

La eficiencia en un Hospital de Maracaibo: Su relación con la oferta y la demanda de servicios*

Vargas González, Vilma**
Cubillán Muñoz, Raiza***
Gamboa Cáceres, Teresa****

* Resultado parcial del proyecto: "Sistemas de Información Gerencial en Clínicas y Hospitales de Maracaibo". Adscrito al Programa Sistemas de Información Gerencial, financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES) La Universidad del Zulia.

** Contador Público. Magíster en Gerencia Pública. Investigadora Novel del Fondo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (FONACIT), adscrita al Centro de Estudios de la Empresa -CEE- Universidad del Zulia. E-mail: edgsince01@telcel.net.ve

*** Contador Público. Especialista en Contaduría, Mención Costos. Profesora asociada de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. E-mail: rjucubillan@hotmail.com

**** Contador Público. Magíster en Evaluación de la Gestión de Empresas Públicas. Dra. en Ciencia Política. Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa -CEE- Universidad del Zulia. Miembro del Comité Editor de la Revista Venezolana de Gerencia. Acreditada por el Sistema de Promoción del Investigador del Fondo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (FONACIT). E-mail: teresa_gamboa@hotmail.com

Resumen

El presente artículo discute las concepciones de eficiencia y el énfasis puesto en la misma en las políticas de reforma al sistema de salud en Venezuela durante 1996-1998 y sus contradicciones con las políticas de salud a partir de la Constitución de 1999. Se analiza la búsqueda de eficiencia durante el periodo 1996-2002, en el Hospital General del Sur, ubicado en Maracaibo, cuya capacidad presupuestada es de 432 camas. El análisis parte de dos consideraciones: a) planteamientos teóricos y jurídicos sobre la eficiencia como criterio de gestión; y b) el comportamiento de la demanda de servicios con relación a la oferta y sus implicaciones en los costos de funcionamiento. Con base en el estudio realizado se concluye que los servicios del Hospital General del Sur son financiados con: a) asignaciones presupuestarias de acuerdo a la oferta, aun cuando ésta no responda a las necesidades, lo cual genera un comportamiento ineficiente, por la falta de control; y b) una tendencia a incrementar la proporción de los ingresos por recuperación de costos, respecto a la asignación presupuestaria, que se invierte durante los dos últimos años, lo cual pone de relieve la búsqueda de eficiencia mediante el incremento de ingresos por cobro de los servicios de salud, sin enfatizar la reducción de costos.

Palabras clave: Eficiencia, servicios de salud, hospitales públicos, indicadores, financiamiento.

Efficiency in a Maracaibo Hospital: Its Relation to the Supply and Demand for Services

Abstract

This article discusses the concepts of efficiency and the emphasis placed on them in health system reform policy in Venezuela between 1996-1998, together with the contradictions in health policy after the adoption of the 1999 Constitution. The search for efficiency is analyzed during the 1996-2002 period, in the General South Hospital in Maracaibo, the capacity of which is 432 beds. The analysis is based on two considerations: a) theoretical and juridic proposals as to management efficiency, and b) demand behaviour for services in relation to the offer and its implications in operational costs. Based on the study realized, the conclusions are that the services in this hospital are financed: a) by budgeted financing according to the offer, even when this offer does not respond to the needs, which results in inefficient behaviour due to lack of control, and b) a tendency to increment the proportion of the income through cost recovery in relation to the assigned pudget, which has been invested during the last two years, and which relieves the search for efficiency by increasing income through health service charges, without emphasizing cost reductions.

Key words: Efficiency, health services, public hospitals, indicators, financing.

Recibido: 03-10-10 · Aceptado: 04-06-16

Introducción

En el trabajo se analiza la búsqueda de eficiencia en el Hospital General del Sur en Maracaibo, a partir de dos consideraciones: a) la eficiencia como criterio de gestión y b) el comportamiento de la demanda de servicios con relación a la oferta y sus implicaciones en los costos de funcionamiento, durante el periodo 1996-2002.

Con la finalidad de facilitar la comprensión del caso concreto, iniciamos el artículo con la discusión del concepto de eficiencia, así como el énfasis de este criterio económico en las políticas de salud en Venezuela durante el período 1996-1998.

La evidencia empírica nos permite constatar los cambios administrativos realizados en aras de la búsqueda de eficiencia para el período 1996-1999 –organización de oficinas administrativas para la recuperación de costos, instalación de oficinas para el funcionamiento de microempresas y creación de fundaciones –así como el comportamiento de algunos indicadores que reflejan parcialmente la eficiencia. Los hospitales calculan indicadores para medir la eficiencia y la eficacia de la gestión, que no son utilizados; sin embargo, el análisis de los mencionados indicadores demuestra que pueden ser útiles para la toma de decisiones.

El hospital formula el presupuesto sobre la base de la capacidad hospitalaria, de acuerdo al número real de camas disponibles, sin tomar en consideración el índice de ocupación de dichas camas, aspecto tradicional del mecanismo de financiamiento a la oferta; este sistema genera ineficiencias, por la inexistencia de mecanismos efectivos de control que se evidencian entre otros aspectos, en el porcentaje de ocupación el cual para el periodo sujeto a estudio no supera el 50% de las camas presupuestadas.

