

Financiamiento a la oferta en hospitales de Maracaibo: Implicaciones en la demanda de servicios*

Vargas González, Vilma**
Gamboa Cáceres, Teresa***

Resumen

El presente trabajo se propone analizar el origen y volumen del financiamiento hospitalario durante el período 1998-2002, así como evidenciar los cambios en el comportamiento de la demanda de servicios con relación a la oferta y cobertura poblacional, y sus implicaciones en los costos de funcionamiento en dos hospitales públicos de la ciudad de Maracaibo (estado Zulia, Venezuela) correspondientes a los niveles III y IV, representativos de diferentes modelos administrativos. Se efectúa el análisis de información documental obtenida mediante la realización de pasantías profesionales en los hospitales estudiados, por cuanto estas instituciones no procesan información administrativa de forma sistemática. Con base en el estudio realizado se establece que los servicios hospitalarios son financiados fundamentalmente con asignaciones presupuestarias para garantizar una determinada oferta, aun cuando ésta no responda a las necesidades. El gobierno regional impulsa una tendencia privatista orientada a incrementar la proporción de ingresos por venta de servicios, lo cual pone de relieve la búsqueda de eficiencia formal, sin enfatizar la reducción de costos. Por el contrario, el gobierno nacional se esfuerza en garantizar el financiamiento para la gratuidad constitucional de los servicios de salud. Se concluye que el financiamiento a la oferta, sin considerar el comportamiento de la demanda, se traduce en costos fijos de funcionamiento de los hospitales, que lesionan la eficiencia y la optimización de la cobertura.

Palabras clave: Financiamiento hospitalario, costos, eficiencia, demanda de servicios, hospitales públicos.

Recibido: 04-06-22. Aceptado: 04-08-30

* Avance del Proyecto CONDES. Modernización de la Gestión Pública de Salud en Venezuela.

** 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) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ). E-mail: vilmavargashernandez@yahoo.es

*** Contador Público, Dra. en Ciencia Política. Investigadora del CEE- FCES-LUZ. Adscrita al Programa de Promoción del Investigador del FONACIT. E-mail: teresagamboa@cantv.net

Financing the Hospital Service Offer in Maracaibo: Implications in the Demand for Services

Abstract

This paper attempts an analysis of the origin and volume of hospital financing during the period 1998-2002, as well as an analysis of the changes in demand for services related to population coverage, and its implications in operational costs in two level III and IV public hospitals in the city of Maracaibo (Zulia State, Venezuela), which are representative of distinct administrative models. An analysis of documentary information was made through professional practice programs in both hospitals since the institutions themselves do not process administrative information systematically. Based on the study, it was determined that hospital services are financed basically through budgetary allotments to guarantee a certain established offer, even when the budget does not respond to real needs. The regional government is promoting a tendency towards privatization oriented towards increasing the levels of income for services offered, which indicates a tendency towards formal efficiency but without cost reductions. The national government on the other hand attempts to guarantee financing for constitutionally guaranteed health services. The conclusion is that financing the offer, while not considering real demand, results in fixed financing costs for hospitals, which affects efficiency and the optimization of coverage.

Key words: Hospital financing, costs, efficiency, service demand, public hospitals.

1. Introducción

Según Saltman y Figueras (1997: 131-132,140) existen cuatro fuentes fundamentales de fondos para financiar los servicios de salud: las dos primeras corresponden a sistemas obligatorios u oficiales y son los impuestos (modelo Beveridge) y las cotizaciones pagadas por los afiliados a sistemas de seguridad social (modelo Bismarck); ningún sistema oficial es puro, porque generalmente incluyen tanto las cotizaciones como los impuestos. Las otras dos fuentes de financiamiento pertenecen a sistemas voluntarios, bien sea por pólizas de seguros de salud suscritas discrecionalmente o por desembolsos directos para el pago de los servicios, denominados gastos de bolsillo.

El origen del financiamiento de los servicios indica la naturaleza del sistema

de salud, vinculada a la forma como se administran los recursos para la prestación de los servicios, bien sea que prevalezca: a) el financiamiento mediante asignaciones globales para garantizar la oferta de servicios, típica de los sistemas públicos nacionales de salud; o b) el financiamiento según la demanda, también denominado per cápita, propio de los sistemas donde prevalece el aseguramiento (Capriles *et al*, 2001), y también de los sistemas basados en la venta directa de servicios.

Jaramillo (1994:52), analista de la reforma colombiana, considera que el financiamiento a la oferta de servicios en los hospitales, constituye un subsidio que presenta los siguientes problemas: a) beneficia más a los estratos que tendrían capacidad para pagar las cuotas de recuperación de costos; y b) genera ineficien-

cia porque los hospitales no se sienten obligados a mejorar la cantidad y calidad de los servicios. Las instituciones obtienen el financiamiento fundamentalmente por razones políticas y los gerentes no tienen un referente de mercado para medir su eficiencia y su calidad. Es decir, no existe un sistema eficaz de control de resultados, estímulo y sanción, que garantice la eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Por ello, en la búsqueda de mecanismos para resolver los problemas de ineficiencia de los sistemas de salud pública con financiamiento a la oferta, la alternativa manejada por Chile y Colombia fue introducir el sistema de seguro privado, un instrumento de financiamiento según la demanda, que pretende inyectar competencia y por ende contención de los costos.

Sin embargo, en Estados Unidos la tendencia desencadenada con la competencia entre seguros privados ha sido de crecimiento de los costos, lo cual los ha llevado a diseñar mecanismos para promover la conciencia de costos dentro del sistema, tales como las limitaciones de la cobertura y los planes de indemnización (Warner y Luce, 1995:49).

Chile siguió muy de cerca el modelo de E.U., con un sistema de mercado no regulado, en el cual los ciudadanos podían elegir planes de salud tan buenos como pudieran pagarlos; pero el sistema de mercado permite a las aseguradoras privadas seleccionar sus clientes, excluyendo los de alto riesgo y/o altos costos. Es así como las mujeres en edad fértil con capacidad de pago debían pagar pólizas de seguro muy altas, mientras se excluía a los pobres, los enfermos de SIDA y otras enfermedades costosas o incurables.

Estos últimos sólo tuvieron opción al sistema público.

