión y control (normas, convenios) que el otorgante de la autonomía tendrá sobre el establecimiento que se le otorgue la autonomía. La experiencia reportada en los estudios sobre autonomía indican el impacto negativo de la falta de control y supervisión de los establecimientos que gozan de autonomía y no se han establecido mecanismos de control, especialmente de la gestión financiera del establecimiento.

5. Que se establezcan mediante instrumentos como Contratos, convenios, acuerdos donde se establezcan las especificaciones claramente señaladas de las relaciones entre el sistema y los establecimientos, compromisos de desempeños, autorizaciones sobre actos determinados.

## CAPITULO III

## MARCO METODOLOGICO

### TIPO DE INVESTIGACION:

El presente desarrollo investigativo responde a la modalidad denominada "Proyecto Factible " ya que se evalúa un conjunto de posibles alternativas, para la presentación de un modelo de descentralización y autonomía hospitalaria.

La investigación se centro en el estudio bibliográfico documental, el cual como toda investigación seria ordenada con objetivo, es una variante y parte fundamental de la investigación científica. Se trata de un trabajo creativo emprendido con el fin de lograr nuevos conocimientos a parte de la revisión y observación minuciosa y exhaustiva de fuentes documentales directas e indirectas.

Con relación al método y la metodología utilizada para interpretar y actuar sobre la realidad y alcanzar el objetivo de la investigación se utilizó el método dialéctico – Concreto, sin excluir las posibilidades de utilizar el método experimental. Según Carlos Marx, su creador, el método consiste en elevarse de lo abstracto a lo concreto no es para el pensamiento sino la manera de apropiarse de lo concreto, de reproducirlo bajo forma de un concreto mental.

Acerca de la metodología, en ella se incluyeron unidades de análisis e investigación técnica de redacción de datos y las técnicas de análisis documental.

La investigación se realizó sobre la base del registro, análisis e interpretación de las fuentes primarias que proporcionaron información directa y original sobre los procesos de autonomía y descentralización

del Sector Salud, tales como: Libros, monografías artículos de revistas, de periódico y otros

Documentos que contenían las ideas formuladas directamente por su autor, las cuales permitieron información de primera mano y de fuente secundarias, que contenían datos que fueron reelaborados, analizados o sintetizados por otras personas y que nutrieron indirectamente el conocimiento de los hechos tales como: obras de referencias, compendios, revistas, boletines de información, etc.

Se adoptó el análisis e interpretación de los resultados de tipo cualitativo, debido a la estrecha, congruencia existente entre este, la naturaleza y los objetivos del problema de estudio.

Una característica fundamental del método cualitativo lo constituye su amplitud y flexibilidad, puesto que no se rige por normas y patrones preestablecidos, sino que se adapta a las características, propias de cada contexto, dándole relevancia a la cantidad de elementos que confluyen e interactúan tanto en lo interno como a lo externo, condicionándolo y modificándolo, permitiendo así una visón global del problema ( Cook y Reichrat, citado por Araujo, 1986, p. 46).

Se abordaron los dos niveles que intervienen en todo proceso de investigación; el nivel de la teoría del cual se derivan conceptos, categorías sobre autonomía y descentralización y el nivel de la realidad el cual permitió conocer la dinámica que engloba al proceso de descentralizador.

## UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo hipotético de este estudio lo constituyó la totalidad de las fuentes primarias y secundarias consultadas.

## CAPITULO IV

## RESULTADOS ESPERADOS EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO DE AUTONOMÍA DE GESTIÓN

En el proceso de implementación de un proceso de autonomía de gestión los resultados esperados son diferentes para actores. La discusión debe incluir por lo menos los siguientes resultados: Equidad, eficacia, eficiencia, efectividad, calidad asistencial, la responsabilidad en la gestión y la obtención de recursos adicionales. La metodología para identificarlos debe realizarse en grupos de participantes por consenso, hasta lograr el mayor número posible de acuerdos sobre lo que se espera con el otorgamiento de autonomía de gestión.