La discusión sobre la demanda que los usuarios hacen de las especialidades ofrecidas, alerta sobre la necesidad

de estudiar la relación demanda-oferta de especialidades, para lograr una mejor utilización de los recursos.

1. Énfasis en la eficiencia de las políticas de salud durante 1996-1998

El criterio de eficiencia se ubica en un lugar preponderante en las reformas a los sistemas de salud que se están gestando en América Latina, con frecuencia a instancias de los organismos multilaterales.

Para Mario Testa (1995: 102-103), la eficiencia es un indicador económico basado en la productividad de los recursos, que se expresa como la relación entre el volumen de productos obtenidos, respecto al volumen de los recursos utilizados. En salud, Testa calcula la eficiencia según el número de actividades que se pueden realizar con un volumen dado de recursos (o con su expresión monetaria); es decir, el volumen de los recursos aplicados se contabiliza como una suma de dinero (la sumatoria de la cantidad de cada uno de los insumos multiplicada por su precio), por lo cual el indicador representa el número de actividades que se efectúan por cada unidad monetaria gastada en recursos para esa actividad.

Tal como afirman Gamboa y Naveda (1999), la eficiencia es un indicador que permite comparar los resultados con los insumos utilizados para producirlos; por lo tanto, las medidas más precisas de la eficiencia son los distintos tipos de productividad, la cual establece la proporción (cociente) entre el volumen de la producción y la cantidad o valor de los insumos utilizados; según los autores, desde el punto de vista físico, sólo puede calcularse en forma parcial, por tipo de recurso, mientras que en unidades monetarias puede medirse tanto parcial como globalmente.

La eficiencia en el uso de los recursos necesita de una organización racional que evite trámites innecesarios, duplicidad de las acciones y desperdicio de recursos; asimismo, debe garantizar los ingresos necesarios. Además, en una perspectiva integral, se requiere un sistema administrativo que permita medir no sólo la eficiencia, sino también la efectividad o impacto de los programas e instituciones, puesto que, como afirman Osborne y Gaebler (1994: 53-54) no tiene sentido hacer en forma eficiente algo que no producirá efectos relevantes en la sociedad.

La conexión última entre recursos y productos o servicios, está dada por el beneficio o satisfacción del consumidor (paciente), la cual se refleja a corto plazo en la calidad de las actividades propias de la atención médica y de los recursos utilizados. Por lo tanto, al buscar la eficiencia en el campo de la salud, no debe perderse de vista su relación con el cumplimiento de las políticas públicas, en función del logro de mejores condiciones de salud para la población.

Sin embargo, la perspectiva de la eficiencia está generalmente signada por criterios propios del sector privado, donde prevalece el ánimo de lucro; de modo que la eficiencia se entiende habitualmente como la reducción de costos o en el incremento de los ingresos, aunque en forma general consiste en la economía en el uso de los recursos.

Por otra parte, siguiendo a Osborne y Gaebler (1994) un producto o servicio se logra en forma más eficiente cuando los recursos y actividades realizadas para su consecución son gestionados en forma racional, a partir del conocimiento del proceso productivo; esto implica la descripción de las relaciones de producción (recursos requeridos en cantidad y calidad y la manera de combinarlos), para saber cómo se transforman los insumos en productos o servicios y así tener una base para estimar los costos y conocer las fuentes de los mismos.

El conocimiento del proceso de producción constituye la base necesaria para conocer la eficiencia, a través de la

Backup of RCS-completa

medición de la productividad. Además, el análisis de la eficiencia “permite identificar la capacidad ociosa al comparar la producción real con la capacidad potencial, bajo ciertos parámetros de rendimiento de los recursos, y establecer áreas de intervención para optimizar la eficiencia” (OPS, 1998: 20).

A continuación se discuten algunas disposiciones legales en las cuales aparece de manera explícita o implícita el propósito de buscar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Particularmente, la Ley Orgánica de Seguridad Social Integral (LOSSI) de 1997, promulgada durante el segundo gobierno de Rafael Caldera, entiende el principio de la eficiencia como “la mejor utilización de los recursos disponibles” (artículo 4), en las prestaciones que la Ley asegura, entre otras, “atención a la salud, prevención y riesgos en el trabajo” (artículo 5, literal a). Por otra parte, la Ley propicia el ingreso de las fuerzas del mercado al subsistema de salud (artículos 3, 38, 39), al dejar abierta la posibilidad de la competencia (1) entre el sector público y privado para captar afiliados (Congreso de la República de Venezuela, 1997).

En consecuencia, la LOSSI (1997) literales d y c) establece entre los fines de los subsistemas de seguridad social “...*Racionalizar el funcionamiento* de las instituciones prestatarias de servicios y programas de previsión social; y, asegurar la *rentabilidad y liquidez de los recursos*” (artículo 16). De esta manera introduce expresamente los criterios de ganancia y rentabilidad, propios del sector privado, en la prestación de los servicios públicos de salud.