Para reducir los riesgos del modelo chileno, Colombia estableció un modelo integral de mercado altamente regulado por el Estado, pero también incluyó elementos del control de costos, restricciones de uso y en la prestación del servicio. El modelo incluyó en el mismo sistema las instituciones públicas y privadas que vendían seguros o prestaban servicios de salud. A las empresas privadas se les abrieron amplias oportunidades para involucrarse plenamente en el sistema "público" de salud; y las entidades públicas fueron forzadas a mediano plazo a competir con las primeras, y en el corto plazo a buscar la eficiencia, que no había constituido su preocupación. Los problemas de ineficiencia, típicos de un modelo público con financiamiento a la oferta de servicios sin controles de rendimiento ni de eficacia, condujeron a establecer con todo rigor los sistemas de financiamiento según la demanda, los cuales forzosamente obligan a buscar la eficiencia económica mediante reducción de costos, especialmente porque en el caso colombiano las aseguradoras no pueden elegir a sus clientes, aplicar mecanismos de exclusión, ni estipular precios a los seguros de salud; todas tienen garantizado por cada asegurado el valor de una UPC (unidad de pago per cápita), establecida por el gobierno (Gamboa, 2003).

En Venezuela, según Ochoa (1996) se han propuesto diversas reformas a la administración pública, desde el inicio de la democracia a finales de la década del 50, generalmente vinculadas a objetivos de eficiencia. En los primeros períodos se justificaban con el argumento

de la necesidad del desarrollo y durante las dos últimas décadas, con propósitos democráticos. La aplicación de las reformas se realizó originalmente en las empresas del Estado vinculadas a la economía internacional y a finales del siglo XX en el Ministerio de Hacienda (y tímidamente en los servicios públicos, comenzando por salud). La autora enfatizó, a mediados de los 90, que la crisis económica, política y fiscal, así como las presiones de los organismos multilaterales, están empujando hacia una reforma relativamente homogénea del sector público en América Latina, con escasa autonomía de los gobiernos respectivos, cuyos rasgos fundamentales son: la administración tecnocrática para la eficiencia, la privatización y como medida previa, la descentralización.

Los cambios impulsados durante la presidencia del Dr. Rafael Caldera (1994-1999), estaban orientados hacia la transformación progresiva del sistema de salud en el sentido antes señalado, incluyendo la reducción del financiamiento a la oferta de servicios, dominante hasta entonces. Según Rondón Morales (1996: 32-33, 169-173), Director General del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a medianos de los 90, el Ministerio propuso una reforma del sistema de salud, cuyos rasgos básicos fueron los siguientes: a) eliminar formalmente el carácter asistencialista cambiando el nombre del Ministerio; b) administrar los servicios transferidos a las regiones mediante agencias independientes y autónomas; c) pasar del financiamiento a la oferta al financiamiento según la demanda, con base en el número de personas atendidas o según los

actos diagnósticos y terapéuticos solicitados y ofrecidos; d) transformar los hospitales en Empresas Sociales del Estado, que garanticen la auto sustentación económica, mediante el cobro de un sistema escalonado de tarifas; e) reducir del 75% al 25% el personal obrero y administrativo no productor de servicios de salud; f) mantener los tres sistemas existentes: público con venta de servicios, modelo de seguridad social restringido y modelo privado. Esta propuesta se comenzó a poner en práctica y se formalizó parcialmente en la Ley Marco de Seguridad Social y la Ley Orgánica de Salud (Congreso Nacional, 1998).

Consecuente con las disposiciones de la Ley Marco de Seguridad Social, la Ley Orgánica de Salud promulgada por Caldera en 1998, en su Art. 11 reduce las atribuciones del Ministerio de la Salud a la alta dirección en programas de asistencia social, saneamiento ambiental y emergencia sanitaria, para garantizar la atención oportuna, eficaz y eficiente a las comunidades afectadas. Precisa además (Art. 45, 49) que cada establecimiento de atención médica tendrá su propia e independiente asignación presupuestaria para las operaciones básicas y complementariamente se financiará con la recuperación de costos (venta de servicios), cuyos baremos serían regulados reglamentariamente. Este es el proceso que estaba en marcha, previa descentralización de las competencias de salud, cuando toma las riendas del gobierno nacional el Presidente Hugo Chávez Frías.

El nuevo gobierno, cuya ideología se opone a las reformas neoliberales, está impulsando la construcción de un

modelo alternativo, en el cual la búsqueda de la 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 y cobertura de la atención, y atender con equidad las demandas de la población, bajo el marco regulador y el liderazgo del Ministerio (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2000:1).

La propuesta sobre el sistema de salud del gobierno bolivariano se expresa en la Constitución (1999) discutida ampliamente y aprobada mediante referéndum popular, en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002) y en el Proyecto de Ley Orgánica de Salud (2001) todavía en discusión en la Asamblea Nacional a mediados de 2004; el Art.2 de este proyecto concibe la salud como el óptimo estado de bienestar social e individual incluyendo sus aspectos psicológicos, culturales y biológicos. En consecuencia, debe ser el resultado de un proceso colectivo de interacción integral, donde Estado, sociedad e individuos construyan de manera concurrente una vida sana, asociada a estilos de vida, condiciones de trabajo, hábitat, recreación, ambiente y servicios de salud que apunten al logro de la salud como un derecho social fundamental, cuya gratuidad está consagrada en la Constitución (Art. 84), así como los principios de universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Por lo tanto, el financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es

constitucionalmente obligación del Estado (Art. 85), el cual deberá integrar en un sólo fondo los recursos fiscales, cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que se establezca por Ley. El Estado se compromete a garantizar un presupuesto suficiente para cumplir los objetivos de la política sanitaria; es decir, se mantiene el financiamiento a la oferta de servicios de salud, pero estipulando los objetivos de cada crédito presupuestario, así como los resultados esperados y los responsables de su logro (Art. 315).

El estudio se realiza en el Estado Zulia, región dirigida por un partido socialdemócrata de oposición al gobierno central, y con hospitales descentralizados; se analiza el 50% de los hospitales públicos generales de niveles III y IV de Maracaibo, representativos por su Nivel de Complejidad: Hospital Universitario de Maracaibo (HUM) y Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe" (HGS). La selección de los mismos se efectuó considerando la inclusión de dos opciones administrativas diferentes: a) el HUM, que funcionó hasta comienzos de 2004 como servicio autónomo, administrado por un Comité Directivo constituido por representantes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la Gobernación del Estado Zulia, las Fuerzas Armadas Nacionales, la Universidad del Zulia y PDVSA, y b) el HGS, institución piloto del proceso descentralizador en el Zulia, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo, administrado por el Sistema Regional de Salud.

El Hospital Universitario de Maracaibo, inaugurado en el año 1960

(SAHUM, 2000), es un hospital nivel IV¹; posee una capacidad arquitectónica de 948 camas, de las cuales para 2002 presupuestó 807; las camas están distribuidas así: 160 en Obstetricia y Ginecología, 302 en Cirugía, 100 en Medicina Interna, 214 en Pediatría, 31 en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); con un equipo humano programado para 2.440 cargos, estimó ejecutar un presupuesto de cuarenta mil millones de Bolívares (SAHUM, 2002).

