Gac Méd Caracas 2001;109(1):40-47

Gerencia de Servicios de Salud de Petróleos de Venezuela (PDVSA)
Nuevo modelo de salud

Dr. Diógenes Cordero

Servicio Médico de PDVSA

RESUMEN

El presente documento recopila de manera general, la evolución de los servicios médicos de Petróleos de Venezuela desde inicios. Plasma la situación actual de los mismos y la racionalidad de nuestro proceso de transformación. Bajo 4 niveles de análisis (estratégico, programático, organizacional y tecnológico), plantea los principales cambios en los que se ha incursionado un Modelo Integrado de Salud, el cual está sustentado por dos grandes elementos básicos: la estrategia de Atención Primaria en Salud como modo universal de abordaje al sistema, que enfatiza, entre otros, privilegios a la medida preventiva y la Atención Gerenciada en el control y seguimiento de los casos para garantizar la aplicación de las mejores prácticas.

SUMMARY

The present document gathers, in a general way, the evolution of the medical services of Petroleos de Venezuela from its beginnings. It captures the current situation of this services and the rationality of our transformation process. It carries out an analysis under 4 levels (strategic, programmatic, organizational and technological). It outlines the main changes in which has intruded, consolidating an Integrated Model of Health, which is sustained by two basic elements: a. The strategy of Primary Care in Health as an universal way of approachimg the system, which emphasizes among other, privileges to the preventive medicine and b. The Managed Care in the control and pursuit of the cases to guarantee the application of the best practices.

INTRODUCCIÓN

Venezuela es reconocida mundialmente como país petrolero. En ese protagonismo, Petróleos de Venezuela (PDVSA) ha cumplido un papel fundamental, proyectándose internacionalmente como un sólido ejemplo de fortaleza técnica, financiera y gerencial. Durante más de dos décadas, PDVSA ha forjado una historia de éxitos y permanencia competitiva. Para los próximos tiempos, se propone lograr la máxima efectividad y eficiencia en sus niveles de desempeño. La función salud no escapa a tal visión, y en su aporte a la misma, se encuentra en la actualidad sumergida en un profundo proceso de transformación, promoviendo como bandera la excelencia de los servicios que presta en pro del más alto nivel de bienestar de sus beneficiarios.

Es indiscutible la consolidación de importantes logros durante los años anteriores, sin embargo, ante la necesidad impostergable de ofrecer un modelo de salud efectivo, eficiente y de alta calidad, decidimos hacer una revisión a fondo donde a la par de enfatizar en las fortalezas, identificamos debilidades susceptibles de mejoras, retomando experiencias propias y aspectos de otros países que consideramos necesarios conocer a fin de poder transferir las experiencias positivas bajo adecuaciones a contextos propios.

De este ejercicio surgieron una serie de iniciativas y estrategias orientadas a los cambios que las circunstancias actuales y futuras previsibles demandan. De tal manera que el propósito del documento es compartir el fundamento de este proceso que sufre la función salud de PDVSA, así como las estrategias e intervenciones que ha encaminado para avanzar al mejor sistema de salud que satisfaga las necesidades de sus beneficiarios con mayor equidad, eficiencia y calidad.

Antecedentes

Desde los comienzos de la actividad petrolera en el país, se ha tenido una amplia participación en el campo de la salud, y después de la creación del

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, una intensa relación con éste. Como factores generales que han influido en la prestación de servicios médicos se encuentran: la experiencia anterior de empresas transnacionales en otros países, la ausencia de centros de salud en áreas de explotación en la etapa inicial, los contratos colectivos celebrados con las organizaciones sindicales y el interés mostrado por los directores de la corporación en esta área (1).

Evolución de los servicios: En etapas iniciales, las empresas extranjeras comprendieron la necesidad de servicios médicos y ante la imposibilidad de servicios públicos, establecieron los propios, naciendo así los servicios médicos de la industria, manejados por médicos y paramédicos foráneos. Su cobertura era pobre, atendían básicamente casos de emergencia por accidentes o enfermedad. En 1920, se inicia una etapa de construcción de hospitales hasta los primeros años de la década de los años 50, muchos de los cuales no existen en la actualidad, pero durante años sirvieron no sólo a los trabajadores sino al resto de la población ya que no existían hospitales públicos. Posteriormente algunos fueron donados al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Otros fueron adquiridos por grupos particulares.

