

**GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
APLICADA A SERVICIOS MIXTOS
(ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS)
DE ATENCIÓN DE SALUD.
PERSPECTIVA ACTUAL EN
VENEZUELA**

Autor: Antonio Villavicencio
drajvillam@gmail.com

RESUMEN

La gerencia de nuestro tiempo usa la calidad total (TQM, por sus siglas en inglés) para mejorar el funcionamiento de las organizaciones, con la perspectiva de aplicarlo a la temática sobre los servicios mixtos de atención de salud, con enfoque en las asociaciones público-privadas, en el contexto actual de la realidad venezolana. Lo expuesto se indaga en el presente artículo y representa la primera fase de una investigación analítica, sobre la temática señalada. Por ello, se realizó una investigación documental, siguiendo la metodología de selección y acopio de fuentes referenciales relevantes y pertinentes, con posterior integración hermenéutica de los conceptos y constructos más importantes. Se encontraron como elementos principistas para el análisis, los siguientes aspectos: el liderazgo y el manejo de los conceptos de sistema de calidad, la forma de funcionamiento y las fuentes de financiamiento; de esta última, se destaca la experiencia exitosa de asociaciones público-privadas en materia de construcción de infraestructuras sanitarias y en menor cantidad de casos, en la prestación de algunos tipos de atención de salud. En cuanto a la situación actual del sistema de salud venezolano, se resume en la consideración de presentar graves fallas operativas y de financiamiento. Así, el sustento teórico-empírico que aporta el presente artículo, permite establecer la premisa analítica sobre el rol de la TQM como elemento de gerencia moderna, que es pertinente de ser aplicada a organizaciones de salud mixtas, con potencialidad de ser creadas o fortalecidas en el actual contexto venezolano. La premisa en mención se va a indagar en profundidad como prosecución de investigación, por representar una excelente estrategia para fomentar el diálogo y acercamiento de posiciones entre todos los actores del sistema de salud venezolano.

PALABRAS CLAVE:

gerencia; calidad total;
servicios de salud;
sistemas de salud;
asociaciones público-
privadas; contexto actual
de Venezuela

**TOTAL QUALITY MANAGEMENT APPLIED TO MIXED SERVICES
(PUBLIC-PRIVATE ASSOCIATIONS) OF HEALTH CARE. CURRENT
PERSPECTIVE IN VENEZUELA**

Author: Antonio Villavicencio
drajvillam@gmail.com

ABSTRACT

The management of our time uses total quality (TQM) to improve the functioning of organizations, with the perspective of applying it to the theme of mixed health services, with a focus on public-private partnerships, in the current context of the Venezuelan reality. The above is investigated in this article and represents the first phase of an analytical investigation on the aforementioned topic. For this, a documentary research was carried out, following the methodology of selection and collection of relevant and pertinent reference sources, with subsequent hermeneutical integration of the most important concepts and constructs. The following aspects were found as principles elements for the analysis: leadership and management of the concepts of the quality system, its operation and the sources of financing; of the latter, stands out the successful experience of public-private partnerships in the construction of health infrastructures and in fewer cases, in the provision of some types of health care. As for the current situation of the Venezuelan health system, it is summarized in the consideration of presenting serious operational and financial failures. Thus, the theoretical-empirical support provided by this article, allows establishing the analytical premise on the role of TQM as an element of modern management, relevant to be applied to mixed health organizations, with the potential to create or strengthen them in the current Venezuelan context. The premise in question will be investigated in depth in the continuation of this research, since it represents an excellent strategy to promote dialogue and rapprochement of positions among all the actors involved in the operation of the Venezuelan health system.

Keywords: total quality management; health services; systems of health; public-private partnerships; current context of venezuela

INTRODUCCIÓN

Este artículo representa el avance documental tipo aproximación al estado del arte de una investigación analítica sobre la gerencia de calidad total aplicada a servicios mixtos (asociaciones público-privadas) de atención de salud y su perspectiva actual en Venezuela. Para ello, se inicia con la actualización del tema, desarrollando cada tópico por separado. A partir de dicho desarrollo, se formula el problema de la presente investigación documental, bajo la forma de tópicos de discusión, que se contienen en un contexto de presentación de referencias y de desarrollo de estrategias de aplicabilidad, para la realidad actual venezolana.

Así, en la prosecución de la investigación, se va a indagar sobre la forma de incorporar al actual sistema de salud venezolano, los modelos gerenciales modernos y de avanzada, en función de contribuir con la mejora de los niveles de prestación de servicios, la satisfacción de los usuarios y los

niveles de equidad; todos los cuales se encuentran en niveles de deficiencia, dados por elevados niveles de mortalidad infantil, mortalidad materna, resurgimiento de endemias, entre otros aspectos (Briceño-Iragorry y González Reyes, 2017).