Por su parte, el Hospital General del Sur, es un establecimiento hospitalario adscrito al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, ubicado en la parroquia Cristo de Aranza de la ciudad de Maracaibo, con un nivel de complejidad correspondiente a un hospital tipo IV; 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 HGS 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; de las cuales presupuesta 432; las camas están distribuidas así: 12 en Obstetricia y Ginecología, 138 en Cirugía, 210 en Medicina Interna y 72 en Pediatría.

Para la realización del presente estudio, efectuamos un esfuerzo de observación participante mediante la modalidad de pasantías profesionales, lo cual nos permitió acercarnos a la experiencia de los Hospitales para obtener la información necesaria, a los efectos de dar cumplimiento al objetivo propuesto.

Con base en los fundamentos teóricos expuestos, el presente trabajo se propone analizar: a) el origen y volumen del financiamiento hospitalario, durante 1998-2002, lapso que nos permite cubrir parte de la gestión socialcristiana de Rafael Caldera (1998) y tres años del gobierno bolivariano de Hugo Chávez. b) La evolución de la demanda por tipo de servicio (emergencia, consulta externa y hospitalización) durante el período 1998-2002, lo cual nos permite aproximarnos al tipo de atención en salud que prevalece, bien sea preventiva o curativa. c) Los cambios en el comportamiento de la demanda de servicios por especialidades con relación a la oferta, lo cual permitió evidenciar problemas de ineficiencia y sus implicaciones en los costos de funcionamiento; en este último caso el período estudiado es más limitado, porque sólo se pudo obtener información para 1999 y 2002. d) Para complementar el estudio, se analiza desde el punto de vista de la eficiencia, la evolución de los indicadores básicos de ocupación hospitalaria, durante el período 1996-2002.

1 Los hospitales Nivel IV se caracterizan por: atención médica integral en los niveles primario, secundario y terciario con proyección regional; ubicado en poblaciones con más de cien mil habitantes y un área de influencia superior a un millón de habitantes; su capacidad arquitectónica supera las 300 camas (Cubillán, 2003).

El análisis de los resultados se realiza considerando el contexto político institucional, así como las posiciones teóricas respecto al origen del financiamiento, que han sido tomadas en cuenta en los procesos de reforma de los servicios de salud.

2. Distribución de la demanda de servicios por especialidad

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 a objeto de hacer una mejor utilización de los recursos, o promocionar los servicios ofrecidos entre la población, para garantizar su uso. Sin embargo, en los dos hospitales estudiados, que son justamente los de mayor dimensión en la segunda ciudad de Venezuela, el análisis de la demanda evidencia problemas que no han sido tomados en consideración al planificar el ingreso y permanencia de médicos especialistas, puesto que éstos se mantienen a pesar de la demanda casi nula de sus servicios.

Analizando la distribución de la demanda por especialidad en los años 1999 y 2002, en el Hospital Universitario y el Hospital General del Sur, de acuerdo con los datos de la Tabla 1, se observa lo siguiente:

En primer lugar, en ambos hospitales ha disminuido la consulta en los grupos de especialidades habitualmente más demandadas, siendo más acentuada la variación en el Hospital General del Sur, que depende directamente del Gobierno Regional y estuvo en proceso de

reestructuración de la planta física. Además, en este Hospital fue más agresiva la gestión de recuperación de costos, cuestión que disminuyó la capacidad de acceso de los sectores con menores niveles de ingresos. Tanto es así, que las especialidades con demanda media lograron incrementarse en un 11,5% en el Hospital Universitario, mientras en el HGS se redujeron a menos de la mitad. En general se evidencia el deterioro en el uso de los servicios hospitalarios.

En la Tabla 1, sólo se detalla el volumen diario de consultas en las especialidades menos demandadas, fluctuando en ambos hospitales durante 1999 entre una consulta cada tercer día y tres consultas diarias en el HUM, mientras en el HGS la máxima es una consulta diaria. Para el año 2002 se agudiza el problema, con excepción de las consultas de nutrición y dietética, que se triplican en el HUM. Sin embargo, en ambos períodos estudiados la demanda no justificaría la oferta permanente de los servicios menos demandados.

Por otra parte, si consideramos que para 1999, en la ciudad "la población menor de dos años presentaba déficit nutricional del 20,57%, desnutrición aguda del 8,67%, desnutrición compensada del 11,25% y desnutrición descompensada del 0,65%" (INE, 2001:56), no se justifica que nutrición y dietética esté entre las especialidades menos demandadas. Esto sugiere que a pesar de la necesidad, existe un problema de cultura en el 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 consul-

Tabla 1
Distribución de la Demanda por Especialidad en Hospitales de Maracaibo

Servicios ofrecidos por Especialidades	Hospital Universitario de Maracaibo			Hospital General del Sur		
	1999 Consultas Día*	2002 Consultas Día*	% Variación	1999 Consultas Día*	2002 Consultas Día*	% Variación
Especialidades más Demandadas**	407	343	-15,7%	268	154	-42,5%
Especialidades con Demanda Media***	11,3	12,60	11,5%	7,93	3,37	-57,5%
Especialidades con demandada mínima:						
Genética	0,3					
Venereología	2,2	2,3				
Nutrición y dietética	2,3	6,8				
Reumatología	2,8	1,1				
Cirugía Cardiovascular	3,6	1,0		0,970	0,38	
Neurocirugía	3,0	1,1				
Geriatría	2,5	2,0				
Cirugía de Mano				⇒	0,03	
Higiene Mental				⇒	0,23	
Medicina Interna				⇒	0,30	
Ginecología				⇒	0,33	
Higiene Preescolar	0,4	⇒		0,035	⇒	
Prenatal				0,035	⇒	
Cirugía Plástica				0,490	0,38	
Endocrinología				0,540	⇒	

Fuente: Cálculos propios a partir de los datos del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Hospital Universitario de Maracaibo.

* El cálculo se hizo con base a semanas de 5 días.

** Las especialidades más demandadas en el HUM son: Pediatría, Medicina General, Oftalmología, Odontología, Ginecología, Prenatal, Cirugía General y diabetes; el HUM tiene anexo el servicio de maternidad más importante de la ciudad. En el HGS las más demandadas son Pediatría, Medicina General, Odontología, Medicina Familiar y Diabetes; las dos últimas constituyen especialidades predominantes en el HGS.

*** Las especialidades con demanda media oscilan entre 31 y 29 en el HUM; mientras en el HGS varían entre 31 y 28

⇒ El servicio no estaba funcionando.

tas de pediatría, higiene preescolar e infantil, 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, se trata del programa de atención a los niños en el propio centro educativo; sin embargo, el personal responsable de dicho programa en el HGS, 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, entre otros. En el año 2002 se aprecian ajustes en el HGS, con la eliminación de los servicios separados de Preescolar, que fueron fusionados con Medicina General Pediátrica, la cual al incrementar la oferta, disminuyó su demanda en casi un 50%.

