

Arturo Sosa A.  
Fotos: Pedro Estrada

## 100 años del Hospital Vargas

# La autogestión hospitalaria: Condiciones, ventajas, retos

Hace cien años, en el mes de Julio de 1891, un hospital construido a las faldas del Avila según el modelo parisino del Lariboissiere, bajo la responsabilidad de las Hermanas de San José de Tarbes, abría sus puertas para atender a los venezolanos. Según el II Censo de Población, de ese mismo año, el Distrito Federal estaba habitado por 85.424 personas y la población total de Venezuela era de 2.554.626 habitantes.

El Hospital Vargas de Caracas está íntimamente vinculado a la tradición venezolana no sólo por su arquitectura y sus servicios médicos a la población, sino también como centro irradiador de conocimiento científico. En efecto, desde su fundación ha estado vinculado a la investigación y docencia universitaria. De allí que quienes han estudiado o trabajado en el Vargas, y quienes hoy lo hacen conservan una especial vinculación con él. Correspondiendo a esa tradición centenaria es que del propio seno del hospital ha surgido la propuesta de la autogestión hospitalaria como modelo novedoso para manejar un hospital público al servicio de toda la colectividad y como modo no sólo de solucionar los graves y reconocidos problemas que hoy afectan al Vargas como a todo el sistema público de atención a la salud.

### EL HOSPITAL VARGAS EN 1989

El Hospital Vargas sigue siendo un Hospital Nacional, es decir, que recibe pacientes provenientes de todo el territorio nacional. En cien años se ha pasado de una población menor a tres millones de habitantes a casi veinte millones, es decir, se ha multiplicado por siete el número de habitantes del país. Dentro de la estructura sanitaria actual, el Hospital Vargas atiende el Distrito n° 1 de salud del D.F. cuya población alcanza a 2.803.785 personas, es decir, más que la población total del país al fundarse el hospital.

En las 27 especialidades que forman su Consulta Externa, en 1989 (según datos del estudio hecho por la Escuela de

Salud Pública de la U.C.V. **Análisis técnico-administrativo del Hospital Vargas**, Caracas: mimeo, mayo de 1990), el Vargas atendió: 212.841 (584 diarias) consultas, de las cuales 52.045 (143 diarias) fueron emergencias. Para atender tal volumen de consultas y las 500 camas de hospitalización y servicios requeridos (quirófanos, laboratorios, farmacia, radiología, cocina, lencería, mantenimiento...etc.) el hospital cuenta con 1.104 empleados, 1.038 obreros y un presupuesto ejecutado de 243, 6 millones de bolívares (Bs. 243.561.447).

Entre los empleados se cuentan 517 médicos, 8 odontólogos, 94 bioanalistas, 262 enfermeras graduadas, y 90 técnicos. Como "obreros" están clasificados 531 auxiliares de enfermería, 23 camilleros, 10 choferes, 179 camareras, 95 cocineros y ayudantes, y 85 obreros "a la orden". Resultan, por tanto, algunas relaciones curiosas: 1,3 médicos por cama real; 2 médicos por enfermera graduada, 1 médico por cada auxiliar de enfermería y 1,5 enfermeras+auxiliares por

médico.

Actualmente el Hospital Vargas tiene un Director, asesorado por una Comisión Técnica formada por un Médico de planta, un Médico Residente, un representante del Colegio de Médicos del D.F. y un representante de la U.C.V. Dependiente presupuestariamente de la Gobernación del D.F. que aporta 232 de los 244 millones del presupuesto total. Además recibe contribuciones del Ministerio de Sanidad, el Banco de Drogas Antineoplásicas, la Fundación de Amigos del Hospital Vargas y el Instituto Nacional de Hipódromos. El personal del hospital es dependiente de la Dirección de Salud de la Gobernación por lo que, salvo los médicos que entran por concurso, están sometidos a todos los filtros clientelares conocidos en el país. El pago del personal representa más del sesenta por ciento (60%) del presupuesto global.