En consonancia con lo anterior, la Ley Orgánica de Salud (LOS), promulgada el 17 de Septiembre de 1998 también por el gobierno de Rafael Caldera, dispone entre otros, el “principio de **participación**, según el cual los ciudadanos, individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de **aportes voluntarios**” (artículo 3). Es decir la participación se reduce al pago de los servicios.

El financiamiento de cada centro de atención en salud se lleva a cabo mediante: a) la asignación presupuestaria, b) la **recuperación de costos** sufragados por los Fondos de la Seguridad Social Integral, la Asistencia Social y otros, según el caso (artículo 45). Precisamente el concepto “**otros**” contiene los llamados “**aportes voluntarios**”; que establece entre los deberes de los pacientes, “... **retribuir los costos** generados por la atención médica cuando su capacidad económica se lo permita” (artículo 70, numeral 4).

Según las normas transitorias y finales de la LOS (1998), en cada establecimiento de atención médica propiedad del Estado no podrá existir más de una fundación, asociación u oficina de **recuperación de costos** (artículo 73); esto obliga progresivamente a la unificación de las diferentes oficinas responsables del cobro por servicios de salud.

Con las anteriores disposiciones legales, se ratifica el peso de la eficiencia en la política de salud en Venezuela, especialmente en cuanto al aporte de los usuarios para sufragar los gastos de salud.

2. Eficacia y eficiencia en las políticas de salud a partir de 1999

El modelo previsto en la LOSSI (1997) y LOS (1998) entra en contradicción con la Constitución Nacional aprobada en Diciembre de 1999, la cual establece: que el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a lo siguiente: a) elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios (artículo 83); b) la **gratuidad** como uno de los principios del sistema público nacional de salud y la no-privatización de los bienes y

Backup of RCS-completa

servicios públicos de salud (artículo 84); c) el financiamiento del sistema público de salud, mediante la integración de los recursos fiscales, los aportes solidarios por la vía de cotizaciones obligatorias a la seguridad social (de los trabajadores y los patronos) y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la Ley (artículos 85 y 86). Al sistema previsto en la Constitución subyace una concepción de financiamiento a la oferta, típica del modelo tradicional de seguridad social.

La elaboración del proyecto de Ley de Seguridad Social y las correspondientes a los distintos subsistemas para adecuarlos al marco constitucional, ha sido un proceso complejo, en el cual han participado diversos sectores, y ha puesto sobre el tapete la lucha por el poder en la Asamblea Nacional. Con base en los diferentes proyectos presentados entre otros por el Ejecutivo Nacional, la Federación de Asociaciones de Profesores Universitarios, (FAPUV) y el partido Primero Justicia, dos años después de promulgada la Constitución, en diciembre 2002, fue aprobada por la Asamblea Nacional la Ley Orgánica de Seguridad Social (LOSS).

La LOSS (2002) incluye cuatro subsistemas: salud, pensiones, empleo y desarrollo laboral, y riesgos laborales. Como elemento fundamental, vale destacar la inclusión en el Título 1, del principio de concurrencia de las instituciones públicas, no estatales y privadas, en las prestaciones y actividades del Sistema de Seguridad Social. En otras palabras, a pesar de la prohibición constitucional de privatizar la salud, la LOSSI deja abierta una posibilidad de privatizarla mediante modalidades implícitas o periféricas.

Como contrapeso, la LOSS fortalece el rol regulador y fiscalizador del Estado; igualmente asigna al Banco Central de Venezuela la responsabilidad de la centralización y distribución de las recaudaciones entre los distintos fondos, con rendición diaria de cuentas al ente recaudador. Además, prohíbe expresamente la duplicidad en los beneficios que una persona reciba de la seguridad social y en tal sentido otorga vital importancia al sistema de información correspondiente, previendo la interconexión entre los diversos organismos del sistema y aquellos que manejan información de personas, empresas y organismos financieros, para estar en condiciones de hacer cruces de información.

La visión del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000: 1) es que “la descentralización y la búsqueda de **eficiencia** en condiciones de **equidad** y **eficacia**, son elementos centrales de un proceso de cambio, ya que el logro de niveles óptimos de eficiencia posibilita la liberación de los escasos recursos disponibles para mejorar la **calidad**, la **cobertura** de la atención y atender con **equidad** las demandas de la población, bajo el marco regulador y el liderazgo del Ministerio de Salud” (resaltado nuestro).

Por otra parte, los lineamientos políticos estratégicos para la salud en Venezuela, de acuerdo con lo expuesto el 17-03-00 por el entonces Ministro de Salud y Desarrollo Social, Gilberto Rodríguez, durante el Ciclo de Conferencias “Hacia la calidad del servicio de salud” en Maracaibo, son: a) reformar el Ministerio, b) reorientar las estrategias de lucha contra las enfermedades endémicas, c) fortalecer la relación con las universidades para definir criterios de formación en salud, d) atacar el problema de la inequidad, y e) rescatar el papel de la red ambulatoria para ofrecer una atención primaria integral.