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, 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 de resultados y de utilización del personal, ni preocupación por incentivar el uso de servicios cuya necesidad parece evidente.

El gobierno venezolano ha venido financiando consultorios, equipos y recursos humanos especializados, en los centros hospitalarios estudiados, en los casos de cirugía de mano, preescolar y prenatal en el HGS, para atender menos

de una consulta al mes. Pero aún en el caso de Cirugía plástica en el HGS, Genética en el HUM y Neurocirugía, no se 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.

Hay dos grandes principios que orientan el funcionamiento de los servicios de salud, los cuales en los extremos pueden resultar contradictorios: la eficiencia y la justicia social, según el modelo sea de mercado o actúe como mecanismo de distribución bajo el control del Estado. Dichos principios podrían no ser contradictorios si se asumiera la eficiencia como medio para lograr la justicia social; esto implicaría que el contenido de la eficiencia tome en consideración los costos sociales y no sólo los costos económicos, que son los que predominan en un sistema de mercado. Ahora bien, la irracionalidad en la oferta de servicios que no son utilizados, sin lugar a dudas no responde a la eficiencia, en tanto representa un costo injustificado, pero tampoco a la justicia social, puesto que representa una oferta que no tiene impacto en la sociedad.

Para mayor precisión, es importante diferenciar la eficiencia económica de la eficiencia política; es decir la eficiencia como simple reducción de costos, y la eficiencia como ahorro de recursos, en función de optimizar el logro de fines, objetivos o metas establecidos por el ente rector. Vargas et al (2002:931) siguiendo a Barr (1993) distinguen entre eficiencia

técnica, económica y asignativa. La eficiencia técnica se refiere a la relación entre recursos utilizados y resultados obtenidos; la eficiencia económica consiste en el menor coste posible y la eficiencia asignativa es la opción que la sociedad más valora, la cual está vinculada a la eficacia política. Vale destacar que la eficiencia económica sólo es posible si tiene como base la llamada eficiencia técnica. Obviamente, el funcionamiento de los hospitales estudiados no parece tomar en cuenta ninguno de los tipos de eficiencia señalados.

La estimación de la eficiencia de los programas es muy importante, especialmente en los países en desarrollo, porque intenta medir en qué forma están siendo utilizados los recursos. Oxmán (1987:61,75) considera que la preocupación por la eficiencia vinculada a la eficacia, es decir, al logro de los fines, nos obliga a responder algunas cuestiones que en esta oportunidad no estamos en condiciones de responder, pero sí de formular algunas hipótesis de trabajo para futuras investigaciones:

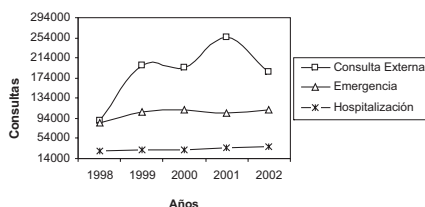
¿Cuáles son los costos incurridos en profesionales de la salud, equipos y planta física para entregar servicios y beneficios a quienes participan en las especialidades menos demandadas? ¿Cuáles pueden ser otras alternativas de uso de los recursos si el programa no está haciendo un uso eficiente de los mismos? ¿Pueden redistribuirse los recursos entre los hospitales, de acuerdo a sus tendencias de especialización, o es necesario promover el uso de las especialidades menos demandadas? ¿epidemiológicamente existen en el área de influencia necesidades potenciales de uso de las es-

pecialidades menos demandadas? Y en última instancia, ¿los programas están produciendo los efectos esperados (efectividad) de acuerdo al costo en que se está incurriendo?

3. Evolución del uso de los hospitales por tipo de servicio

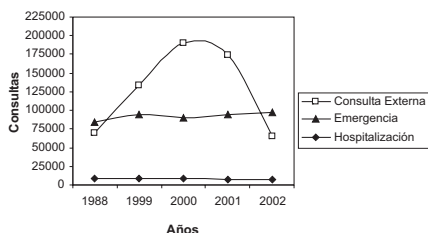
Al analizar la evolución del uso de los servicios durante el período 1998-2002, en los hospitales estudiados, se aprecia lo siguiente (Gráficos 1 y 2): que no hay cambios significativos en hospitalización en el HGS, mientras se aprecia un crecimiento leve en el HUM; las consultas de emergencia reflejan una tendencia de crecimiento leve, más acentuado en el HUM. Lo cual nos indica la tendencia a la curación más que la prevención; y se observan cambios relevantes en consulta externa. En ambos hospitales hay un crecimiento significativo con topes máximos para el año 2000 en el HGS y 2001 en el HUM; posteriormente una caída que en el HGS llega a niveles

Gráfico 1
Hospital Universitario de Maracaibo
Consultas atendidas por tipo de servicio, 1998-2002



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Departamento de Registros y Estadísticas del Hospital Universitario de Maracaibo.

Gráfico 2
Hospital General del Sur
Consultas Atendidas por tipo
de servicio, 1998-2002



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Departamento de Registros y Estadísticas del Hospital General del Sur.

graves inferiores al 1998, primer año de la serie y también, inferiores al volumen de consultas de emergencia.

Lo anterior está vinculado a los conflictos laborales del sector salud durante esos años y al proceso de reestructuración de la planta física del Hospital General del Sur, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo, lo cual exigió un periodo de trabajo en sus instalaciones que necesariamente afectó la prestación del servicio.

4. Tipos de Financiamiento hospitalario

En Venezuela, cuya reforma en salud se encuentra todavía en proceso, coexisten diversos modelos de financiamiento, y por lo tanto, distintas fuentes de recursos. El sistema es altamente fragmentando, incluyendo: a) el modelo de asistencia social general, con financiamiento del gobierno central, los estados y/o los municipios, el cual incrementa sus ingresos desde finales de la década de

los 80 mediante la venta de servicios; b) el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), de cobertura restringida a los asalariados urbanos, que cuenta con cotizaciones patronales y de los trabajadores, así como aportes del gobierno, el cual cubre sistemáticamente las deficiencias del IVSS, producto de la deuda patronal y de los problemas de gestión y corrupción; c) los sistemas institucionales de previsión, entre ellos el IPASME (Ministerio de Educación), Fuerza Armada, Universidades, etc. que disponen de establecimientos propios, aun cuando generalmente contratan la hospitalización; los de las empresas públicas, especialmente el sistema de salud de PDVSA (Petróleos de Venezuela), empresa que durante la IV República entregó la administración de sus hospitales a una firma canadiense y contrata otros servicios privados de salud; d) los seguros privados de salud y sistemas de medicina prepagada; y e) los servicios privados pagados con desembolsos directos según la atención prestada, o mediante la contratación por empresas privadas de seguros.