En sus inicios se privilegió el desarrollo de un médico general - integral, capaz de resolver un alto porcentaje de casos, incluyendo los ocupacionales. Los programas se diseñaban de acuerdo a la situación epidemiológica y cultural de los trabajadores. Algunas empresas desarrollaron secciones de medicina preventiva dentro de sus servicios siguiendo pautas del Ministerio y se fortaleció el área de medicina ocupacional.

En 1975 con el proceso de nacionalización petrolera, nace Petróleos de Venezuela (PDVSA), de la cual formaban parte, entre otras, tres grandes filiales: Corpoven, Lagoven y Maraven, cada una con sus particularidades en cuanto a área de influencia y funcionamiento, inclusive desde el punto de vista de prestación de servicios médicos, fundamentados en una cultura principalmente heredada de la empresa transnacional a la cual habían sucedido.

En enero de 1998, sucede la transformación de PDVSA, desaparecen las filiales y se configura una sola corporación petrolera, situación que obliga al reagrupamiento de los diferentes departamentos médicos en una sola función: Salud PDVSA. Sin embargo, como es de suponer, a pesar de los lineamientos, en la realidad se seguían imponiendo las culturas de origen de cada miembro, cuya consecuencia, entre otras, se traducían en diferencias en los procesos y resultados entre un área y otra.

Situación actual

La corporación cuenta en la actualidad con 36 centros propios de atención ambulatoria y 2 hospitales con administración directa de PDVSA. El marco jurídico de las actividades se fundamenta en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y las leyes: Ley Orgánica del Trabajo (LOT), Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), Ley Orgánica del Ambiente (LOA), Ley sobre las Condiciones de Higiene y Seguridad en el trabajo, Ley del Seguro Social (LSS), Ley Orgánica del Ejercicio de la Medicina (LOEM) y sus reglamentos, así como en la política interna de salud de la industria petrolera.

Los servicios médicos se prestan bajo la modalidad de tres sub-sistemas de atención dirigidos a responder a las necesidades de salud de todos los beneficiarios:

A. Servicios de salud integral PDVSA (SI PDVSA), suministrado a los beneficiarios directos, fundamentalmente con recursos propios, (financieros, infraestructura y humanos), se diferencia dependiendo del sub-proceso al cual se refiere de la nómina a la cual pertenece el trabajador y de su cobertura o no por el contrato colectivo petrolero (CC) y de la existencia o no en el área de la prestación de servicios médico asistenciales por parte de IVSS (**Régimen general y parcial del IVSS respectivamente**).

En relación con los procesos, SI PDVSA incluye dos sub-procesos: a. **Proceso de Salud Ocupacional**, que abarca todo lo relacionado con la identificación, prevención y control de los riesgos ocupacionales. Está regulado y normalizado tanto por la legislación venezolana como por el sistema gerencial de salud ocupacional (SGSO), el cual se fundamenta en la política de salud ocupacional de la empresa y define todo lo relacionado con su organización, responsabilidades y recursos, planificación, gerencia del riesgo ocupacional, comunicación tanto al trabajador como a los entes involucrados, implantación, moni-

toreo, registros, seguimientos y control de los riesgos y los expuestos, evaluación del sistema y finalmente las acciones correctivas y/o preventivas necesarias en salud ocupacional y b. **Proceso Atención Médica Integral** que incluye lo relacionado con la asistencia médica preventiva y curativa del propio trabajador y sus familiares elegibles, así como de los jubilados petroleros y cualquier otro beneficiario con quien PDVSA tenga contraida la obligación de suministrar asistencia médica integral. Se apoya en la red privada nacional para satisfacer lo que no puede resolver en sus propias instalaciones. Atiende en la actualidad 160 700 beneficiarios.