Como afirma Testa (1993: 162) “la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordena la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica, un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación”.

Lo anterior apunta a que la eficacia del sistema de salud se encuentra muy relacionada con sistemas de información en red. Este modelo es el que se ha implementado en el Estado Aragua, donde la reforma en salud ha enfatizado el desarrollo de la atención primaria integral, con proyectos estratégicos que resaltan la prevención primaria (actuar sobre los factores de riesgo) y la prevención secundaria (tamizaje de población sana

Backup of RCS-completa

o búsqueda de enfermos en etapa subclínica); la aspiración es “brindar el máximo de oportunidades al usuario en la conservación de su salud” (López, 1999: 41-42).

Independientemente de las disposiciones legales promulgadas durante la gestión de Rafael Caldera y la de Hugo Chávez, en la práctica se han adelantado reformas en salud en algunas regiones, bajo la orientación de los organismos multilaterales que se inscriben en una concepción donde predomina la eficiencia, a pesar del enfoque de compromiso social contenido en la Constitución de 1999, así como en el proyecto de Ley de Salud que se discute en las Comisiones de la Asamblea Nacional (2003).

La preocupación por la eficiencia en el sector público venezolano no es de reciente data; se inicia a finales de los años 80 con el cuestionamiento a las empresas públicas, como justificación para su proceso privatizador y posteriormente, comienza a referirse a los servicios públicos, y en particular a los servicios de salud con similar intención, en este caso no explícita.

De acuerdo con una exploración realizada en cuatro de los principales hospitales de Maracaibo: Hospital General del Sur, Hospital Central, Hospital de Especialidades Pediátricas y Hospital Universitario de Maracaibo, las prácticas relacionadas con la aplicación de la eficiencia como criterio de gestión, responden a tres modalidades:

a) **Desarrollo de sistemas de información para establecer el control de gestión**, cuya experiencia piloto se adelantó en el Hospital General del Sur -HGS-. Se implementó la nueva versión del Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud en ambiente Windows denominada WINSIG, la cual surge como una respuesta “a los enfoques y prácticas emergentes de los procesos de reforma sectorial sobre la eficiencia con calidad, asignación de recursos con criterios de productividad, la contención de los costos y el cobro de los servicios” (OPS, 1998:1); dado que los sistemas de costos en función de medir la eficiencia, deben estar sustentados en sistemas de información que conduzcan al conocimiento y acumulación de los costos. A pesar de su importancia, en el HGS se suspendió la aplicación del WINSIG. Por su parte el Hospital Universitario adquirió dos software estándar para el control de nómina, bancos e inventario (2).

b) **Cobro a los usuarios para incrementar ingresos**, práctica generalizada en los hospitales y demás centros de salud. El mecanismo de **recuperación de costos**, una forma de financiamiento de los establecimientos de atención médica, se realiza a través de los llamados **aportes voluntarios**. Progresivamente se incrementan los aportes de los usuarios y disminuyen las asignaciones presupuestarias con lo cual se reduce la participación pública en el gasto de salud, como se evidencia en el caso concreto del Hospital General del Sur.

c) **Flexibilización laboral para reducir costos**. En los hospitales mencionados se están aplicando algunas modalidades de flexibilización, mediante la contratación de microempresas de servicios, formadas por anteriores asalariados, con lo cual se busca la reducción de costos de personal, mayor productividad y disminución de conflictos laborales. El Hospital de Especialidades Pediátricas constituye hoy un modelo de gestión flexible de personal, basado en la productividad (Parodi, 2002); el personal contratado cobra de acuerdo al volumen del servicio prestado. En este caso tenemos, mayores resultados con igual o menor volumen de recursos utilizados (reducción de beneficios laborales).

En el presente trabajo nos limitaremos a discutir los resultados del Hospital General del Sur en los aspectos que inciden en la eficiencia, especialmente la relación entre la oferta y la demanda de servicios y la vinculación entre el tipo de financiamiento y la eficiencia.

3. Oferta y demanda de servicios y su relación con la eficiencia

Backup of RCS-completa

El Hospital General del Sur, es un establecimiento hospitalario ubicado en la ciudad de Maracaibo y adscrito al Ministerio de Salud y Desarrollo Social; como resultado del proceso descentralizador, es uno de los primeros hospitales transferidos del nivel central al regional, en el año 1995. Este hospital fue seleccionado como centro piloto para el proceso de modernización con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El Hospital General del Sur ofrece servicios de consulta externa en cerca de cuarenta especialidades, así como servicios de diagnóstico, emergencia y hospitalización con una capacidad máxima arquitectónica de 560 camas. Analizando la tendencia en la distribución de la demanda por especialidad de 1999 a 2002 (Tabla I).