Consideramos que en Venezuela ha prevalecido el financiamiento a la oferta de servicios en los hospitales públicos, como subsidio de origen fiscal con el fin de garantizar la prestación de servicios a los sectores sin capacidad de pago. Sin embargo, en los hospitales y otros organismos públicos de salud surgieron distintas modalidades de cobro por servicios, denominadas "recuperación de costos", cuya evolución analizaremos en este trabajo, considerando su relación con las asignaciones presupuestarias provenientes del Gobierno Nacional y los aportes del Ejecutivo Regional. Estos co-

bros han ido modificando progresivamente el origen del financiamiento en los hospitales públicos.

Los Hospitales estudiados cuentan con una asignación presupuestaria proveniente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y del Ejecutivo Regional, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Orgánica de Salud del 17 de Septiembre de 1998. Se financian además, por la venta de servicios y por intereses financieros, este último tipo de financiamiento se evidencia sólo en el HUM.

En la Tabla 2 se presentan las asignaciones presupuestarias durante el período 1998-2002, los ingresos obtenidos por la venta de servicios² y también los obtenidos por intereses financieros. El HUM realizaba la venta de servicios a través de la Fundación Hospital Universitario de Maracaibo, hasta comienzos del año 2004, cuando ésta fue intervenida por orden del ejecutivo nacional a fin de dar cumplimiento a la gratuidad del servicio contemplado en el artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En la evolución de los aportes presupuestarios, se aprecia una tendencia diferente en las asignaciones del Ejecutivo Regional y Nacional; mientras la regional desciende progresivamente, la del Ejecutivo Nacional aumenta de manera significativa. La proporción de la recuperación de costos respecto a las asignaciones presupuestarias en el HUM, presenta

una tendencia a la baja en los últimos tres años; aun cuando, los ingresos propios obtenidos por la venta de servicios continúan su tendencia alcista en valores absolutos.

El análisis de la distribución presupuestaria del HUM por partidas nos permitió determinar que para el período 1998-2002, la partida correspondiente a gastos de personal consume en promedio, el 61% del total del presupuesto nacional asignado al hospital; le sigue en magnitud, la partida para materiales y suministros, la cual consume en promedio, el 22% de dicho presupuesto. Evidentemente, se trata de "prestación de servicios intensivos en mano de obra;...cuya financiación incluye básicamente salarios" (López, 1999:68). En estas condiciones, sería lógico que los administradores intentaran la búsqueda de eficiencia hospitalaria a través de la disminución de costos laborales y mejor utilización de los recursos.

Por su parte, el HGS realizaba la venta de servicios 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, según la cual 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, se unificaron en una sola fundación.

2 La venta de servicios la realizaba el HUM de acuerdo a lo contemplado en Gaceta Oficial 9-233 de fecha 10 de Agosto de 1989, de la Dirección General del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. La Gaceta contempla la aplicación del mecanismo de recuperación de costos (venta de servicios), y la forma cómo se distribuirán los ingresos obtenidos mediante el mismo.

Tabla 2
Asignación presupuestaria e ingresos por venta de servicios en
hospitales de Maracaibo 1998-2002 (Valores nominales de asignación
presupuestaria e ingresos en millones de Bolívars)

Concepto	Hospital Universitario					Hospital General del Sur				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Presupuesto MSDS	8.209	12.250	18.926	27.517	33.727	175	163	300	396	528
Presupuesto Regional	375	302	343	102	169	128	109	96	132	0
Total Asignación	8.584	12.552	19.269	27.619	33.896	303	273	396	528	528
Nº pacientes atendidos	159.463	241.400	243.696	258.719	242.584	128.000	180.000	209.000	193.000	132.000
Presupuesto por Paciente Atendido ⁴ (en bolívars)	53.831	51997	79070	106751	139730	2.367	1.514	1.895	2.736	4.000
Venta de servicios	531	1623	2.196	2.141	2.525	162	288	441	394	297
% Venta de Servicios Sobre el Presupuesto	6%	13%	11%	8%	7%	53%	105%	111%	75%	56%
Intereses Financieros ⁵	80	168	70	640	1.296					
Recursos financieros totales ⁶	9.195	14.343	21.535	30.400	37.717	465	561	837	922	825
Recursos financieros por paciente atendido ⁷ (en bolívars)	57.662	59.416	88368	117502	155480	3.634	3.114	4.006	4.778	6.250

Fuente: Elaborado con base en cifras obtenidas de los Informes de Gestión del Hospital Universitario de Maracaibo y del Departamento de contabilidad del HGS.

En el HGS los aportes presupuestarios regionales descienden progresivamente hasta eliminarse totalmente por convenio con el Ministerio³, mientras las asignaciones nacionales compensan el declive regional antes mencionado. A pesar de lo anterior, el HGS continúa reali-

zando cobros por servicios, los cuales crecen en forma desproporcionada; los ingresos propios obtenidos por la venta de servicios, equivalentes a la mitad del presupuesto asignado en 1998, lo superan en el 2000, para comenzar a decrecer en los últimos años. La disminución en los

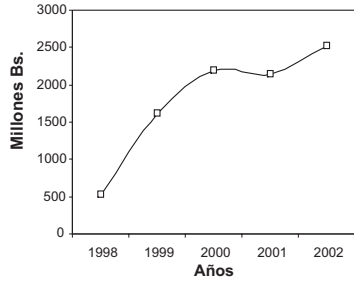
- 3 Según declaración del Intendente, el Ministerio se comprometió a asumir el financiamiento de los Hospitales tipo IV, mientras la región asume la adecuación de la infraestructura y los hospitales de niveles inferiores (Paz, 2003).
- 4 La asignación presupuestaria por paciente atendido se obtuvo, del cociente entre la asignación nominal total y el número estimado de pacientes atendidos.
- 5 No se obtuvo información acerca de si el Hospital general del Sur obtiene ingresos por intereses financieros.
- 6 Los recursos financieros totales constituyen la sumatoria de la asignación nominal total, la venta de servicios y los intereses financieros.
- 7 Los recursos financieros por paciente atendido se obtuvieron del cociente entre los recursos financieros totales y el número de pacientes atendidos.

ingresos por venta de servicios responde a los aportes y las presiones del gobierno nacional a favor de la gratuidad constitucional 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 respecto a la venta de servicios.