### Equidad:

Es entendida como el bien colectivo de mantenerse saludable y tener acceso a los servicios (OPS, 1990).

- Si con el otorgamiento de autonomía se propicia el incremento de cargas a los usuarios de los servicios, esto tendría impacto adverso sobre la equidad y el acceso de los usuarios al sistema.

- En caso que el gobierno permita a los establecimientos autónomos cobrar a los usuarios habría un efecto sobre la equidad.

- La equidad no puede equiparse a la universalidad porque muchas veces encubre posibilidades de acceso a los servicios según los grupos de población diferentes.

- La dimensión equitativa de un sistema de salud debe considerar la heterogeneidad de la población en términos de necesidades y de acceso, pero no puede ser limitado a la accesibilidad, es preciso determinar lo siguiente: Quiénes acceden a los servicios, cómo y con qué financian los servicios de salud.

- Equidad implica el reconocimiento del derecho a la salud y el ejercicio de la ciudadanía en todos los espacios de los diferentes grupos de población.

**Eficacia:**

"El beneficio o utilidad para el individuo obtenido del servicio, tratamiento, régimen, droga, medida preventiva o de control aconsejado o aplicado". Estudia la relación causal o la asociación existente entre un diagnóstico o tratamiento y el resultado obtenido. (OMS. Comité de Expertos, 1995).

- La autonomía debe constituir un medio para facilitar el logro de metas y objetivos tanto de los programas como de los establecimientos de salud, se espera que la asistencia de salud mejore cuando se actúe en contextos que gozan de algún grado de autonomía.

- Con autonomía de gestión la eficiencia de carácter económica debe ser superada por la eficacia social toda vez que la producción de servicios debe ser cuantitativamente suficiente y cualitativamente adecuada para determinar su impacto sobre los problemas de salud de la población.

**Eficiencia:**

"Los efectos o resultados finales obtenidos en relación con el esfuerzo realizado en términos de dinero, recursos y tiempo". (OMS. Comité de Expertos, 1995).

- Se debe evaluar si con el otorgamiento de autonomía de gestión los establecimientos de salud presentan mejorías en la gerencia, las finanzas, control de inventarios y mantenimiento en general.

- Se debe verificar si la eficiencia técnica también ha mejorado a raíz del otorgamiento de autonomía de gestión, debido a mejoras en disponibilidad de suministros, en los ambientes físicos, mantenimiento de equipos y el impacto de estos factores sobre la productividad.

- La autonomía puede tener un mayor impacto en las decisiones relativas al personal, si la gerencia de un establecimiento autónomo puede contratar y despedir su personal, así como establecer mecanismos de incentivos para motivar al personal.

- La imposibilidad de aumentar los salarios no permite a los establecimientos de salud públicos atraer personal con mayor preparación y habilidades que los empleados del sector público.

**Efectividad:**

"El efecto de una actividad y los resultados o beneficios que la población recibe en relación con objetivos predefinidos". Significa la

evaluación de los objetivos definidos frente a una población determinada. (OMS. Comité de Expertos, 1995).

- El otorgamiento de la autonomía de gestión contribuye al logro de los objetivos de los servicios y programas de salud, como consecuencia produce beneficios y efectos en la salud de la población.

**Calidad Asistencial:**

"una atención médica con bases científicas; preventiva; con cooperación entre el usuario y el prestador; que trate a todos los individuos; con una relación cercana y continua entre el médico y el paciente; con servicios médicos coordinados e integrales; con coordinación entre la atención médica y los servicios sociales, y con accesibilidad para toda la población." (Comité de Costos de Atención Médica. 1993).

- Se debe buscar evidencia de que la autonomía conduce a mejoras en algunos procesos afectando la calidad, así como en la actitud de los empleados, horarios de trabajo y compromiso.