Para ello, se propone aplicar los principios de la gerencia de calidad total (TQM) en función de impactar la implementación y el funcionamiento de sistemas-servicios mixtos, tipo asociaciones público-privadas, de atención de salud en la Venezuela contemporánea, específicamente, en el funcionamiento del contexto hospitalario. La aplicación propuesta se pretende estudiar mediante un proceso de indagación en profundidad sobre los siguientes tópicos a contrastar: gerencia de calidad total, sistemas-servicios mixtos de atención de salud y asociaciones público-privadas, en su aplicación a la realidad de la Venezuela contemporánea, con la finalidad de contribuir con la mejora integral del sistema de salud.

**Estado de desarrollo (antecedentes
y supuestos teóricos)****Gerencia de calidad total y
sistemas de salud**

La gerencia o gestión basada en la calidad total adquiere su principal antecedente en los fabricantes japoneses, quienes recurriendo a pensadores occidentales contemporáneos sobre la gestión participativa, como Likert, Drucker y Maslow, impulsaron ideas sobre un control de calidad en toda la empresa, lo que posteriormente pasó a denominarse gestión total de la calidad (TQM, por sus siglas en inglés); concepto así acuñado por Ishikawa (Lillrank, 2015).

No obstante, la principal aplicación en el campo de las industrias y empresas, ha derivado en su uso en otro tipo de organizaciones, como por ejemplo, las encargadas de prestar servicios de atención de salud, en las cuales se han utilizado varias estrategias de gestión de calidad, tales como: garantía de

calidad, mejora continua de la calidad y gestión de calidad total (TQM); todas ellas, aplicadas al proceso empresarial de reingeniería y el despliegue de funciones de calidad para mejorar la calidad de la atención (Mosadeghrad, 2015).

Se reconoce que la TQM permite a las organizaciones de salud identificar los requisitos de los usuarios, los puntos de referencia para las mejores prácticas y la mejora de los procesos para brindar una atención adecuada, con lo que se contribuiría a reducir la frecuencia y severidad de los errores de atención de salud. En definitiva, el modelo gerencial de la TQM puede llevar a una mayor atención de calidad, mejorar la satisfacción del paciente, mejorar la moral de los empleados e incrementar la productividad y rentabilidad (Mosadeghrad, 2015).

Es por eso que La TQM es una filosofía que pretende proporcionar a las organizaciones una plantilla para el desempeño exitoso a través de la satisfacción del cliente; y se puede describir como el desarrollo de una cultura organizacional, definida por el

logro constante de la satisfacción del cliente a través de un sistema integrado de herramientas, técnicas y actividades de formación, representando una forma de gestionar para mejorar la eficacia, eficiencia, flexibilidad y competitividad de una organización o empresa en su conjunto, sobre todo, mediante la eliminación de elementos de desecho, al involucrar a todos sus integrantes en la mejora de la forma en que las cosas se realizan (Mosadeghrad, 2005).

Por tanto, la TQM está desarrollada para transmitir el esfuerzo total de toda la organización, lo que implica que la fuerza laboral se concentre en el proceso de mejora continua para el logro de la satisfacción de los clientes. En este sentido, se reconoce la TQM como una filosofía de gestión integrada y un conjunto de prácticas que enfatiza los siguientes aspectos: mayor participación de los empleados, trabajo en equipo, práctica de reuniones para conocer los requerimientos de los clientes, la gestión por hechos, la resolución de

problemas basada en el trabajo en equipo, la medición constante de resultados y el mantenimiento de una relación estrecha con los proveedores, entre otros aspectos (Mosadeghrad, 2005).

Cabe destacar que, los objetivos de la TQM consisten en: satisfacer las necesidades de los clientes, prevenir las deficiencias en la calidad de atención, en lugar de corregir los problemas después que se han presentado, desarrollar una actitud de mejora continua, entender el valor de medir el rendimiento para identificar oportunidades que mantengan las reformas, eliminar las fuentes crónicas de ineficiencias. Con el fin de lograr los objetivos mencionados, así como para obtener ventajas competitivas, los principios de la TQM deben ser entendidos, para lograr su compromiso por toda la fuerza laboral de la organización, antes de implementar un modelo de TQM (Mosadeghrad, 2005).

Los principios de TQM en los sistemas de salud incluyen enfocarse en: liderazgo con compromiso efectivo de gestión, tanto de los

empleados, usuarios, proveedores y socios; cuantía de recursos materiales, manejo de sistemas de información para la formación de los empleados, participación de los empleados, responsabilidad de los empleados, toma de decisiones usando hechos y datos, gestión de riesgos tomando en cuenta aspectos de comunicación; en síntesis, el proceso de mejora de la calidad (Mosadeghrad, 2005).

En definitiva, puede afirmarse que la TQM es la cultura de una organización comprometida con la satisfacción total del cliente, mediante la mejora continua. En tal cultura, los recursos, el material, el equipamiento y los sistemas de gestión de calidad se implementan de manera rentable, utilizándose plenamente. La TQM exige mejores relaciones con los proveedores, para establecer una verdadera asociación de trabajo.