La comparación de las variables asignación presupuestaria global, recuperación de costos y población atendida (ver Gráficos 3, 4 y 5) evidencia una marcada tendencia a incrementar los ingresos mediante el "sistema de recuperación de costos" (venta de servicios) para el funcionamiento del HUM, de igual manera una fuerte tendencia al incremento de las asignaciones presupuestarias globales, para el periodo estudiado, aun cuando, la curva de pacientes atendidos presenta una tendencia a estabilizarse después del año 1999. Lo anterior sugiere varias hipótesis por confirmar, o la combinación de ellas: la primera que el incremento de los ingresos, obtenidos por ambas vías, es absorbido por efecto de la inflación, la segunda que el hospital es menos eficiente en el uso de los recursos asignados presupuestariamente, cuestión que se puede revisar con los indicadores de productividad y eficiencia que maneja el HUM, y por último se restringe el acceso a la población con escasos recursos por efecto del cobro del servicio.

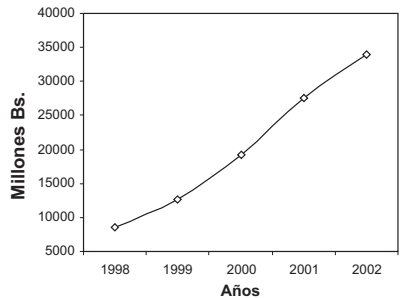
La posibilidad de incrementar la participación pública en el gasto de salud requiere fundamentalmente voluntad política para desarrollar un proyecto con objetivos sociales y una base tributaria sólida, esto es, impuestos razonables e in-

Gráfico 3
Hospital Universitario de Maracaibo
Ingreso por Venta de Servicio 1998-2002



Fuente: Elaborados con base en cifras tomadas de los Informes de gestión del Hospital Universitario.

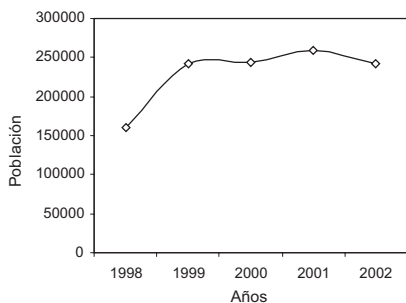
Gráfico 4
Hospital Universitario de Maracaibo
Asignación Presupuestaria 1998-2002



Fuente: Elaborados con base en cifras tomadas de los Informes de gestión del Hospital Universitario.

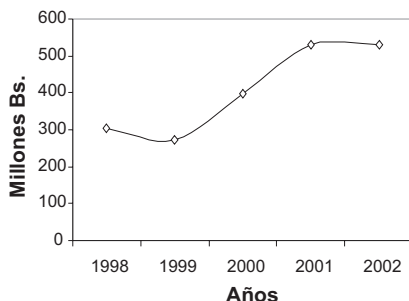
centivos de pago a los contribuyentes. Pero también exige una economía con capacidad de pago; sin embargo, el sistema económico venezolano ha sufrido los embates de la recesión mundial, así como las implicaciones de la desestabilización política promovida por la oposi-

Gráfico 5
Hospital Universitario
de Maracaibo
Población Atendida 1998-2002



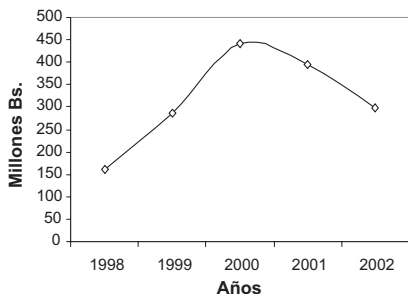
Fuente: Elaborado con base en cifras tomadas del Departamento de Historias médicas del Hospital Universitario de Maracaibo.

Gráfico 7
Hospital General del Sur
Asignación Presupuestaria
1998-2002



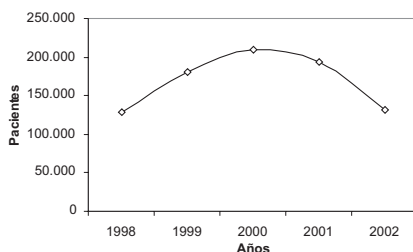
Fuente: Vargas (2004). Elaborados con base en cifras del Departamento de Contabilidad e Historias médicas del Hospital.

Gráfico 6
Hospital General del Sur
Ingreso por Venta de Servicios.
1998-2002



Fuente: Vargas (2004). Elaborados con base en cifras del Departamento de Contabilidad e Historias médicas del Hospital.

Gráfico 8
Hospital General del Sur
Población atendida 1998-2002



Fuente: Vargas (2004). Elaborados con base en cifras del Departamento de Contabilidad e Historias médicas del Hospital General del Sur.

ción, que lesionó la principal fuente de ingresos fiscales, como es la industria petrolera, y la economía en general afectando la capacidad contributiva empresarial durante 2002 y 2003.

La comparación de las variables asignación presupuestaria global, recu-

peración de costos y población atendida (ver Gráficos 6, 7 y 8) evidencia el peso de la recuperación de costos en el funcionamiento del Hospital General del Sur, cuya administración está bajo la responsabilidad del gobierno regional. La curva de pacientes atendidos sigue la misma

tendencia que los ingresos por recuperación de costos.

La venta de servicios mediante el denominado "sistema de recuperación de costos" expresa una aparente búsqueda de eficiencia pública regional, facilitando la disminución de 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.

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 práctica en el Hospital General del Sur, con el sistema de Información Gerencial en ambiente Windows (WINSIG), pero fue suspendida. En los hospitales estudiados, no existe la información necesaria para conocer cuanto le cuesta a estas instituciones atender un paciente; por lo tanto se procedió a calcular en su lugar, la *asignación presupuestaria por paciente atendido* en el periodo 1997-2002, así como también, el *valor de los recursos financieros por paciente atendido*; este último

puede asumirse como una medida aproximada de la eficiencia hospitalaria (ver Tabla 2). Para ello 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.

5. Indicadores de ocupación hospitalaria

Otro aspecto importante de la eficiencia hospitalaria se expresa en los indicadores de ocupación, calculados por los Departamentos de Registros y Estadísticas de Salud de los hospitales estudiados.

La importancia de los indicadores se refleja, principalmente, en el proceso de toma de decisiones. Un indicador de acuerdo con Cosialls (2000: 81-82) es una relación entre operadores (datos), una magnitud asociada a una actividad con *función descriptiva* de una situación, de un estado o de una evolución y con una *función valorativa* del efecto de una acción.

Según Testa (1995:242), "...el indicador... es, metodológicamente, una agrupación de datos en base a ciertas características, referida a alguno de los universos posibles -poblaciones- de los que ese dato forma parte... Quiere decir que lo que señala el indicador es algunos de los componentes estructurales del fenómeno, cuya importancia es que sobre ellos es posible realizar descripciones más completas y elaborar discursos explicativos. En este sentido el indicador es no sólo una señal, sino también una base de apoyo para la obtención de información, o mejor aun, de conocimiento".