- a) Se aprecia una disminución del 29% en el total de las consultas atendidas por el HGS, lo cual sugiere dos hipótesis que deben ser evaluadas posteriormente. Una relacionada con el deterioro en la prestación de los servicios y otra vinculada al fortalecimiento de los servicios en la red ambulatoria.
- b) En el HGS Las consultas atendidas en los servicios más demandados, se incrementaron del 41% al 60% y corresponden a los servicios de emergencia de adultos y pediátrica; esto evidencia el énfasis en la curación más que en la prevención.
- c) Por el contrario, ha disminuido la consulta en las especialidades habitualmente más demandadas, del 30 al 25%. La reducción más significativa (superior a la mitad) se encuentra en medicina general de adultos.
- d) Debe destacarse la situación de las seis especialidades menos demandadas, cuya participación porcentual es irrelevante (0,24% y 0,26% respectivamente). Es decir, en el mejor de los casos (cirugía cardiovascular) se aproxima a una consulta diaria; y en el peor (cirugía de mano) representa casi una consulta cada dos meses.

Tabla I
Hospital General del Sur distribución de la demanda por especialidad en consulta externa

Servicios	1999		2002		1999 % del grupo	2002 % del grupo
	Nº de consultas		Nº de consultas			
	Día*	Año	Día*	Año		
Emergencia					41,16	59,71
Adultos	143	52,170	167	61,124		
Pediátrica	114	41,635	98	35,891		
Consulta Externa						
Especialidades más demandadas					30,55	24,91
Odontología	93	24,160	63	16,460		
Medicina General Adultos	76	19,705	33	8,687		
Diabetes	47	12,149	31	8,099		
Medicina Familiar	29	7,512	15	4,005		
Medicina General Pediátrica	23	6,080	12	3,200		
Especialidades menos demandadas					0,24	0,26

Backup of RCS-completa

Cirugía de Mano			0,027	7		
Higiene Mental			0,23	59		
Medicina Interna			0,30	79		
Ginecología			0,33	85		
Preescolar	0,035	9				
Prenatal	0,035	9				
Cirugía Plástica	0,49	127	0,38	99		
Endocrinología	0,54	141				
Cirugía Cardiovascular	0,97	252	0,38	100		
Otras especialidades (31 en 1999 y 28 en 2002)	7,93	63,936	3,37	24,568	28,05	15,12
Total Consultas		227,885		162,463	100,00	100,0

Fuente: Cálculos propios a partir del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Hospital General del Sur. * Para Emergencia el cálculo se hizo con base a semanas de 7 días (365 días al año). Para los otros grupos, con base a semanas de 5 días (52 semanas* 5 días = 260 días al año).

e)

Las especialidades restantes de consulta externa disminuyeron en el período, de 8 a 3 consultas diarias aproximadamente.

Los datos anteriores implican que se mantienen costos fijos para atender especialidades con muy poca demanda; esto nos indica que se está financiando a la oferta (3), aun cuando ésta no responda a la demanda; es decir, no existe correlación entre los recursos disponibles y la demanda efectiva, lo cual expresa la irracionalidad del financiamiento a la oferta, cuando no existen mecanismos de control.

Evidentemente, el gobierno venezolano ha venido financiando consultorios, equipos y recursos humanos especializados en los casos de cirugía de mano, preescolar y prenatal para atender menos de una consulta al mes. Pero aún en el caso de cirugía plástica, un promedio aproximado de 8 consultas mensuales tampoco justifica la oferta permanente del servicio. Sería necesario hacer esta evaluación en todos los hospitales y programar la oferta por especialidades en cada centro de atención, de acuerdo a la tradición de uso de los servicios; o en su defecto, promover el uso de servicios que, aunque respondan a necesidades, pudiera no existir cultura de uso de tales servicios.

Adicionalmente, al comparar las denominaciones de las especialidades, se observa la fragmentación de la oferta de servicios a los niños, al ofrecer consultas de pediatría, preescolar e infantiles, con las consiguientes dificultades de acceso a los mismos, para la mayoría de las madres, quienes generalmente tienen niños de diversas edades. Lo anterior contradice el interés del Ministerio en priorizar la atención integral. En relación con la consulta preescolar, es conveniente mencionar que existe un programa de atención a los niños en el propio centro educativo; sin embargo, el personal responsable de dicho programa manifiesta que el mismo no se ejecuta periódicamente, ni en toda el área de cobertura, debido a las dificultades operativas existentes, tales como, transporte, insumos médicos, etc.

Backup of RCS-completa

A este respecto, de acuerdo con García Servén (1993,77) “la accesibilidad que una población tenga a los servicios ofrecidos, es lo que permitirá evaluar su utilización”, para planificar la oferta de servicios en relación con la demanda a objeto de hacer una mejor utilización de los recursos. En 2002 se aprecian ajustes con la eliminación de los servicios separados de Preescolar, que fueron fusionados con Medicina General Pediátrica, que a pesar de ello disminuyó su demanda en casi un 50%.

Por otra parte, de acuerdo a lo expuesto por el entonces Ministro de Salud y Desarrollo Social, Gilberto Rodríguez (2000) “en los hospitales se ofertan dificultades al pueblo, por efecto de las trabas que tanto médicos como enfermeras ponen a los pacientes al momento de ir al establecimiento de salud, para ganar tiempo para ellos, ya sea en su consulta privada o para sus quehaceres personales”. Lo anterior sugiere la transferencia indirecta de recursos del sector público al privado, afectando la eficiencia, dado que, tanto médicos como enfermeras representan un recurso humano que significa costo directo y fijo a los hospitales.