La TQM requiere que los sistemas de comunicación se adapten a los requerimientos laborales, no a los de la jerarquía, para lo cual corresponda exista una constancia de propósito de toda la

organización, así como tener persistencia en torno a una visión clara, ampliamente entendida; en función de lograr un entorno que se nutra del compromiso total de todos los empleados, proporcionando beneficios en las áreas de reducción de costos, satisfacción del cliente, satisfacción laboral de los proveedores y mayor participación de mercado (Mosadeghrad, 2005).

Actualmente, se reconocen numerosos intentos de incorporar la TQM en las organizaciones de salud (sobre todo, en países en vías de desarrollo), aun cuando poco se sabe sobre la efectividad de dichos procesos de incorporación; por ello, se requiere de investigaciones que indaguen sobre los efectos de la implementación de la TQM en las organizaciones de salud, para así identificar áreas problemáticas y posibles soluciones a su implementación.

Sistemas mixtos de atención de salud

En cuanto a los sistemas mixtos de atención de salud, es importante

considerar para su aproximación, la existencia de dos formas fundamentales de proporcionar dicha atención, con financiamiento o con medios públicos o privados, lo cual, en la mayoría de los casos, se estudia revisando las particularidades como se presta dicha atención en los países; es decir, si la atención de salud se presta sólo con fondos públicos (por ejemplo, en el Reino Unido), sólo con fondos privados (en E.E.U.U.) o con fondos mixtos (la mayoría de los países del planeta Tierra, incluyendo Venezuela).

Así mismo, es importante considerar los modelos y estructuras organizacionales de los sistemas de atención de salud, por cuanto aportan información relevante la dilucidación del carácter mixto de los mismos. En este sentido, se tiene que los sistemas latinoamericanos y caribeños según su estructura organizacional se pueden caracterizar en cuatro bloques: (i) Modelo público integrado, donde se incluye al Caribe Inglés y Costa Rica, (ii) modelos segmentados típicos de la región, con dos estructuras públicas paralelas a

cargo del Ministerio de Salud nacional y el Instituto de Aseguramiento Social, donde se ubica Venezuela, entre otros países del área, (iii) público con subcontratos y (iv) intensivo en contratos entre subsistemas, donde se ubican Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Colombia (Maceira, 2014). En todos estos modelos se acompasa un sector privado de atención de salud.

Ahora bien, lo planteado implica una consideración de carácter macro y suprasistema de los sistemas de atención de salud, correspondiendo ubicar y llevar dicha descripción hacia un contexto más básico y unitario de la atención de salud, donde por ejemplo, se tendrían a los hospitales, en función de tener hospitales con atención de salud mixta, es decir, público-privado o más concretamente, con ambientes de atención pública y privada. En este sentido, se tiene que una inquietud mayor en dicho funcionamiento estaría en relación con las fuentes de financiamiento del sistema de atención de salud, surgiendo como inquietud inicial, la deseabilidad de la

existencia de sistemas mixtos de atención de salud en términos de equidad.

En este aspecto, Marchand y Schroyen (2003) ante la pregunta: ¿La atención de salud debería ser pública, privada o ambas?; examinan dicha pregunta tomando en cuenta las diferencias en los ingresos de las personas y en el riesgo que encaran con las enfermedades que presentan, asumiendo que la enfermedad reduce la dotación de tiempo de una persona cuando espera un tratamiento, y dicho tratamiento se puede obtener en un sector privado competitivo (a través de un seguro privado) o en el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) donde se proporciona de forma gratuita, después de un tiempo de espera endógeno o propio de cada servicio. Ante este planteamiento, se tiene que el equilibrio en el sector de la atención de salud consistiría en el tiempo de espera para recibir el tratamiento en el NHS, en forma tal que el enfermo no quiera cambiar de proveedor de atención de salud.

El equilibrio mencionado se regiría por dos políticas públicas: el sistema de impuesto sobre la renta y el tamaño del NHS; donde la interacción de dichas políticas conllevaría alguno de los tres siguientes desenlaces: primero, un sistema mixto con un sector pequeño de atención de salud pública, el cual aportaría un bienestar social más bajo que un sistema público puro; segundo, un sistema mixto con un NHS suficientemente grande, lo que implicaría que el sistema público puro podría mejorar aún más su desempeño, si la dispersión de las capacidades de las ganancias es lo suficientemente grande; y tercero, un sistema mixto de atención de salud donde el riesgo para la salud se correlaciona negativamente con la capacidad de atención, lo que implicaría el requerimiento de contar con un NHS mucho más grande (Marchand y Schroyen, 2003).

Otro aporte a la problemática de los sistemas mixtos de atención de salud, en cuanto a su financiamiento, lo aporta Nishtar (2010), quien plantea que cuando una combinación

pública y privada de servicios de salud muestra "síntomas" de calidad y equidad comprometidas, se puede "diagnosticar" como de estar presentando un síndrome de sistemas de salud mixtos, el cual se caracterizaría por presentar indicadores clave de desempeño deficiente de los sistemas de salud. La autora plantea que en dicho síndrome predominaría el fracaso en lograr la "equidad en el financiamiento", lo cual se debería fundamentalmente a la existencia de un predominio en los pagos de la atención de salud directamente de las finanzas de los usuarios del sistema.