- Se presume que con el otorgamiento de autonomía de gestión a los establecimientos de salud hay un mejoramiento sustancial de la calidad asistencial, es decir, un aumento en el nivel de excelencia profesional, uso de recursos de calidad, un mínimo de riesgos para el usuario, alto grado de satisfacción por parte del usuario e impacto final en la salud.

- Si no hay certificación y acreditación de los establecimientos la autonomía no garantiza "per se" la calidad.

**Calidad Percibida:**

Calidad igual a la satisfacción de los consumidores y usuarios (médicos y pacientes). Es la diferencia entre el servicio esperado y el servicio percibido.

- La autonomía de gestión debe contribuir al mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de manera integral.

- Este mejoramiento tiene como finalidad que el usuario reciba una atención de salud libre de riesgos que satisfaga sus expectativas y evidencie la efectividad del servicio que él espera.

**Responsabilidad en la gestión:**

- Se debe evaluar si la autonomía tiene un impacto sobre la responsabilidad pública en la salud de la población en cuanto a la naturaleza y calidad de la misma.

- Un cambio de la manera de asignar fondos desde el nivel central podrá traer una mayor responsabilidad financiera en los establecimientos, quienes deberán responder más rápido, de manera detallada y con estados financieros más exactos.

- La acción de los organismos regionales en el cumplimiento de metas y políticas, obliga a centrar esfuerzos en el desarrollo de la capacidad de gestión de los sistemas y servicios de salud para cumplir con su responsabilidad.

- La participación de la comunidad puede ayudar a este propósito.

**Movilización de Recursos:**

- La autonomía puede conducir a una mejora significativa en la habilidad de los establecimientos de salud a movilizar recursos u obtener recursos adicionales, ya que pueden haber variaciones referentes a las fuentes de financiamiento.

- La autonomía en los establecimientos puede introducir formas innovadoras para captar recursos, para aumentar los fondos recibidos del gobierno, incluyendo cobros a los usuarios, donaciones, préstamos, loterías y asistencia externa.

# GUIA PARA LA DEFINICION Y CARACTERIZACION DE SISTEMAS DE SALUD

## PARTE I
## Definición General del Sistema de Salud

- MISION DEL SISTEMA
- PRINCIPIOS QUE RIGEN AL SISTEMA
- TIPO Y NIVEL DE DESCENTRALIZACION
- FUNCIONES BASICAS DEL SISTEMA DE SALUD
- TOMA DE DECISIONES ESTRATEGICAS
- FORMAS DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA
- FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA

## PARTE II
## Definición del Modelo de Atención

- OBJETIVOS DEL MODELO DE ATENCION DEL SISTEMA
- ESTRATEGIAS DEL MODELO DE ATENCION
- COBERTURA DE LOS SERVICIOS
- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS NIVELES DE ATENCION
- PROGRAMAS DE ATENCION
- FLUJO DE USUARIOS EN EL SISTEMA

## PARTE III
## Definición del Modelo de Gestión del Sistema de Salud

- PRINCIPIOS GERENCIALES
- ESTRATEGIAS GERENCIALES
- MECANISMOS DE ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS
- FORMA DE GESTION DE RECURSOS (Financieros, humanos, físicos, de apoyo y asistenciales)
- MECANISMOS DE PARTICIPACION
- MECANISMOS DE EVALUACION Y CONTROL DE GESTION

## PARTE IV
## Marco Jurídico

- INSTRUMENTOS LEGALES
- FIGURAS JURIDICAS
- PROPIEDAD DE LOS SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
- RESPONSABILIDAD LEGAL
- CELEBRACION DE CONTRATOS. TIPOS DE CONTRATOS
- REGLAMENTOS
- CRITERIOS PARA LA

## CONCLUSIONES

Desde hace algunos años el sector salud en Venezuela viene presentando una severa crisis, expresada en una disminución de la calidad en la prestación de los servicios e inequidad en el acceso por parte de la población a los mismos. Como consecuencia de ello, nos encontramos con que existe un serio cuestionamiento a los modelos de atención a la salud que vienen operando desde hace muchos años en el país. En este contexto de crisis del sector salud y de un proceso de descentralización como estrategia de cambio, se plantea una reforma del sector salud donde se hace necesario definir nuevos arreglos institucionales y el diseño de nuevos modelos de gestión por parte de los centros de salud, en los cuales, se le otorgue a la sociedad civil un papel mucho más activo.