En cuanto a las diferencias dependientes de la nómina a la cual pertenece el trabajador y de la existencia o no en el área de la prestación de servicios médicos asistenciales por parte del IVSS (**Régimen general y parcial del IVSS respectivamente**) se generan tres grupos diferentes de beneficiarios de SI PDVSA. En las "áreas régimen parcial", también denominadas por nosotros como "áreas régimen de campamento" existen dos grupos de beneficiarios: a. Los nómina menor y diaria para quienes la prestación del servicio de salud, incluye a sus familiares directos, y está regulada por la contratación colectiva (**Nómina contractual**). La cobertura médico asistencial, tanto en los centros propios como en los terceros, abarca el 100% de las necesidades de atención médica de este grupo. b. Los nóminas mayor y ejecutiva, quienes junto a su grupo familiar y a pesar de no estar cubiertos por el CC, reciben por extensión y en nuestras propias clínicas todos los beneficios médicos disponibles para la nómina contractual. c. Existe un tercer grupo, el de los jubilados de la industria petrolera quienes en las áreas régimen campamento y conjuntamente a sus familiares dependientes elegibles como beneficiarios del servicio, reciben exclusivamente en nuestras propias instalaciones los mismos servicios disponibles para la nómina contractual. En las "**áreas régimen general**" también llamadas régimen ciudad, hay la obligación de prestar el servicio de salud por parte de SI PDVSA, independientemente de su nómina; aun cuando también existe la nómina contractual, se limita a la asistencia médica exclusiva a los trabajadores, en nuestras propias clínicas industriales y sólo en el horario laboral.

B. Servicios de Salud Integral (Si Contratistas) suministrada por las empresas contratistas del sector petrolero, para la nómina contractual y sus beneficiarios amparados por la Contratación Colectiva en sus áreas operacionales bajo régimen de campamento. En las áreas régimen ciudad la asistencia médica del trabajador y sus familiares es suplida mediante el régimen general del IVSS. Este servicio de atención médica es pagado por PDVSA (incluido como elemento de costo en el contrato) a la empresa contratista, y ésta es la responsable de facilitar dicho servicio. En la actualidad se atienden 88 444 beneficiarios con un costo promedio anual por beneficiario aproximadamente cuatro veces mayor que el de SI PDVSA.

C. Planes de Salud, son una ayuda al costo de la salud mediante una serie de planes contributivos, generados con fondos constituidos por PDVSA y los trabajadores y jubilados participantes; están abiertos a la participación electiva de todos los beneficiarios que no estén amparados por la contratación colectiva o que laboren bajo régimen de ciudad. A diferencia de SI PDVSA, los planes están limitados por montos máximos de cobertura. Atiende las demandas en salud de 143 859 beneficiarios, a un costo promedio anual por beneficiario aproximadamente 1,5 veces mayor que el SI PDVSA.

La diferencia a entes externos y seguimiento de pacientes SI PDVSA (Consultas con especialistas, estudios especiales o intervenciones quirúrgicas complejas que no puedan ser satisfechas con recursos propios) es manejada por las clínicas propias. En estos casos, es la gerencia de salud quien selecciona y decide el centro de referencia, realizando además seguimiento estricto de los casos, lo cual hemos denominado Atención Gerenciada del Servicio. Por el contrario los beneficiarios de planes gozan de libre elección de sus médicos tratantes dentro de una gama de proveedores preferidos organizados (PPO) previamente seleccionados por la gerencia de salud PDVSA. Esto hace que en una gran mayoría de casos ellos seleccionen y manejen sus referencias e intervenciones con estos centros, las cuales se tramitan después desde el punto de vista administrativo bien sea con la generación de una carta compromiso (o carta aval), o por reembolso de los gastos incurridos.

Las diferencias resaltadas entre los tres sistemas de prestación de servicios de salud mencionados han creado situaciones muy particulares que analizamos a continuación:

La Organización Mundial de la Salud, OMS, establece que una organización de salud efectiva soluciona las necesidades de atención médica de sus usuarios de la siguiente manera: a. 80% en Nivel I de

atención, el cual está soportado por médicos con visión y formación generalista, lo que contribuye a optimizar el uso de los otros dos niveles. b. 15% en el Nivel II de atención, soportado éste por médicos especialistas. c. Finalmente, el 5% de las necesidades restantes, serán resueltas de manera intrahospitalaria, en el Nivel III de atención.