Desde 1989, una Comisión integrada por el Director del Hospital, los Jefes de Departamento, el Director de la Escuela de Medicina Vargas y tres "notables" (Dres. F. Mombrún, C. Moros Ghersy y F.R. Coronil) vienen estudiando las alternativas de manejo de un hospital que con tantos recursos lo que produce es mala atención al enfermo, cara muy conocida por los venezolanos de la situación hospitalaria.

### EL SUEÑO DEL HOSPITAL VARGAS EN 1991: LA AUTOGESTION HOSPITALARIA

La Comisión se propuso aprovechar la circunstancia del centenario del Vargas

El Director del Hospital Dr. Angel Bajares



para iniciar una nueva fase de su tradición original. Para ello se propone un modelo de **autogestión hospitalaria** como la forma más efectiva de enfrentar de raíz los múltiples factores que inciden en la actual situación crítica de la institución hospitalaria.

La propuesta de **autogestión hospitalaria** nace de la experiencia misma de quienes por años han vivido la compleja problemática del Vargas con la conciencia, además, de las nuevas exigencias para prestar un servicio eficiente en las actuales condiciones del país. No se acude al aparentemente fácil expediente de la privatización, tan de moda en estos tiempos. El modelo concebido en el hospital Vargas se inscribe dentro de la gestión pública de los servicios de salud como una de las obligaciones irrenunciables del Estado venezolano. El objetivo es, precisamente, evitar que la única alternativa al deterioro de los cuidados de salud del Estado sea el crecimiento vertiginoso de la medicina privada a costos tan altos que, en la práctica, significa descartar al grueso de la población venezolana de las posibilidades de atención médica.

El foco principal del modelo autogestionario es la responsabilidad plena del propio hospital en la prestación de su servicio específico. Para ello es necesario cambiar radicalmente la estructura administrativa, empezando por reformar la concepción presupuestaria. De partidas fijas e inflexibles debe pasarse a formas de contribución estatal vinculadas a la prestación de servicios. Es clave, en esta reforma, la cuestión de la contratación del personal médico, paramédico, administrativo y obrero. Todo el personal debe ser contratado por el propio hospital con criterios exclusivamente vinculados a sus necesidades y a la capacidad de los contratados. Igualmente, la remuneración del personal debe ser acorde con su dedicación al trabajo y capacitación profesional, además de competitiva con otras alternativas de empleo. Por ejemplo, un médico, jefe de un servicio, con más de veinticinco años de experiencia en el hospital devenga hoy un sueldo de 24 mil bolívares, un residente 16 mil, el personal de enfermería y auxiliares, entre 8 y 12 mil... Una buena remuneración evitaría la fuga de personal capacitado, la policontratación con sus secuelas de desatención e imposibilidad de selección cualitativa. En el nivel de empleados y obreros crearía estímulos para una mayor eficiencia y frenaría el tráfico de comisiones extendido para todo tipo de servicios.

El modelo autogestionario propone que el hospital sea dirigido por un "Con-

## Algunos datos históricos

- El 16 de Agosto de 1888 el Presidente Juan Pablo Rojas Paúl decreta la construcción de un Hospital Nacional de mil camas, con una construcción y régimen análogo al Hospital Lariboisiere de París.
- En Enero de 1891, bajo la Presidencia de Raimundo Andueza Palacios, es inaugurado el edificio y el 5 de Julio del mismo año es puesto en servicio.
- Desde su fundación y durante sus primeros 41 años estuvo bajo la responsabilidad administrativa de las religiosas de San José de Tarbes, venidas especialmente de Francia. Al inaugurarse el hospital eran 18 religiosas y al final de 1891 ya eran 31.
- Además de la atención de salud, desde sus inicios está vinculado a la investigación y docencia médica. En él se prepararon, bajo la dirección de las religiosas, las primeras enfermeras.
- En 1910 inició sus actividades el Laboratorio fundado por el Dr. Rafael Rangel.
- En 1945 se funda el Banco de Sangre.
- En 1956 comienza a funcionar la Escuela de Medicina Vargas, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, en forma autónoma a la Escuela Razetti que funciona en el Hospital Universitario.
- En 1960 se inaugura la Unidad de Terapia Intensiva y los servicios de Anatomía Patológica y Dermatología.
- El edificio del Hospital es declarado Patrimonio Nacional en 1970, junto con la aprobación de un proyecto hospitalario de gran envergadura, formando parte del Foro Libertador, todavía sin realizar.
- Se inician los trabajos de restauración y remodelación en 1985. En el año centenario, estos trabajos están inacabados y paralizados.