Al analizar la evolución del uso de los servicios durante el período 1996-2002, se aprecia lo siguiente (Gráfico 1).

a)

No hay cambios significativos en la hospitalización.

b)

Las consultas de emergencia de adultos reflejan una tendencia leve pero sistemática de crecimiento, mientras la emergencia pediátrica, a pesar de algunos altibajos, se mantiene relativamente estable.

c)

Los cambios relevantes se aprecian en consulta externa. Durante la gestión regional de Francisco Arias Cárdenas hubo un decrecimiento, vinculado a los conflictos laborales del sector salud durante esos años y al proceso de reestructuración de la planta física del Hospital, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo, lo cual exigió un período de trabajo en sus instalaciones que necesariamente afectó la prestación del servicio.

d)

En 1999 y 2000 el crecimiento es significativo, cercano al 200%. Sin embargo, en 2001 hay una leve disminución, que se convierte en caída drástica en 2002, llegando a niveles similares al 1997, peor año de la serie.

En el Gráfico 2 se presenta la cobertura poblacional del Hospital General del Sur, se expresa en número de pacientes atendidos para los mismos servicios analizados (consulta externa, emergencia pediátrica, emergencia de adultos y hospitalización) durante el período 1996-2002. La población atendida refleja tan sólo las primeras consultas por cada paciente, de modo que estos datos son inferiores al total de las consultas, sin embargo, ratifican las tendencias antes analizadas.

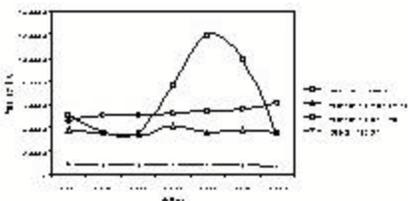
4. Financiamiento y eficiencia Hospitalaria

Backup of RCS-completa

El Hospital General del Sur cuenta con una asignación presupuestaria proveniente del gobierno nacional y del gobierno regional, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Orgánica de Salud del 17 de Septiembre de 1998.

En la Tabla II se presentan las asignaciones presupuestarias durante 1997-2002 y también, los ingresos obtenidos por la venta de servicios bajo la figura de recuperación de costos según Gaceta Oficial 9-233 de fecha 10 de Agosto de 1989, de la Dirección General del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

La venta de servicios la realizaba el hospital a través de varias Fundaciones y de la Oficina Recuperadora de Costos, lo cual evidencia el incumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud de 1998, en su artículo 73, la cual precisa que en cada establecimiento de atención médica propiedad del Estado no podrá existir más de una fundación, asociación u oficina de recuperación de costos. Sin embargo, recientemente se unificaron en una sola fundación.



En la evolución de los aportes presupuestarios, se aprecia una tendencia diferente en las asignaciones del ejecutivo Regional y Nacional; mientras la regional descende progresivamente hasta eliminarse totalmente por convenio con el Ministerio (4), la del Ministerio presenta fluctuaciones que compensan el declive antes mencionado. Por el contrario, los ingresos propios obtenidos por la venta de servicios, crecen aceleradamente de 1997 hasta el año 2000 en el cual se acercan al 500%; de modo que el crecimiento significativo de los pacientes atendidos fue posible por el incremento de los ingresos propios. En los últimos dos años comienzan a disminuir los ingresos por venta de servicios (10 y 25% respectivamente), producto de los aportes y las presiones del gobierno central a favor de la gratuidad del servicio. Esta tendencia se refuerza al analizar la proporción entre los ingresos propios y la asignación presupuestaria.

Podemos advertir que durante 2001 y 2002 se invierte la tendencia a buscar una preponderante “colaboración voluntaria” de quienes demandan los servicios del Hospital. La venta de servicios mediante el denominado “sistema de recuperación de costos” expresa una búsqueda de **eficiencia** pública disminuyendo las asignaciones presupuestarias; de esta forma se reducen los costos regionales de la salud, traspasando parte de las responsabilidades gubernamentales a los usuarios. Aunque la recuperación de costos puede financiar el aumento de la cobertura del servicio, también podría tener un efecto negativo, al restringir el acceso a la población con escasos recursos.

[Frame 112](#)

Es necesario precisar que desde el punto de vista económico, la principal medida de la eficiencia es el costo unitario del bien o servicio producido, que en el caso de los servicios de salud equivale al costo por paciente atendido. En aras de mayor precisión debería medirse el costo unitario por cada tipo de actividad, puesto que los costos de emergencia, consulta externa y hospitalización son muy diferentes.

Esto requiere el desarrollo de excelentes sistemas de información, cuya implantación comenzó a ponerse en

Backup of RCS-completa

práctica en el Hospital General del Sur, con el WINSIG antes mencionado, pero fue suspendida. En este hospital no existe la información necesaria para conocer cuanto le cuesta a la institución atender un paciente; por lo tanto se procedió a calcular en su lugar, la *asignación presupuestaria promedio por paciente atendido* en el periodo 1997-2002, así como también, el *valor promedio de los recursos financieros por paciente atendido*; este último puede asumirse como una medida de la eficiencia hospitalaria (Tabla II). Se partió del supuesto que todas las personas atendidas asistieron al hospital por causas similares, en función de lo cual se hizo prorrateo de los ingresos entre el número de pacientes atendidos.