Los nuevos arreglos institucionales deben ser abordados desde la perspectiva del análisis de las funciones de salud y su distribución entre los diversos actores del sistema. El esquema que prevalece en Venezuela concentra las funciones de: Regulación, financiamiento y prestación en sólo organismos, no generándose incentivos para que los prestadores tengan una actitud innovadora para el mejoramiento de la calidad de los servicios. En este sentido, y como parte del proceso de democratización progresiva de la sociedad, se plantea la separación de funciones. Los establecimientos de salud deben asumir la función de prestadores del servicio, por lo tanto es

necesario que cuenten con la autonomía suficiente para poder gestionar sus recursos.

El proceso de construcción del modelo se debe realizar con la participación de un amplio número de personas del hospital, quienes representaban los intereses de todos los miembros del hospital y de la comunidad.

Se debe definir la visión del hospital, con la finalidad de tener un norte definido y compartido por todos y crear el compromiso necesario para el cambio que se espera conseguir. De igual manera, se definió la autonomía de gestión como: La capacidad para tomar y ejecutar decisiones relativas a la gestión del hospital con relación a la administración, los recursos humanos y el logro de los objetivos.

La autonomía de gestión posibilita una serie de mejoras en el desempeño de las instituciones, a través de un conjunto de "ventajas potenciales". Asimismo, es importante tener en cuenta algunos riesgos o desventajas asociados a ella a efecto de minimizarlos.

Para alcanzar los cambios deseados está la necesidad de contar con un marco jurídico que le dé la plataforma legal al hospital para iniciar la gestión de sus recursos, que permita la constitución de un Consejo Directivo como máxima autoridad rectora, normativa y de control del hospital y que el Director sea la máxima autoridad ejecutiva.

Se identificaron las condiciones políticas, organizacionales, legales y financieras necesarias para otorgar autonomía de gestión, así como los cambios requeridos para adecuar la gestión actual a la autonomía y el fortalecimiento de la gestión a fin de obtener el máximo beneficio de la condición de autonomía. Al incorporarse los ajustes correspondientes se buscó uniformidad de criterios, para permitir a los entes rectores la replicación del plan, la evaluación y control de los establecimientos sujetos al otorgamiento de mayores niveles de autonomía de gestión, para determinar el logro de los resultados esperados.

Como se ha señalado a lo largo del proyecto, una de las posibles desventajas de la autonomía en gestión es la pérdida de la integralidad de los sistemas, y como consecuencia la desviación de la misión, del sistema nacional y regional de salud. El papel del nivel central en la definición de un marco general de referencia, es de fundamental importancia para el éxito del otorgamiento de la autonomía. Este marco contempla los principios, estrategias, políticas generales, evaluación, así como un sistema homogéneo y normalizado de información con relación a los resultados esperados dentro del sistema. En igual forma sería conveniente que los estados, respetando las políticas y estrategias nacionales del nivel central, definieran sus estrategias y políticas regionales dentro de un modelo de atención estatal.

Una de las principales conclusiones del trabajo es la necesidad de adecuar y mejorar la gestión a las nuevas

condiciones de autonomía. Los procesos de un sistema centralizado y rígido como el actual no son adecuados para la gestión autónoma. El proceso de otorgar autonomía podría fracasar o no lograr los resultados esperados si esta adecuación no se realiza. Es por lo tanto de fundamental importancia el compromiso de las autoridades, nacionales y regionales con el proceso de autonomía mediante el establecimiento de planes de apoyo para la adecuación de la gestión a la autonomía.