Por esta razón, cuando el sector privado presta principalmente la atención, los problemas de gestión y desempeño se manifiestan en el sistema público y, por lo tanto, este último, refleja una pobre capacidad de respuesta, produciéndose una incapacidad para lograr la "equidad en los resultados", lo que se hace endémico en todo el sistema.

Conforme a esto, se tiene que la combinación público-privada de atención de salud no es

necesariamente una garantía de bajo rendimiento, por lo que las políticas públicas relevantes a nivel local corresponde utilicen a los proveedores privados de una manera positiva, sobre todo si se toma en cuenta que es poco probable que los mercados privados desaparezcan en el corto plazo, lo que lleva a considerar, en forma importante, el posible impacto de los mismos, en los objetivos de los sistemas de salud. Así, para que sea beneficiosa la asociación público-privada, ambos lados de la interfaz deben participar en el intercambio, con representantes con conocimiento y experiencia de todos los recursos sociales y materiales relacionados directa o indirectamente con la asociación (Waluszewski, Hakansson, Snehota, 2019).

Así, los países en desarrollo con sistemas de salud mixtos deben aprovechar las experiencias de muchos países de ingresos altos y algunos de ingresos medios, que han desarrollado formas de regular a los proveedores privados, lo que implica que se debe desarrollar un gran

esfuerzo para mejorar la capacidad técnica de las agencias de administración y regulación de la atención de salud de los países en desarrollo; y tales medidas, corresponde se acompañen de grandes esfuerzos para ampliar la base de financiamiento público para la atención de salud (Nishtar, 2010; Ruiz, Sarmiento, Sota, 2017; Romero y Gideon, 2020).

Como implicación práctica, Nishtar (2010), plantea que, mediante reformas regulatorias se podría permitir el uso de proveedores privados para ampliar los servicios de atención primaria de salud y lograr así, una mayor equidad. Para que dichos cambios se realicen las agencias de salud de los países deben mejorar su normativa y papel de supervisión, haciendo énfasis en separar las funciones regulatorias, las de implementación y las de realización de políticas. Así, con el desarrollo de una corresponsabilidad de los sistemas de salud mixtos, se podría alcanzar la meta de la "salud para todos", mediante el incremento del financiamiento público y el

aprovechamiento del accionar de los proveedores privados de servicios de atención de salud.

Una tercera visión u aporte hacia la comprensión de los sistemas mixtos de atención de salud, se tiene en el planteamiento de Barlow, Roehrich y Wright (2013), en relación con el desarrollo de nuevos modelos de atención de salud mediante la implementación de asociaciones público-privadas, donde, por ejemplo, a nivel europeo se están reemplazando estructuras públicas de pacientes hospitalizados desmoronadas por infraestructuras flexibles, desarrolladas con financiamiento privado, que están más estrechamente vinculadas a los servicios de atención de salud, requiriéndose una mayor sofisticación en el diseño de dichas asociaciones público-privadas, en particular para trazar los límites alrededor de los cuales se incluyan los servicios a ser prestados dentro del alcance del contrato.

Un ejemplo del diseño planteado es el Hospital Coxa, en Tampere, Finlandia, donde los servicios

ortopédicos electivos existentes se han consolidado en un nuevo hospital, en el cual la asociación público-privada involucra a una empresa privada con contratos anuales, con el hospital universitario local y con la municipalidad, quien es la responsable de contratar y por ende, comprar los servicios de atención de salud en Finlandia (Barlow, Roehrich y Wright, 2013).

En definitiva, se tiene que los ejemplos exitosos de asociación pública-privada en materia de atención de salud, que son patentes en cuanto al desarrollo de infraestructuras, corresponde extenderla a la prestación de servicios clínicos (lo que representa una capa de complejidad extra al papel referido y reconocido que juega la asociación referida), en función de obtener logros en términos de una mejor atención de salud y con mayores resultados económicos. Para ello, se requiere crear mecanismos de administración de incentivos y riesgos aceptables para todas las partes (Barlow, Roehrich y Wright, 2013).

Ahora bien, es relevante señalar que en abril del año 2016, la OMS, en su asamblea general, presentó un documento sobre como orientar los servicios de salud, para que sean integrados y centrados en la persona, en función de reflejar los conflictos con los que se enfrentan en la actualidad los servicios de salud, además de los retos a afrontar. A este fin, se exponen cinco estrategias para el desarrollo del marco en mención, a saber: responsabilizar a las personas y comunidades, fortalecer la gobernanza, mediante la rendición de cuentas, reorientar el modelo asistencial, coordinar servicios inter e intra sectorial, y crear condiciones propicias de desarrollo.