Cuando comparamos los resultados de los tres sub-sistemas nuestros con este modelo nos encontramos con diferencias importantes:

- Observamos que el sub-sistema SI PDVSA tiene un comportamiento similar o mejor en cuanto a la capacidad resolutiva de los casos en niveles de atención que los planteados por la OMS, sin embargo, SI Contratista y Planes de Salud, prácticamente invierten los resultados de la pirámide.
- Los sub-sistemas de Planes de Salud y SI Contratistas enfatizan poco a acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades lo cual se manifiesta, entre otras cosas, en altos niveles de hospitalización de 30% a 35% vs un 2% observado en SI PDVSA.
- En las ciudades, la mayoría de los beneficiarios de Planes de salud y SI Contratistas acuden a hospitales y clínicas de alta complejidad, donde las intervenciones y tratamientos por naturaleza son más agresivos, con enfoque netamente curativo, lo cual acarrea riesgos innecesarios en muchos pacientes y además lo hace más costoso.
- SI Contratistas y Planes de salud son significativamente más costosos que SI PDVSA, sin que esto se traduzca en mayor calidad de atención ni impacto en condiciones de salud.

Racionalidad de la reforma: ¿Por qué un nuevo modelo?

En muchos ámbitos, PDVSA se está renovando. Vivimos tiempos de cambio y cambio de tiempos. La extensión, profundidad y rapidez de los cambios revelan que nos encontramos en un proceso crítico de transición, de tal manera que se nos plantea la posibilidad de retomar experiencias pasadas, innovar en el presente y anticipar el futuro. Durante experiencias pasadas se lograron avances importantes en materia de salud, ahora, al mismo tiempo que consolidamos las fortalezas, debemos superar los obstáculos que aún debilitan el alto desempeño de la organización.

Las siguientes, constituyen condiciones que rescatan la necesidad de diseñar y ejecutar esquemas innovadores en nuestros servicios, es decir, exigen una transformación del sistema de salud como tal:

- Existencia de tres sub-sistemas diferentes de prestación de servicios con mezcla de experiencias particulares de cada una de las exfiliales. Esto ha conllevado a: a. iniquidades de acceso y cobertura de servicios integrales de salud, oportunos, eficientes, de buena calidad y adaptados a las necesidades de cada usuario, b. impactos y resultados de salud diferentes en los beneficiarios de cada sub-sistema, c. dificultades para homologar procesos, y d. ineficiencia del sistema con una variabilidad inaceptable en costos y el uso de los recursos disponibles.
- Aun cuando se ha incursionado de manera aislada en la medicina preventiva, la atención médica curativa, reactiva, enfocada a la enfermedad, sigue teniendo el mayor peso, con el agravante de que además es fragmentada e incompleta, por lo que cada día luce más inefectiva en la consecución del propósito de nuestro sistema de salud.
- Desarrollo de servicios de salud altamente especializados, con uso inadecuado de la tecnología, cada vez menos clínicos, predominantemente biologicistas, individuales, con poca consideración de la historia natural de las enfermedades y del ámbito familiar, psicológico y social como determinantes de salud. La práctica actual no considera al individuo, familia y comunidad como verdaderos actores (protagonistas) del proceso de salud, sino que los mantiene como receptores pasivos, con poca o nula posibilidad de asumir autodeterminación y corresponsabilidad en la construcción de su salud.
- Experiencias y tendencias nacionales e internacionales exitosas, las cuales apuntan hacia la atención primaria en salud como la estrategia capaz de rescatar “una salud para todos” con calidad, costos razonables y aceptables y con criterios de equidad, oportunidad, continuidad y accesibilidad.
- El reto que trae el redimensionamiento por parte del comité ejecutivo de PDVSA del concepto de salud: hasta hace poco, el desarrollo en la corporación se concebía primordialmente como crecimiento mediante insumos materiales, de modo que la salud resultaba un servicio proporcionado como beneficio social, consi-

derado por muchos como un **gasto inaceptable**, y como servicio podía ser prestado por cualquier ente especializado en la materia. En la actualidad se opera un cambio de visión donde se concede vital importancia al capital humano como principal recurso de la corporación, de manera que la salud no se ve como gastos sino como **inversión**. Salud como inversión proyecta numerosos efectos positivos: mejora la calidad de vida del capital humano, asegura la continuidad de las operaciones y disminuye o minimiza el riesgo de las mismas, aumenta la productividad fortaleciendo la competitividad, incrementa la igualdad de oportunidades, estimula el crecimiento de la empresa y por ende del país, de allí a que hoy, el comité ejecutivo de PDVSA asume salud como **valor corporativo**.