Ante la disyuntiva de no otorgar autonomía hasta que no se adecue la gestión a los nuevos procesos y necesidades de la autonomía, se mantiene a lo largo del trabajo la posición que el ente otorgante y el establecimiento deben llegar a acuerdos, donde se obliguen a incorporar nuevos recursos, capacitar el recurso humano existente y a modificar e incorporar nuevos procesos. Esto como garantía para manejar la gestión bajo autonomía, pudiendo entonces otorgarla antes de estar totalmente preparado el establecimiento. A este proceso inicial de cambio ya con autonomía, se ha denominado en este trabajo "adecuación".

Para facilitar la progresión hacia la máxima autonomía, que el sistema esté dispuesto a otorgar, pero con una gestión mejorada y modificada para adecuarse a esta nueva situación para obtener de ella los máximos beneficios, se ha establecido como estrategia básica el otorgamiento progresivo, por niveles, de una autonomía cada vez mayor, dependiendo de la capacidad demostrada del establecimiento de manejar la gestión en una

situación de autonomía, que garantice el éxito de este proceso. Así mismo, como el presente proyecto es un estudio con alcance hasta el diseño del plan de instalación y el sistema de seguimiento, evaluación y control, será conveniente considerar la necesaria capacitación de las Comisiones para evitar las confusiones referidas en los productos anteriores con relación a los términos y significado de los conceptos relacionados con la autonomía y la gestión.

Es importante tomar en cuenta el carácter dinámico y en parte transitorio del proceso de otorgamiento e instalación de la autonomía de gestión, debido al número de establecimientos posibles candidatos a la autonomía. En todo caso, el proceso no podrá realizarse simultáneamente en todos los establecimientos sino progresivamente. La progresividad implica el otorgamiento por niveles y los tiempos requeridos para la instalación, adecuación de la gestión, nueva evaluación y acreditación, así como el necesario seguimiento y control de los resultados, lo cual justificaría la necesidad de las Comisiones Técnicas por tiempos considerables. Tal vez el aspecto a analizar seria la intensidad de trabajo y la dedicación exclusiva de los integrantes a la Comisión. Igual consideración seria válida para el grupo de apoyo técnico y de apoyo para la adecuación. En el informe final del proyecto se ampliará este tema.

"En conclusión, en cualquier esquema de descentralización la mayor eficiencia y gobernabilidad dependen de que esas políticas repercutan en cambios en la organización, esto es, de

que se encuentre la responsabilidad interna: Es decir, que se designe a la persona adecuada para la responsabilidad de los servicios, que en decisiones obedezca lo más cerca posible al mercado externo y costo externo, y que se disponga de una contabilidad sencilla y clara que permita rendir cuentas a los administradores superiores y usuarios y demás que aportan recursos a través de cuotas, impuestos". (Wilman)

Terminamos diciendo que el centralismo ha reducido la capacidad de los servicios para satisfacer el derecho a la salud, entre otras causas, por carecer algunas autoridades de la capacidad requerida para planificar e implantar programas prioritarios y utilizar los recursos en forma o manera eficiente. Lo anterior requiere de una estrategia socializadora para sectorizar las decisiones fusionando los programas más importantes pero descentralizando las operaciones.

## RECOMENDACIONES

Evaluando la experiencia en diferentes países, como España, se recomienda:

1. El proceso de Descentralización se debe implementarse con lentitud.
2. Crear un marco Jurídico.
3. Reestructurar solo en función de objetivos y estrategias, lo importante es conducir a la organización hacia la flexibilidad estructural.
4. Transferir a la comunidad y sus individuos la capacidad de decidir de dejar de ser objeto para convertirse en sujeto' de la prevención de la salud.
5. Proponer una mayor participación de los beneficiarios de los servicios y de la comunidad en la toma de decisiones.
6. Preparar las administraciones Autónomas y transferirles los servicios sin prisa, para que tanto esas administraciones como la estatal sepan exactamente que es lo que se debe transferir.
7. Establecer mecanismo para el control de los costos, a fin de evitar la inflación.
8. Apoyar enfoques innovadores para el financiamiento y prestación de los servicios de salud, con mayores incentivos para lograr eficiencia.
9. Debe tener un plan de financiamiento bien desarrollado, evaluando las necesidades de financiamiento y mano de obra y controlar el proceso.
10. Designar administradores hospitalarios muy capacitados