Ambos autores coinciden en señalar que los indicadores están compuestos por un conjunto de datos, relacionados entre sí y referidos a algún universo o población del cual forman parte, que cumplen una función descriptiva de un fenómeno y a su vez una función valorativa para facilitar la toma de decisiones gerenciales.

En la secuencia que va del dato a la información, el indicador ocupa un lugar intermedio. El dato "... contiene los elementos necesarios para iniciar el proceso que lleve a la construcción de un conocimiento en profundidad -en distintos niveles de profundidad-... En el curso de ese proceso aparecen los indicadores, pero no como parte del mismo sino como una elaboración de datos agrupados y sintetizados de manera que indiquen... elementos importantes de la constitución del fenómeno que se estudia" (Testa, 1995: 241).

El cálculo de indicadores en la gestión hospitalaria, en los últimos años, se ha convertido en un acto mecánico, habitual y usualmente no cumple su función valorativa en la toma de decisiones gerenciales. 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.

En Venezuela, la construcción de los indicadores se realiza con datos de registro habitual "...porque los sistemas de información en nuestros países no están diseñados con propósitos de cambio (de cierta envergadura), sino de consolidación de la situación existente..." (Testa, 1995:249). Los indicadores que se cons-

truyen con datos recogidos del registro habitual se denominan "Indicadores Tradicionales" y su uso está dirigido al mantenimiento y continuación de la situación actual.

De acuerdo con García (1993:109) "Los indicadores actualmente utilizados para apreciar (el uso) de los recursos, siguen reflejando lo cuantitativo de las actividades y servicios que se ofertan; por ello la eficiencia solamente podrá juzgarse cuando al cuantificar la calidad -para cuya elaboración no se dispone aún de fórmulas mensurables, válidas y confiables- se logre interrelacionarla con sus cantidades y con los costos operativos y de financiamiento".

El HUM y el HGS calculan indicadores como parte de su programa de gestión; entre estos indicadores, se encuentran los Indicadores de Ocupación, que serán utilizados en el presente trabajo como punto de referencia en la medición de la eficiencia de los Hospitales (Ver Tabla 3).

De acuerdo con García (1993:118), el porcentaje de ocupación "representa la relación existente entre los días-cama que ofrece el hospital y la utilización en días, que hace el paciente de la cama que ocupa". El porcentaje de ocupación a capacidad real será mayor que el porcentaje de ocupación a capacidad presupuestada debido a que el denominador utilizado en la fórmula para el cálculo del porcentaje de ocupación real es la capacidad de camas real y ésta generalmente será una cantidad menor que la capacidad de camas presupuestadas, en consecuencia se entiende que a menor valor en el denominador, mayor será el resultado de la fórmula y viceversa.

Tabla 3
Indicadores de Ocupación Hospitalaria
1996-2002

Indicadores	Hospital Universitario							Hospital General del Sur						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 Capacidad Máxima Normal de Camas (Potencial Arquitectónico)	928	928	928	928	948	948	948	560	560	560	560	560	560	560
2 Capacidad Real de Camas	729	551	609	640	692	680	665	432	432	432	432	331	161	153
3 Capacidad de Camas Presupuestadas	844	844	844	875	875	807	807	432	432	432	432	432	432	432
4 Promedio Diario de Camas Ocupadas (Días de Hospitalización /Días del Periodo)	597	396	499	550	566	607	619	288	221	237	228	117	185	149
5 Porcentaje de Ocupación Cap. Presup. (Promedio Diario Camas Ocupadas/ Cap. Camas Presup.)*100	71	47	59	63	65	75	77	67	51	55	53	27	43	34
6 Porcentaje Ocupación Cap. Real (Promedio Diario Camas Ocupadas/ Cap. Camas Real)*100	82	72	82	86	82	89	93	67	51	55	53	35	115	97

Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos suministrados por el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo y del Hospital General del Sur.

Para nuestro análisis utilizaremos el porcentaje de ocupación con capacidad presupuestada, puesto que el mismo se calcula con la totalidad de camas que recibe una asignación presupuestaria por parte del estado.

Analizando los indicadores de la Tabla 3, el porcentaje de ocupación a capacidad presupuestada en promedio para el periodo 1998-2002, para el HUM y el HGS, es de 65% y 47% respectivamente y la capacidad de camas presupuestadas (en promedio para el HUM) en ese mismo período es de 842, 432, y 250, lo cual nos indica que existe un 35, 53 y 65 por ciento de camas desocupadas que le generan un costo fijo a las instituciones hospitalarias dado que cada cama presupuestada recibe recursos del Estado para

su potencial funcionamiento; si tomamos en consideración que cada hospital debe mantener un 15% de camas en reserva legítima para resolver situaciones de contingencias, todavía se estarían presupuestando recursos para un 20, 38 y 50 por ciento de camas que no están siendo ocupadas, cuestión que es bastante dicente dado los costos fijos que implica mantener una cama.

En el financiamiento a la oferta de servicios, la situación anterior, es una práctica observada no sólo en los hospitales estudiados, sino también en otros centros hospitalarios, por ejemplo en Colombia, de acuerdo con 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% ó 50%, con unas pocas excepciones generalmente en aquellos de alta tecnología”.

La capacidad presupuestada en HGS se ha mantenido sistemáticamente en 432 camas, a pesar que la capacidad real de camas disponibles se ha reducido significativamente en los últimos años. Esto se corresponde con la caída drástica en la cobertura de pacientes atendidos. De igual manera hay una tendencia a la baja en el promedio diario de camas ocupadas de estos hospitales, la cual responde al panorama general de los mismos, evidenciando un grave deterioro de la cobertura. Sin embargo, en el HUM es de observar que el promedio diario de camas ocupadas muestra una tendencia al alza en los últimos cinco años.

Por otra parte, la discrepancia entre la capacidad real y el promedio diario de camas ocupadas en el HUM y HGS en 2001, está vinculada a la reestructuración por reparaciones de la infraestructura física, por lo cual se improvisaron camas de emergencia.

La situación descrita en las anteriores líneas, es una característica tradicional del financiamiento a la oferta que ha regido nuestro sistema de salud durante décadas y del poco uso que se hace de la información producida por las institucio-

nes prestadoras de servicios de salud pública. Por definición, de acuerdo con Co-sialls (2000:49) el valor añadido de la información para la gestión proviene más del uso que se haga de ella que no propiamente de su proceso de elaboración, siendo imprescindible en este último la rigurosidad en la toma del dato.

Si revisamos los indicadores presentados en la Tabla 4, para el periodo 1996-2002, podemos calcular que en el HUM y el HGS en promedio una cama permanece desocupada 3,5 y 12,57 días respectivamente, entre la salida de un paciente y la admisión de otro paciente para esa misma cama; consideramos que largos intervalos de sustitución lucen poco provechosos cuando de utilización de la cama se trata.