De las estrategias mencionadas, es importante desarrollar la referida a la coordinación de servicios entre sectores y dentro de ellos. Dicha coordinación debe tener como base estar al servicio del individuo, mediante circuitos asistenciales, sistemas de derivación, y gestión de casos como más relevantes; igualmente se refiere al compromiso de articular la coordinación entre

programas y proveedores sanitarios y de salud (públicos y privados), así como entre sectores entre sí (servicios sociales, educación, entre otros) (OMS, 2016).

Es perentorio reconocer que el modelo de servicios mixtos de atención de salud está en pleno debate, donde la particularidad de conformar asociaciones público-privadas, se está mostrando con fuerza en la realidad de las políticas de salud europea, mientras que el financiamiento mixto de los sistemas de atención de salud permanece como una de las principales inquietudes en la agenda de los hacedores de políticas públicas de salud de los países en vías de desarrollo.

Sistema de salud venezolano

La revisión del devenir histórico de la salud pública en Venezuela, con la particularidad de señalar la condición de la situación actual del sistema de salud, para el final de la segunda década del siglo veintiuno, es pertinente para enmarcar la

potencial aplicación de la gerencia de calidad total en sistemas mixtos de atención de salud.

Así, se puede establecer el inicio de la salud pública en Venezuela con las características culturales y lingüísticas de los aborígenes de Venezuela (cultura prehispánica), con el exponente típico de la medicina indígena que fue el Piache, quien realizaba una pluralidad de funciones: médico, sacerdote, adivino o hechicero, que fundamentalmente consistían en chupadas, masajes, soplos y aplicación de estas según las circunstancias y la gravedad de los casos y con la llegada de los primeros galenos a principio del siglo XVI, como parte integrante de las expediciones militares. En los años subsiguientes ocurrieron muchos acontecimientos de gran significación sanitaria y de salud, que llevaron a la conformación de un sistema de atención de salud acorde con los desarrollos técnicos de la época, hasta aproximadamente la última década del siglo veinte, cuando por estrecheces económicas se produce

un desmedro de la salud del venezolano, derivado fundamentalmente a un incremento en el gasto derivado para el pago de personal, así como malas administraciones de los recursos, que entre otros desenlaces, llevaron a la construcción de establecimientos hospitalarios con insuficiente planificación o justificación (Briceño-Iragorry y González Reyes, 2017).

Aunado a la implementación de políticas de fragmentación del sistema de salud venezolano, llevaron a la situación que se presenta para los años postrimeros de la segunda década del siglo veintiuno, cuando para Venezuela, se reporta una inversión en salud por debajo del 4 % del PIB, tanto en el sector público como en el privado, muy por debajo del promedio de América Latina (7,9%) y mundial (por encima del 10%). En este sentido, y tomando en cuenta que la oferta de servicios en medicina y en salud se sostiene sobre cuatro elementos: la infraestructura, el recurso humano, la tecnología y la logística de suministro; se sentencia que cada uno de esos

aspectos está, posiblemente, en el peor momento histórico de los últimos cincuenta años (Briceño-Iragorry y González Reyes, 2017).

En este contexto, se tiene que para el elemento recurso humano en Venezuela, todos los sectores sufren las consecuencias de la grave crisis gerencial que se confronta, de lo cual no escapa el gremio médico venezolano, que ha sido el más agredido, despreciado, perseguido y limitado en su quehacer diario y en sus derechos laborales, por el sector que ha ocupado las funciones de gobierno en la primera parte del siglo XXI; dicho gremio ha mantenido una constante y aguerrida lucha en pro de la salud del pueblo venezolano.

Los médicos con plena consciencia de ser líderes sociales natos, desde sus primeros pasos en los estudios de medicina, mantienen contacto con el paciente y la comunidad, involucrándose en su problemática de salud e igualmente en lo personal, social y económico. De esta forma, el enfermo ve al médico como la persona que debe solucionar su problema, aun cuando

a veces no se pueda, pero lo exige y en la mayoría de los casos, lo agradece. Por ello, corresponde ser profesionales no silentes, no indolentes ante la situación de los pacientes, para de esta forma, afrontar en forma constructiva, la grave crisis económica y de salud que vive el país. En definitiva, es ineludible evitar ser cómplices de este desastre, manteniendo los deberes necesarios de los pacientes, realizando el mayor esfuerzo posible en mejorar los procesos que los afectan, utilizando la experiencia lograda a través de años de labor, de actualización, de aplicar los mejores procedimientos, exploraciones y tratamientos adecuados.

No obstante, el gremio médico y el de la salud se encuentra en presencia de un gobierno que se hace infalible, inhumano, atropellador, incapaz, autoritario con una meta fija del poder sólo por el poder, lo que ha condicionado cierto estado de miedo y temor en el quehacer diario de la atención de salud; por esta razón, muchos de los médicos venezolanos, ante la posibilidad de ser señalados,

administrativamente, encarcelados, despedidos, exiliados y muchas veces agredidos físicamente, prefieren callar, no opinar, no participar, creando una matriz de opinión que no se corresponde con la realidad.