11. Tener estructuras de pago más flexibles para atraer y mantener al personal mas especializado
12. Debe llevarse a cabo el traslado de funcionarios suficientes para que administren los servicios transferidos.
13. Se necesita un compromiso Político a largo plazo en todos los niveles, principalmente por parte del Gobierno Central

## BIBLIOGRAFIA


1. DOCUMENTO BANCO MUNDIAL. REVISION DEL SECTOR SALUD. REVISION DEL SECTOR SALUD. TOMO I 14 DE MAYO 1993.

2. DE LA CRUZ, RAFAEL. RUTA A LA EFICIENCIA. EDICIONES IESA. 1995, PÁGS.

3. MILLS ANNE, VAUGHAN, SMITH DUANE. DESCENTRALIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD. CONCEPTO Y PROBLEMAS DE LA DESCENTRALIZACION. O.M.S. GINEBRA 1990

4. RONDINELLI, D. A. ET AL, DESCENTRALIZATION IN DEVELOPING COUNTRIES. WASHINGTON DC, WORLD BANK, 1983 (STAFF WORKING PAPERS, 581)

5. LAMUS, JORGE. DESCENTRALIZACION HOSPITALARIA. SOCIEDAD ARGENTINA DE ADMINISTRACION DE ORGANIZACIONES DE ATENCION DE LA SALUD Y SALUD PUBLICA. PÁGS. 25-31.

6. VARO, JAIME: GESTION ESTRATEGICA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS-UN MODELO DE GESTION HOSPITALARIA 1993. PAG 37-69 Y 187-223.

7. MEERHOFF. DESCENTRALIZACION, FINANCIAMIENTO, COSTEO Y AUTOGESTION DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD: UNA VISION INTEGRADA, OPS, 1997

8. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. (1996). Progreso Económico y Social en América Latina. Washington, D.C.

9. BARQUIN, Manuel. Dirección de Hospitales. Interamericana Mc Graw Hill.pag, 21-23

10. BREWER CARIAS, Allan Reflexiones sobre la descentralización política y el Estado contemporáneo. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, Colombia. Mimeo.1996

11. Cuaderno de Salud N°4. Sub-Secretaría de Planificación y Desarrollo. Secretaría de Salud. México. (1996).

12. KANRI, Hoshin. Administración por Políticas. Vía Salud N°2. Colombia.1997

13. KATZ, J. y MIRANDA, A. (1994). Mercados de Salud: Morfología, comportamiento y regulación. Revista del CEPAL. N°54.

14. LAVE, Lester B. The Strategy of Social Regulation. The Brookings Institution. Washington, D.C.1981

15. MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL. Hospital Público de Autogestión. Marco Conceptual, Estrategias e Instrumentos Operativos. Argentina.1997

16. MSAS. Descentralización del sector salud. Documento del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

17. ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. Descentralización de los Servicios de Salud como estrategia

para el desarrollo de los sistemas locales de Salud. CLAD. 1990. Quito..

18. Chiavenato, Idalberto. Introducción a la teoría general de la Administración. Cuarta edición 1995.

19. Malagon-Londoño, Galán Morera R. Administración Hospitalaria 2da Edición 1997.

20. UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE CHILE. (1 Revista Red de Salud. Chile.1998

21. Gaceta Oficial de La República de Venezuela. Noviembre 1996 No 36095 año CXXIV- mes II Reglamento de los Servicios autónomos sin personalidad Jurídica.

22. Servicio Autónomo Complejo José Ignacio Baldo. Proposición 1998

23. Plan de Reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MSAS Septiembre 1996 págs. 11- 12

24. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela – Gaceta Oficial No. 5453 Marzo 2000, págs. 93-94