sejo de Gobierno", cuyas funciones serían el establecimiento de las políticas generales del hospital, la elaboración y ejecución del presupuesto, la selección y control de las autoridades (Director, Administrador, Jefe de Personal, ...), compras de equipos e insumos. Estaría formado por personas que no sean activas dentro del hospital. Se propone que sea integrado por siete miembros: cuatro elegidos por la comunidad hospitalaria, uno de la Universidad Central de Venezuela, uno de la Gobernación del D.F. y

uno de la Comunidad a la que atiende la institución.

Igualmente se propone que los pacientes atendidos se clasifiquen, a través del servicio social, en tres grandes grupos: los que no pueden pagar ninguno de los servicios requeridos, quienes pueden ofrecer una colaboración proporcional a sus ingresos y quienes pueden cancelar el costo total de acuerdo a una tarifa establecida por el hospital, que le permita cubrir los costos sin lucrarse de la prestación hecha. De esta manera se



tendrían acceso a pagos efectuados a través de Seguros privados o Asociaciones gremiales. Los gastos del hospital serían, entonces, cubiertos por la suma de sus ingresos propios y el aporte del Estado. Inicialmente se prevé que con el aporte estatal se garantizaría el pago del personal, prestaciones sociales, jubilación e infraestructura, además de los gastos del grupo de pacientes que no puede contribuir económicamente. Los ingresos generados por el propio servicio se destinarían, además de cubrir sus costos, a la compra de equipos e incentivos al personal del hospital. De esta manera se busca garantizar una atención de salud de excelente calidad a toda la población, gratuitamente a quien lo necesita y a costos más racionales que la privada a quien lo puede pagar.

## EL PAPEL DEL ESTADO

Condición de posibilidad para que este modelo de autogestión hospitalaria funcione es el funcionamiento del esquema de atención de salud aprobado en la Ley Nacional de Salud que supone la puesta en marcha de los **Sistemas Locales de Salud (SILOS)** en los que se de la integración de los cuatro niveles de atención a la población: el nivel primario a través de los ambulatorios en los que un personal médico y de enfermeras promueve la prevención de enfermedades, atiende los casos que se presentan y si no puede resolverlos por la complicación que presenta los remite a otros niveles del sistema. El segundo nivel es el constituido por los Centros de Especialidades en los que existen médicos especialistas en diversas áreas de atención y servicios de laboratorio, Rayos X...etc. El tercer nivel permite además la hospitalización de los pacientes que lo requieran. Y, el cuarto nivel, es el constituido por el Hospital con todos sus servicios.

Lo innovador no es simplemente el establecimiento de estos niveles, que existen en nuestro sistema de salud hace décadas, sino su integración efectiva, coordinada por el cuarto nivel, es decir, por los hospitales, y estos, a su vez autogestionados. De esta manera, la autogestión propuesta no se limitaría a los centros hospitalarios autonomizados, sino a los Distritos sanitarios integrando sus niveles de atención bajo la coordinación de los hospitales.

## Docencia e investigación en el Hospital Vargas

- Sede de Estudios Clínicos de la Facultad de Medicina de la U.C.V.
- Pre-grado de Medicina Clínica de la Escuela de Medicina Vargas
- Diferentes Post-grados clínicos de la Facultad de Medicina de la U.C.V.
- Residencias programadas de post-grados no universitarios
- Centro de Cirugía Experimental
- Investigación Clínica en las 27 áreas de Consulta del Hospital.

Si poner en marcha el modelo de autogestión en un hospital podría verse como un sueño, hacer que un SILOS adopte este esquema se convierte en un reto y en una condición indispensable. El éxito al cuarto nivel está condicionado por el funcionamiento eficiente de toda la estructura de atención de salud.