Podemos apreciar que la sola asignación presupuestaria hubiera sido insuficiente para responder a la demanda efectiva, puesto que el presupuesto promedio asignado por paciente descendió en 1999 respecto al año anterior casi en un 40%. Esta carencia es compensada con los ingresos por venta de servicios, incluso a pesar de los fuertes incrementos presupuestarios aportados por el gobierno central.

La comparación de las variables asignación presupuestaria global, recuperación de costos y población atendida (Gráficos 3, 4 y 5) evidencia el peso de la recuperación de costos en el funcionamiento del HGS. La curva de pacientes atendidos sigue la misma tendencia que los ingresos por recuperación de costos.

Otros aspectos importantes de la eficiencia hospitalaria se expresan en los indicadores de ocupación, calculados por el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, los cuales se reflejan en la Tabla III. Vale mencionar que de acuerdo a información recibida, estos indicadores no son utilizados en el proceso de toma de decisiones y evidentemente tampoco en las decisiones de asignación presupuestaria.

El análisis de los indicadores capacidad y ocupación refleja lo siguiente:

a)

Existe una capacidad ociosa arquitectónica del 23% que se ha mantenido históricamente.

b)

La tendencia a la baja en el promedio diario de camas ocupadas, si bien responde al panorama general del hospital, evidencia un grave deterioro de la cobertura.

c)

La capacidad presupuestada se ha mantenido sistemáticamente en 432 camas, a pesar que la capacidad real de camas disponibles se ha reducido significativamente en los últimos tres años. Esto se corresponde con la caída drástica en la cobertura de pacientes atendidos. La discrepancia entre la capacidad real y el promedio diario de camas ocupadas en 2001, está vinculada a la reestructuración por construcción del edificio nuevo, en el cual se improvisaron camas de emergencia.

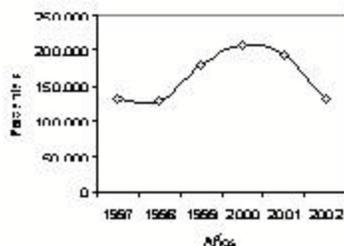
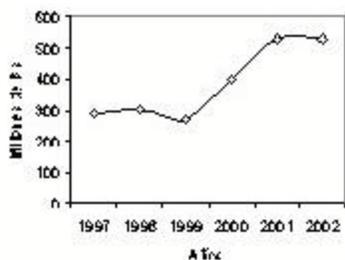
Esta situación, es una práctica observada en otros centros de salud, por ejemplo en Colombia, ya que según Tafur (2001: 3-4): “Las entidades del sector oficial, principalmente, y las fundaciones e instituciones privadas que prestaban servicios de salud y tenían lazos con el Estado, ya fuera a través de convenios o contratos para atender a personas de bajos recursos, recibían del gobierno central recursos que muchas veces no correspondían a las actividades realizadas, sino al presupuesto presentado por la institución para la vigencia fiscal correspondiente y a la disponibilidad según el situado fiscal y el presupuesto nacional. El porcentaje de ocupación institucional nunca pasaba del 40 % o 50%, con unas pocas excepciones generalmente en aquellos de alta tecnología”.

Es evidente que la elaboración del presupuesto hospitalario constituye un ejercicio mecánico, con poca relación con el funcionamiento de la institución y sin el menor control gubernamental.

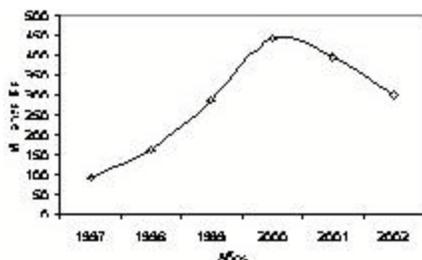
5. Conclusiones

La búsqueda de eficiencia en hospitales públicos de Maracaibo incentiva: a) la práctica del cobro a los usuarios por servicios prestados; b) el uso de la flexibilización laboral para reducir costos; c) el desarrollo limitado de sistemas de información para medir la eficiencia. Sin embargo, se constata la realización de prácticas poco eficientes, como la persistencia del financiamiento a la oferta vía asignación presupuestaria, sin tomar en consideración el control sobre el comportamiento de los indicadores de eficiencia y de cobertura.

Es fundamental el análisis de la oferta y la demanda de servicios. El estudio realizado evidencia costos incurridos en la oferta de servicios que prácticamente no son utilizados en el Hospital General del Sur. Esta es una situación grave que afecta los costos de funcionamiento; pero también sugiere problemas en la responsabilidad social de algunos profesionales de la salud que forman parte de la nómina regular, a pesar de la ausencia de pacientes en sus servicios, sin hacer ningún esfuerzo para incrementar la demanda. Igualmente, se infieren problemas de desinformación o cultura en el usuario de los servicios de salud, que conducen al desperdicio de oportunidades de uso.