En este contexto, se pueden catalogar como patéticos y trágicos, los casos de médicos encarcelados y perseguidos, no sólo por denunciar irregularidades, sino simplemente por decir la verdad; entre algunos de ellos, se tienen a los siguientes especialistas: Dr. José Colón en la Maternidad Concepción Palacios y el Dr. Jorge Luis Pérez de la Maternidad del Sur en Valencia, por defender los derechos de los pacientes o querer aceptar medicamentos de ayuda humanitaria. Otros denunciaron la reaparición de la difteria, y algunos tantos más, simplemente por disentir públicamente, fueron acusados de traición a la patria.

Por tanto, es relevante reconocer que la relación asistencial representa una práctica social institucionalizada, que tiene por objeto realizar un cuidado

sociosanitario de la salud de las personas. Dicha actividad, humana y cooperativa, es guiada por normas éticas, jurídicas, deontológicas, técnicas, económicas y comunicativas, entre otras, que en la práctica pueden implicar actitudes, tanto individuales como colectivas, de sobreponerse, para constituir comportamientos de unión con solidaridad, sin caer en acciones de agresión, ni de descalificación, en defensa de todo aquel, que por mala fe o mala intención de un determinado gobierno, sea afectado; es decir, corresponde asumir conductas de apoyo con solidaridad, compañerismo y sobre todo, valor en las circunstancias adversas que se presenten, sin que ello implique la obligatoriedad de defender a personas incurso en delitos plenamente demostrados y que deben ser asumidos por quienes lo hayan cometido.

Lo señalado muestra la realidad de la segunda década del siglo XXI, y particularmente, de los años finales de dicha década, donde se describe un bajo desempeño del sistema de

salud de Venezuela, en relación con sus similares de América Latina, que mantiene la tendencia general de impulsar reformas que garanticen mejoras sustanciales en tres aspectos fundamentales: (1) el financiamiento de la atención, (2) la descentralización de la atención a los niveles subnacionales y locales, y (3) la introducción de modalidades de prestación que vinculen a los servicios tanto de la esfera pública como la privada. En dichos aspectos, el sistema de salud venezolano confronta grandes e indudables rezagos (Briceño-Iragorry y González Reyes, 2017).

Se infiere que existe una debacle gerencial en el sector salud, con características de ser progresiva y acelerada; siendo que desde el año 2014, se puede considerar haber entrado en una fase de emergencia, pasando rápidamente a terapia intensiva; con un punto de quiebre para el año 2015; y en el año 2017, se pudiera afirmar que se inició el colapso de la salud pública, con tendencia marcada de extenderse al

sector privado, que está igualmente en crisis total.

En cuanto al tercer aspecto de la tendencia de las reformas, en la realidad actual del sistema de salud de Venezuela predomina la falta de articulación entre el subsistema público y el privado, donde se resalta el hecho que las características generales de las políticas económicas implementadas desde el año 1999 hasta el presente, que ha hecho prácticamente inviable la participación del subsistema privado en el apoyo de la gestión gubernamental en salud, dificultando el accionar de múltiples instituciones privadas y asociativas en el área de salud del país; lo cual sintetiza la realidad contemporánea de la problemática que se está revisando (Briceño-Iragorry y González Reyes, 2017).

En este orden de ideas, corresponde acotar que en el contexto venezolano actual, se resalta la existencia de una falta de articulación entre el subsistema público y el privado; sobre todo por las características generales de las políticas económicas implementadas

desde el año 1999, donde la participación del subsistema privado no ha sido una prioridad en la gestión gubernamental, sino más bien creando amplias restricciones a la actividad del sector productivo, aprobando regulaciones y generando prácticas que limitan la acción de múltiples instituciones privadas y asociativas en el área de salud del país.

Por esta razón, se han debilitado, hasta la práctica desaparición, recursos humanos, desarrollo de tecnologías, prestación de servicios, actividades de investigación, entre otras áreas, llevando al efecto negativo de impedir que millones de venezolanos se beneficien de la sinergia entre ambos componentes de la salud del país; con lo que se puede establecer que el actual sistema de salud de Venezuela encara los mayores retos en América Latina para prestar servicios de alta cobertura y calidad a toda la población, requiriéndose adoptar transformaciones que deben acometerse para impulsar cambios significativos en el financiamiento,

con la implementación de las siguientes estrategias: aumentar las fuentes públicas, reimpulsar la descentralización de los servicios de salud, y poner en marcha modalidades innovadoras que faciliten la vinculación entre los subsistemas públicos y privados (Briceño-Iragorry y González Reyes, 2017).

Experiencias de asociaciones público-privadas de salud en Venezuela

En este aparte se hace a información de carácter anecdótico, por cuanto se carece de investigaciones científicas sobre el funcionamiento del esquema de asociación público-privada en salud en Venezuela, estando las mismas, geográficamente hablando, circunscritas a la ciudad de Mérida, estado Mérida, República Bolivariana de Venezuela.