La autogestión hospitalaria está también condicionada a la reforma administrativa del Estado en lo que a manejo de presupuesto y personal se refiere. La estructura clientelar detectada en el diagnóstico del Hospital Vargas no es privilegio de esta institución sino reflejo de la situación existente en toda la administración pública. Además, reconocida como uno de los más serios obstáculos para emprender una reestructuración de este sector. Si se lograra erradicar el clientelismo, las alternativas para un funcionamiento eficiente de la administración pública serían muchas. Saldríamos del falso dilema al que se ha llegado en el país: resignarnos al despilfarro, corrupción e ineficiencia pública o privatizar. Como sólo son susceptibles de privatización aquellas áreas de actividad del Estado que aseguren la altísima rentabilidad a la que está acostumbrado el sector privado venezolano, pareciera que no hay más camino que la resignación. La atención a la salud de la población no puede ser "privatizada" dadas las condiciones económicas de la inmensa mayoría de los venezolanos. Y no tenemos

porque resignarnos a una mala atención, sino propiciar las fórmulas de atacar las causas.

La administración del presupuesto público exige, también, una reforma creativa. Es necesario encontrar fórmulas que logren la flexibilización de su manejo al mismo tiempo que se asegura el control y la pulcritud de su ejecución. Infinidad de veces se ha repetido que la mayor parte de los servicios públicos, entre ellos los de salud, cuentan con un presupuesto suficiente para atender las necesidades de Venezuela. Sin embargo, nunca alcanza. La propuesta autogestionaria abre un camino que hasta ahora nos hemos negado a recorrer.

De la experiencia y propuesta de la gente del Hospital Vargas se desprende un mensaje inequívoco al Presidente Carlos Andrés Pérez y a su Comisionada Presidencial, la Diputada Rhona Ottolina. No basta darse cuenta de la magnitud, gravedad, e importancia política y humana del

problema de la salud en Venezuela. No se puede simplificar el problema hasta llegar a pensar que no funcionan los hospitales por ausencia de un concepto y una tradición gerencial, lo cual se subsana encontrando buenos "gerentes" (que, de paso, no sobran y ojalá los hubiera en abundancia). Sería retrasar a un futuro lejano la solución de nuestro problema de atención de la salud entregando los hospitales en "concesión" a empresas "especializadas" en su gestión, nacionales o extranjeras. Es necesario confiar en lo que tenemos y desde allí encontrar las vías adecuadas.

## LA ORGANIZACION INTERNA DEL HOSPITAL

Otra condición indispensable para el funcionamiento del modelo autogestionario es la existencia real de la **comunidad hospitalaria**. No hay que suponer que ésta existe. Más realista, y más de acuerdo con el diagnóstico antes aludido, es partir del presupuesto contrario, es decir, su inexistencia. Que más de dos mil personas entre médicos, enfermeras, administrativos, obreros...etc, trabajen en el mismo hospital no significa que formen una comunidad hospitalaria. Convertirse en "comunidad" supone alcanzar un nivel de identidad en cuanto al objetivo final de la institución, la salud de la población, para cuya con-

secución cada cual y cada grupo presta una colaboración específica. Si los intereses personales o grupales no coinciden en esta identidad básica hablar de "comunidad hospitalaria" es como escribir sobre panelas de hielo.

Para quienes han ideado el modelo autogestionario del Hospital Vargas, uno de los primeros y cruciales retos es la constitución de una auténtica "comunidad hospitalaria". Cuentan con el capital de su tradición centenaria y un nivel de identificación y cariño por la institución en una buena parte del personal. Pero, parten de una realidad de excesiva burocracia, poca coordinación entre los diversos componentes de la comunidad, problemas de capacitación en los niveles intermedios, conflictos laborales desgastantes...etc.

El proceso mismo de gestación de este proyecto autogestionario puede convertirse en los cimientos de la construcción de esa "comunidad hospitalaria". Más aún, si en la gestación del proyecto no intervienen activamente los distintos sectores que trabajan en el Hospital y el resultado no es experimentado como fruto de la voluntad, ideas e intervención de todos, el mejor de los modelos autogestionarios empezaría a volar con plomo en las alas.