Propuesta de reforma del sistema de salud PDVSA

Entendemos la reforma del sistema de salud como un conjunto de cambios deliberados y sustentables generados con la intención explícita de transformar el sistema para prepararlo a resolver efectivamente las necesidades existentes y las futuras (2,3). La metodología utilizada para plasmar los cambios es la propuesta por el Dr. Julio Frenk (4), quien sugiere un abordaje en 4 niveles (Estratégico, Programático, Organizacional y Tecnológico), para proporcionar una óptica global del sistema y sus cambios.

El cambio fundamental lo constituye la adopción de un modelo único de atención para todos los beneficiarios: El modelo integrado de salud (MIS) soportado en las estrategias de atención primaria en salud (APS) y atención gerenciada. Figura 1

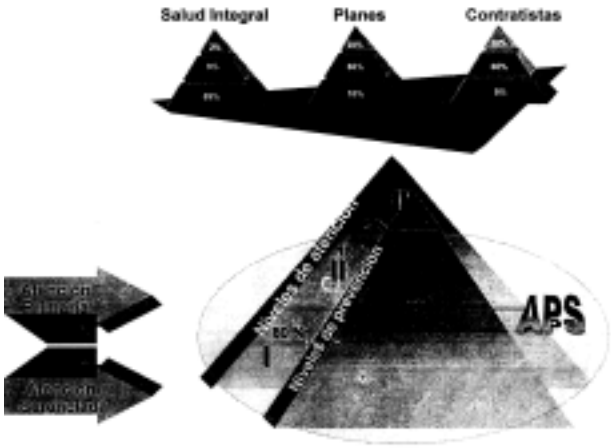

Figura 1. Modelo integrado de salud PDVSA.

El MIS establece un solo mecanismo de prestación de servicios de salud enfatizando la medicina preventiva sobre la curativa. Este esfuerzo está acompañado por la gerencia y seguimiento de los casos para garantizar la aplicación de la mejor medicina y el seguimiento de pautas que garanticen la calidad de atención. Estas acciones se traducen en un proceso en donde el paciente es manejado por una unidad de atención primaria que representa la entrada al sistema. Esta unidad es la encargada de gestionar los requerimientos de salud para los siguientes niveles de complejidad que requiera.

A nivel estratégico los cambios básicos son:

- **Redimensionamiento del concepto de salud:** de ser un beneficio pasa a ser un valor corporativo.
- **Alineación de todos los centros de prestación de servicios con la estrategia de atención primaria en salud en términos de su visión y misión de negocios**. La atención primaria en salud la concebimos como: "La estrategia destinada a preservar y/o mejorar la salud de sus beneficiarios, desarrollada fundamentalmente en el primer y segundo nivel de atención; con una asistencia integral, basada en métodos y tecnologías, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, al mejor costo/beneficio, con espíritu de corresponsabilidad y compromiso mutuo".
- **Evaluación de las capacidades operacionales disponibles en clínicas propias**, y establecimientos de acciones para observar nuevos beneficiarios (reestructuración de infraestructura y rediseño de procesos) en centros que iniciaron el funcionamiento bajo el nuevo enfoque sirven como centros pilotos.
- **Identificación de proveedores externos con una orientación hacia la atención primaria** que conformarán la red de proveedores de este nivel de atención en zonas en las cuales no existen clínicas propias o donde las clínicas propias están orientadas sólo a atender trabajadores (clínicas industriales), con capacidad operativa saturada.

El MIS busca proporcionar a todos los beneficiarios igual acceso al sistema subsanando las barreras, garantizando el cumpliendo de uno de sus propósitos: **equidad** en servicios de salud indistintamente de la condición de trabajo

(régimen ciudad o campamento).

A nivel programático:

- **Se planteó reorientar el modelo de atención, cambios de enfoque: priorizando, promoviendo y enfatizando acciones de carácter preventivas y proactivas, sobre las curativas y reactivas.**

  Para ello se promueve un modelo de atención con enfoque **integral, anticipatorio** con estrategias que se centren en la identificación y control de riesgo para prevenir daños, **con compromiso y continuidad** de la atención, que promocione intervenciones de comprobado **costo-efectividad**, que se preocupe por asegurar, evaluar y mejorar la **calidad de la atención técnica e interpersonal**, que deseche el paternalismo y estimule la **corresponsabilidad** de los usuarios y la **participación activa de la comunidad**, y finalmente con capacidad de **sinergia** con entes o instituciones externas (centros de salud del tercer nivel, institutos de educación e investigación, etc.).