Así, la primera experiencia a la que se realiza mención, se refiere al sistema de ambulatorios urbanos del estado Mérida (entes precursores del

Hospital Universitario de Los Andes; HULA), en los cuales, funcionó un esquema de asociación público-privado, donde en las áreas de hospitalización, existían ambientes públicos y otros semi-privados, teniéndose referencias de desempeñarse de forma excelente en materia de prestación de atención de salud; dicho esquema funcionó varios años. Aunque en el momento actual se encuentra sin funcionar, teniendo que la razón fundamental por la que cesó dicha modalidad, se debió a decisiones de carácter político-administrativas, dictaminadas por instancias gubernamentales-estadales cambiantes, que tomaban sus decisiones sin criterios gerenciales, ni de políticas públicas de salud.

La otra referencia se tiene en el centro de Atención Médico Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA), que es una institución que presta servicios de salud a un importante conglomerado de la población merideña, fundamentalmente al grupo de trabajadores y estudiantes de la

ilustre Universidad de Los Andes, así como al público en general; la labor que cumple este centro asistencial, la realiza básicamente a través de dos grandes programas: el primero es el de atención ambulatoria, que comprende: educación para la salud, atención de medicina de familia, diversas especialidades médico-odontológicas, atención de emergencias y servicios de laboratorio, imagenología y farmacia. El segundo programa es el de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), con una prestación de servicios ininterrumpida las 24 horas del día, que atiende una población aproximada de 42 mil 233 usuarios. Se puede considerar que el primer programa funciona a partir de fondos de financiamiento público, mientras que el segundo es de carácter mixto, es decir, con financiamiento público y privado.

Así, como referencia de investigación sobre la calidad de la atención que se presta en el CAMIULA, se tiene una valoración que se realizó de la misma en el programa de medicina de familia,

encontrando que la satisfacción del usuario fue excelente, así como la del equipo de salud, sin embargo hubo una calidad de la atención regular, proponiéndose estrategias de solución a partir de una matriz de planificación estratégica, de donde se resalta la propuesta de estrategia vinculada con el exhorto al Consejo Universitario para que a través de su cuerpo de asesores, establezca alianzas interinstitucionales con entes gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios, para la regulación y adquisición de equipos e insumos médicos esenciales; igualmente, en la investigación en mención, recomiendan que las escuelas de medicina incorporen en sus planes de estudios, el componente de la administración, además que se aprovechen en sus procesos de enseñanza, la experiencia de los directivos de los servicios de salud, en busca de acuerdos entre la realidad y la teoría, la clínica y la administración de salud entre las instituciones de atención a la salud y

las universidades (Torres, Mejía y Chipia, 2017).

SUSTENTO METODOLÓGICO

La metodología seguida en la presente investigación documental consistió en realizar una selección documental, consultándose doce referencias, con cobertura temporal de los últimos quince años, con especificidades temáticas sobre la mejora continua del sistema de salud venezolano y utilizando como descriptores generales, los siguientes términos: Gerencia; Calidad Total; Servicios de salud; Sistemas de salud y Asociaciones público-privadas. Los instrumentos de consulta fueron fichas bibliográficas y analíticas, donde se plasmaron los contenidos obtenidos de las diversas fuentes revisadas; se construyeron, tomando en cuenta la naturaleza y alcance hermenéutico de la investigación; mientras que para el acopio de los conceptos fieles aportados por los autores de las referencias consultadas, se emplearon fichas textuales. Finalmente, dichos

conceptos, se ordenaron y agruparon siguiendo criterios de relevancia y pertinencia, para sustentar las diversas hipótesis surgidas durante el proceso de indagación documental (Gómez, 2010).

Visión prospectiva de la investigación

Desarrolla la secuencia de todos los pasos a seguir hasta la culminación de la investigación. Destaca de forma concluyente su objetivo final. Con el presente artículo, se muestra el desarrollo de los fundamentos teóricos y empíricos actuales de la gerencia total, los sistemas-servicios mixtos de atención de salud, con énfasis en las figuras de las asociaciones público-privadas y su potencial aplicabilidad en la realidad de la Venezuela contemporánea, haciendo énfasis en dos ejemplos de asociaciones público-privadas en materia de atención de salud que han funcionado/funcionan en Venezuela.

Así, el sustento teórico-empírico conformado como aproximación al

estado del arte, tiene como objetivo, dar sustento a la investigación analítica sobre la gerencia de calidad total aplicada a servicios mixtos (asociaciones público-privadas) de atención de salud y su perspectiva actual en Venezuela. El aporte específico de la presente revisión, apunta hacia el requerimiento de manejar en forma apropiada los programas de la TQM, sus fortalezas y debilidades al momento de implementarlo, los factores que afectan su implementación en organizaciones públicas de salud, las características distintivas de un sistema de atención de salud mixto, bien sea en su carácter operativo o de financiamiento; y el estado y forma actual de funcionamiento del sistema de atención de salud venezolano, donde existe una realidad que es afectada interna y externamente por una gran cantidad de actores, quienes corresponde sean acercados e integrados en una estructura-andamiaje de diálogo-negociación, que coloque el interés superior de los habitantes de Venezuela, por encima de cualquier otro.