Backup of RCS-completa



A pesar de ciertos intentos realizados para el desarrollo de sistemas de información, en los hospitales estudiados no existe información disponible para el cálculo de costos. En estas condiciones, nos vimos en la necesidad de utilizar como medida provisional de eficiencia global el valor promedio de los recursos financieros por paciente. La limitación del indicador propuesto está vinculada fundamentalmente a lo siguiente: a) Disparidad en el tipo de atención recibida por cada paciente; b) Destino real de los recursos financieros que ingresan al hospital por recuperación de costos, los cuales no están sometidos a un control riguroso.

La tendencia a incrementar la proporción de los ingresos por recuperación de costos, respecto a la asignación presupuestaria, aun cuando, se invierte durante los dos últimos años, pone de relieve la búsqueda de eficiencia mediante el incremento de ingresos por cobro de los servicios de salud, sin enfatizar la reducción de costos.

La eficiencia, entendida como optimización del uso de los recursos, y no sólo como disminución de costos, es indispensable para ampliar la cobertura de los servicios de salud. De allí la necesidad de fortalecer el cálculo y desarrollo de indicadores y sistemas de información con personal capacitado para su ejecución, asegurando la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de los resultados generados por dichos sistemas, así como, su uso efectivo para la gestión hospitalaria, la formulación de políticas de salud y la asignación presupuestaria.

Notas

1.

Recordemos que según Shank y Govindarajan (1995: 21), siguiendo a Porter (1980), hay básicamente, dos tipos de **estrategias competitivas**: las de *liderazgo de costos* y *diferenciación de productos*; la primera implica reducir costos, para bajar los precios, mientras la segunda exige ofrecer un producto de calidad, con rasgos diferenciadores, que pueda ser demandado a pesar de su precio alto. Es evidente que en materia de salud igual que en otros campos, la estrategia de diferenciación sólo sería válida para un sector exclusivo y muy reducido de la población, con alta capacidad de pago.

[Frame 233](#)

2.

Esta aplicación tuvo un costo de nueve millones en junio 2001; sin embargo, a finales de 2003 se está negociando la adquisición de un software específico hospitalario con una empresa local, cuyo costo estimado es de 23 millones.

Backup of RCS-completa

3.

Financiamiento a la oferta: El financiamiento se realiza a través de asignaciones presupuestarias, previo ejercicio presupuestal anual presentado por la institución receptora, donde se estiman gastos y coberturas.

4.

El Ministerio se comprometió a asumir el financiamiento de los Hospitales tipo IV, mientras la región asume los de niveles inferiores (Paz: 2003)

Bibliografía citada

Asamblea de la República Bolivariana de Venezuela (2002). **Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social**. Gaceta Oficial No. 37.600.

Asamblea Nacional Constituyente (1999). **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**. Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario. Caracas, Venezuela.

Congreso de la República de Venezuela (1982). **Código Civil**. Gaceta Oficial N° 2.990 Extraordinario. Caracas, Venezuela.

Congreso de la República de Venezuela (1997). **Ley Orgánica de Seguridad Social Integral**. Gaceta Oficial N° 5.199 Extraordinario. Caracas, Venezuela.

Congreso de la República de Venezuela (1998). **Ley Orgánica de Salud**. Gaceta Oficial N° 5.263 Extraordinario. Caracas, Venezuela.

Gamboa, Teresa y Naveda, Oscar (1999). **Propuesta de un Modelo de Evaluación Institucional por Procesos y Resultados**. La Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

García, José (1993). **Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica**. (Guía Práctica). Disinlimed, C.A. Caracas, Venezuela. Pp. 477.

López, Nora (1999). "Modelo de Atención Integral". **Cuadernos para la Reforma del Sector Salud**. MSDS. Vol. 1 - N° 3. Caracas, Venezuela. Pp. 39-90.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1989) "Oficina Recuperadora de Costos". Gaceta Oficial N° 9.233. Caracas, Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Organización Panamericana de la Salud (2000). "Gestión en Salud". **Boletín informativo del Sistema de Información Gerencial**, WINSIG. Vol. 1 - No.1. Venezuela.

Organización Panamericana de la Salud (1998). "WINSIG: ¿Qué es y que aporta a los procesos de reforma

Backup of RCS-completa

sectorial?” Taller de Capacitación en Winsig 1.0. Pp. 1- 28.

Osborne, David y Gaebler, Ted (1994). **La Reinención Del Gobierno**: La influencia del espíritu empresarial en el sector público. Ediciones Paidós, Barcelona. Pp. 25-84.

Parodi, Luís (2002). **Hospital de Especialidades Pediátricas: Paradigma de la Prestación del Servicio de Salud**. Entrevista Televisiva, Programa A Punto, Moderador, Juan Carlos Fernández.

Testa, Mario (1993). **Pensar en Salud**. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina.

Testa, Mario (1995). **Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación** (El caso de la salud). Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina. Pp. 295.