Según lo dicho por García (1993:123), entre las causas que provocan “largos” intervalos de sustitución se encuentran las siguientes:

- a. demanda baja, no hay pacientes en espera de camas,
- b. defectos en los procedimientos de admisión, se rechaza al paciente,
- c. los servicios de apoyo (laboratorio, rayos X, anatomía patológica, quirófano, etc.) no están funcionando a cabalidad.

La causa descrita en el literal a) no parece ajustada a nuestro caso en estudio, en tanto para nadie es secreto las colas que deben hacer los usuarios para optar a una cama de hospital. Se debería prestar especial atención en los literales b y c, considerando dificultades de acceso como consecuencia del cobro del servicio a los usuarios y los problemas financieros que afrontan las instituciones hospitalarias, causados por retraso en el flujo de recursos presupuestarios.

Tabla 4
Indicadores de Productividad Hospitalaria
1996-2002

Indicadores	Hospital Universitario							Hospital General del Sur						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Promedio de Estancia (días) (Días Hospitalización/Total Salidas)	7	8	6	7	6	6	6	11	10	11	10	10	9	8
Índice de rotación (Total salidas-egresos-/Total camas del periodo)	35	22	34	35	37	51	56	22	18	19	20	21	18	16
Intervalo de sustitución (días camas desocupadas) (Promedio Estancia* % de Desocupación / % Ocupación)	3	9	4	4	3	1	0,45	5	10	9	9	27	12	16

Fuente: Departamento de registros y estadísticas de salud de los hospitales HUM, HGS.

Con respecto al número de pacientes atendidos por cama al año -índice de rotación- para el periodo 1996-2002, en el HUM se mantuvo una regularidad que oscila entre 35 y 37 pacientes tratados por cama al año, a excepción de 1997 cuando se atendieron 22 pacientes por cama al año. Se aprecia un incremento de este índice en los años 2001-2002 superando los 50 pacientes tratados por cama al año; el HGS registra en promedio para el período 1996-2002, de 19 pacientes tratados por cama al año.

6. Conclusiones

El estudio realizado nos permitió llegar a las siguientes conclusiones: En los Hospitales estudiados se constata la persistencia del financiamiento a la oferta vía asignación presupuestaria, sin tomar en consideración el comportamiento de los indicadores de eficiencia, cobertura y productividad. El financiamiento a la oferta de

servicios, cuando no existen mecanismos de control, genera ineficiencias en la utilización de la capacidad instalada.

La venta de servicios actúa como medida de racionamiento que impide el acceso a los servicios, a las personas de escasos recursos económicos, y además, es un catalizador del cambio del enfoque de financiamiento a la oferta hacia el financiamiento a la demanda.

El sistema de financiamiento a la oferta con casi ningún control sobre los servicios efectivamente prestados, típico de los modelos tradicionales de salud, sin lugar a dudas favoreció el deterioro de los hospitales públicos, y continúa haciéndolo donde todavía prevalece este sistema.

En los hospitales estudiados no se dispone de sistemas de información para el cálculo de los costos. En tal sentido nos correspondió, a efectos de aproximarnos al conocimiento de los costos, calcular el valor promedio de los recursos financieros por paciente atendido.

Referencias Bibliográficas

- Asamblea Nacional Constituyente (1999), **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**. Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario. Caracas, Venezuela.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2001), **Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social**. En: www.asambleanacional.gov.ve Consultas Enero, julio y diciembre 2002; enero 2003.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2001), **Proyecto Ley Orgánica de Salud**. En: www.asambleanacional.gov.ve Consulta enero 2004.
- Capriles, Edgar; Díaz Polanco, Jorge; Fernández, Yhajaira y Pereira, Zegrí (2001), **La reforma del sistema de salud de Venezuela: opciones y perspectivas**. Papel de trabajo preparado por el equipo del proyecto RESVEN, presentado a la Comisión de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional el 05-02-2001, Caracas, Venezuela.
- Congreso de la República de Venezuela (1998), **Ley Orgánica de Salud**. Gaceta Oficial N° 5.263 Extraordinario. Caracas, Venezuela.
- Cosials, Delfí (2000), **Gestión Clínica y Gerencial de Hospitales**. Madrid, España. Ediciones Harcourt, S.A. Editorial EDIDE, S.L. Pp. 197.
- Cubillán, Raiza (2003), **La eficiencia en hospitales públicos de Maracaibo**. Trabajo para optar a la categoría de profesor ordinario. La Universidad del Zulia.
- Gamboa Cáceres, Teresa (2003), **Modernización de los Sistemas de Salud en Colombia y Venezuela**. Hacia un cambio en las Relaciones de Poder. Tesis de Doctorado en Ciencia Política, Universidad del Zulia, Maracaibo.
- García, José (1993), **Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica**. Disinlimed, C. A. Caracas, Venezuela. Pp.477.
- INE (2001), **Síntesis Estadística**. Zulia.
- Jaramillo Pérez, Iván (1994), **El Futuro de la Salud en Colombia- Ley 100 de 1993- Política Social, Mercado y Descentralización**. FESCOL, Bogotá.
- 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 (1998), **Decreto No. 2.944 Con Rango y Fuerza de Ley que Regula el Subsistema de Salud**. Gaceta Oficial No.36.568. Caracas.
- Ochoa Henríquez, Haydée (1996), **La Reforma de la Administración Pública en Venezuela – Proyectos y Realidad**. Trabajo presentado en el I Congreso Europeo de Latinoamericanistas, Salamanca, España.
- Paz, Alexander (2003), Intendente Hospital General del Sur. Maracaibo. Entrevista.
- Rondón Morales, Roberto (1996), **La Descentralización de la Salud en Venezuela**, Editorial Litho Color, Caracas, Venezuela.
- SAHUM (2000), **Hospital Universitario de Maracaibo 40 años de historia**. Ediciones Astro Data S.A. Maracaibo, Venezuela.
- SAHUM (1998-2002), Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. **Informes de Gestión**. Maracaibo, Venezuela.
- SAHUM (2002), **Presupuesto 2002**. Hospital Universitario de Maracaibo.
- Saltman, Richard y Figueras, Joseph (1997), **Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales**. OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España.

Tafur C., Luis Alberto (2001), **La Salud en el Sistema General de Seguridad Social**. Centro Editorial CATORSE SCS. Cali, Colombia. Pp.460.

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

Vargas, Ingrid; Vásquez, M.L. y Jané, Elizabeth (2002), **Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica**. Cuadernos Saúde Pública, 18(4) Río de Janeiro.

Warner, Kenneth y Luce, Bryan (1995), **Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud**. Biblioteca de la salud. México.