En este sentido, se tiene que para llevar adelante lo expuesto, se requiere de un diálogo, bien entendido y manejado, ante la severidad de la actual crisis, lo que precisa de los mejores hombres, quienes con esfuerzos sinceros, en conjunto con actores del sector oficialista, acepten las fallas, para así tomar decisiones que sean de beneficio para la población, manteniendo el respeto que debe privar en todo momento, en función de llegar a soluciones rápidas y prácticas. En función de ello, se destaca la existencia del positivismo que puede hacer posible seguir creyendo en una generación que lucha por hacer, dando lo mejor de sí, para que la meritocracia permita el rescate de lo perdido, permitiendo confiar en el futuro. En este contexto, se destaca el papel del presente artículo, como progreso de una investigación del tipo analítica, que permita demostrar que la gerencia bajo enfoques paradigmáticos modernos, de avanzada, es pertinente para aportar conocimientos con sabiduría, en función de encarar

de la mejor forma posible, los desafíos que siempre ha comportado y comportará la atención de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow, J., Roehrich, J. and Wright, S. (2013). **Europe Sees Mixed Results from Public-Private Partnerships for Building and Managing Health Care Facilities and Services.** Health Affairs, 32(1): 146-154.
- Briceño-Iragorry, L. y González Reyes, M. J. (2017). **La Salud Pública en Venezuela, su Evolución Histórica, Estado Actual y Propuestas.** Capítulo 11. En: Colección Razetti. Volumen XX. Díaz Bruzual, A., López Loyo, E., editores. Caracas: Editorial Ateproca; pp. 361-399.
- Contreras Orosco, A. J. (2009). **Optimización del Funcionamiento del Departamento de Mantenimiento del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (I.A.H.U.L.A).** Trabajo de grado en línea. Universidad Nacional Abierta. Disponible en: biblo.una.edu.ve/docu.7/bases/marc/texto/t36836.pdf.
- Damas, J. (2015). **Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA).** Presentación en línea. Disponible en: prezi.com/sy5hlvmel8x8/institutoau-tonomo-hospital-universitario-de-los-andes-iahula/.
- Gómez, L. (2010). **Un Espacio para la Investigación Documental.** Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica, 1(2):226-233.
- Lillrank, P. (2015). **Small and Big Quality in Health Care.** International Journal of Health Care Quality Assurance, 28(4): 356-366.
- Maceira, D. (2014). **Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina.** Documentos de Trabajo CEDES 122/2014. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Disponible en: repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4284/1/Doc_t122.pdf.
- Marchand, M. and Schroyen, F. (2005). **Can a Mixed Health Care System be Desirable on Equity Grounds?** Scandinavian Journal of Economics, 107(1): 1-23.
- Mosadeghrad, A. M. (2005). **A Survey of Total Quality Management in Iran. Barriers to Successful Implementation in Health Care Organizations.** Leadership in Health Services, 18(3): xii-xxxiv.
- Mosadeghrad, A. M. (2015). **Developing and Validating a Total Quality Management Model for Healthcare Organizations.** The TQM Journal, 27(5): 544-564.
- Nishtar, S. (2010). **The mixed health systems syndrome.** Bull World Health Organ, 88: 74-75.

- OMS - Organización Mundial de la Salud. (2016). **Informe de la Secretaría a la Asamblea Mundial de la Salud: Marco Sobre Servicios de Salud Integrados y Centrados en la Persona**. Informe técnico A69/39. Disponible en: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1.
- Romero, M. J., Gideon, J. (2020). **Una revisión de las APP en Salud en América Latina**. Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en: departamento.pucp.edu.pe/ciencias-sociales/wp-content/uploads/2020/10/58-Una-revision-de-las-APP.pdf.
- Ruiz Villavicencio, A. J., Sarmiento Trujillo, C. A., Sota Ortecho, G. S. (2017). **Principales Condiciones Necesarias para la Implementación de una Asociación Público Privada del Sector Salud en el Perú**. Mimeografiado.
- Seoane, J. A. (2009). **El Perímetro de la Objeción de Conciencia Médica**. *Indret Revista para el Análisis del Derecho*, 4. Disponible en: core.ac.uk/download/pdf/39072715.pdf.
- Torres, A., Mejía, M., Chipia, J. (2017). **Calidad de la Atención en Medicina de Familia**. Centro de atención médica integral de la Universidad de Los Andes. *Avan Biomed*, 6: 178-87.
- Waluszewski, A., Hakansson, H., Snehota, I. (2019). **The Public-Private Partnership (PPP) Disaster of a New Hospital – Expected Political and Existing Business Interaction Patterns**. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 34(5):1119-1130.