La dimensión universitaria del Vargas es también importante en este proceso. La Universidad tiene aquí mucho que aportar. Quisieramos poder decir que donde interviene la Universidad las cosas mejoran. Aquí se pide una intervención cualitativa de la Universidad. No sólo de la Facultad de Medicina, puesto que el problema y su solución trascienden las fronteras de las Ciencias Médicas. Precisamente la Universidad se caracteriza por la multidisciplinariedad. Ante un problema cuyas causas son multifactoriales, la contribución de la Universidad, desde el seno de la "comunidad hospitalaria" de la que forma parte, puede ser definitiva.

## LA PARTICIPACION CIUDADANA

Dimensión novedosa y clave del modelo propuesto. La premisa de la participación ciudadana en la gestión hospitalaria es que la salud es una cuestión que atañe no sólo a los médicos o al personal dedicado a su cuidado sino

que es responsabilidad del conjunto de la sociedad. Si se quiere una sociedad sana, y unas instituciones de salud cuya razón de ser y función sea lograrlo, en la dirección de ellas tiene que intervenir directamente la población, además de las instituciones sociales responsables tales como el Estado y los mismos encargados de los servicios de salud.

También se fundamenta esta proposición en una concepción democrática de las relaciones sociales. La democracia no puede limitarse al ámbito de lo estrictamente político, y, menos aún, a lo estrictamente electoral. La madurez de la democracia política corre pareja a la existencia de una sociedad civil cuya red de relaciones ofrezca a los ciudadanos la posibilidad real de participar en la gestión ordinaria de la vida social, en la que no sólo existen actividades políticas, sino que abarca la multiplicidad de facetas que tiene la actividad humana en sociedad y la diversidad de intereses de las personas que la conforman.

Al plantearse, pues, el modelo autogestionario del Hospital Vargas la incorporación de un representante de la "comunidad" en su Consejo Directivo o de Gobierno no se puede simplemente decir que se trata de darle un puesto en el cogobierno a un representante de las "Asociaciones de Vecinos", de la Federación de Asociaciones de Vecinos, o de algún "líder comunitario" carismático o espontáneo. Supone la organización de la sociedad en lo que al cuidado de la salud se refiere. No podemos presuponer la existencia de la "comunidad" en cuanto sociedad civil organizada, ni una población se convierte en "comunidad" porque se la convoque a participar. El proceso de organización de la comunidad es bastante más complejo que el de

la formación de lo que hemos llamado la "comunidad hospitalaria" y no se da espontáneamente, exige un cuidadoso proceso de formación ciudadana.

Tampoco en esta materia se parte de cero. En diversas partes del país y en otros países existen experiencias locales de organizaciones civiles o ciudadanas para el cuidado de la salud de todos. Se trata, pues, de profundizar esas experiencias para vincularlas orgánicamente al sistema de salud pública y extenderlas a toda la sociedad.

En esta dimensión no se debe improvisar a riesgo de fracasar. La participación de una organización ciudadana en la gestión de un Hospital de la complejidad del Vargas, para que sea auténtica y no mera formalidad o engaño, querido o no (por ejemplo, llenar ese puesto con "médicos" que viven en la zona o con el primer interesado en estar allí...), requiere un proceso de participación ciudadana paulatina en todos los niveles señalados de la atención de salud y una organización que garantice tanto la idoneidad de quienes ocupen esos puestos como la representatividad de su gestión.

En este terreno no hay que apurarse. El planteamiento novedoso de la participación de la comunidad en la autogestión hospitalaria no se desvirtúa porque se espere y se promueva la madurez de la sociedad en este terreno. Este tipo de procesos son lentos por su misma naturaleza y ese ritmo hay que respetarlo si se quiere obtener el resultado final. Estas, finalmente, una de las dimensiones en las que la colaboración de personas y organizaciones sociales es indispensable, en la que no se puede descargar la responsabilidad en los directivos del hospital o en los profesionales de la salud.