A nivel organizacional:

En este nivel se hace un esfuerzo en forma mantenida para mejorar los procesos, estándares y resultados de la atención a la salud, mejorar el desempeño de la organización, cambiar cantidad por calidad, minimizar las diferencias de calidad de los servicios proporcionados, mejorar la calidad técnica e interpersonal y la eficiencia a través de varias intervenciones, a saber:

1. Aseguramiento y mejoría de la calidad y la eficiencia:

- **Acreditación de centros:**

  Cada vez se presta más atención a la medición de la calidad de los servicios de salud general. Nuestro objetivo es asegurar y comprobar que el centro cumple con condiciones que se han predeterminado como necesarias para cubrir los objetivos del mismo. Se identificaron y establecieron estándares mínimos retomados de la *Joint Commission for the Accreditation of Hospitals* y del Manual de acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe, y se elaboró una matriz con el propósito de evaluar tanto estructura como procesos (clínicos y administrativos) y resultados de los centros propios o los contratados para prestar servicios a la población beneficiaria.

- **Proceso de estandarización/homologación de las mejores prácticas validadas:**

  Consideramos el uso de protocolos clínicos como uno de los puntos clave para promover prácticas clínicas más efectivas.

  Se inició el proceso con el rediseño del **Plan Rector de Medicina Preventiva (PRMP)**, elaborando e implantando el uso de protocolos clínicos con las mejores prácticas en la identificación, detención precoz y control de riesgos tanto del área ocupacional como no ocupacional. A tal efecto, existen 24 protocolos para riesgos no ocupacionales específicos y 13 destinados a prevenir y controlar riesgos ocupacionales existentes en nuestras instalaciones u operaciones. Estos últimos están englobados dentro del sistema gerencial de salud ocupacional (SGSO), cuya coordinación depende de salud e higiene industrial.

  Los protocolos se desarrollaron con una metodología rigurosa (medicina basada en evidencia). Consideramos que los mismos promueven la reducción de prácticas inadecuadas (inefectivas e innecesarias), mejoran y actualizan el conocimiento médico, cambian actitudes sobre paradigmas de atención, cambian patrones de práctica cuando es necesario, estimulan la corresponsabilidad y esperamos que reflejen mejores resultados de salud en los usuarios. El paso siguiente es repetir el proceso con las prácticas curativas de mayor impacto, de tal manera que contribuyan además al incremento de la capacidad resolutiva de los dos primeros niveles de atención.

2. Monitoreo y evaluación de la calidad

La evaluación de la calidad la planteamos bajo 2 enfoques, tal y como lo describe el Dr. Avedis Donabedian (5):

- **Evaluación del proceso de prestación (desempeño clínico)**, con un sistema de auditoría clínica, de carácter formativo, administrativo o legal. Las auditorías clínicas se conciben bajo dos esquemas inicialmente:

a. Auditoría de historias clínicas: para este proceso se conformó un equipo *ad hoc* que rediseñó la HC ajustándola a los requerimientos

del nuevo modelo. Se capacitó y sensibilizó al personal sobre su utilización adecuada e importancia. Se enfatizó sobre la necesidad del registro, ya que por sí solo constituye una dimensión de la calidad de la práctica médica, así como el medio tangible para evaluar las restantes dimensiones, aun cuando estamos conscientes que puede no reflejar en su totalidad la calidad de la asistencia (6). En este proceso se evalúa la utilización y llenado de la misma y el apego a estándares de atención descritos en los protocolos clínicos.

b. **Observación directa de la actividad del médico por un colega calificado (tutoría médica)**, con la finalidad de convertirse en una herramienta formativa de mejora de procesos.

- **Evaluación de los resultados** e impacto de los servicios en las condiciones de salud de nuestros beneficiarios, con inclusión además de la medición sistemática de la satisfacción de los usuarios con la atención recibida. Esta evaluación se realiza a través de un **sistema de indicadores** preestablecidos, que se estructuraron en indicadores que miden las condiciones de salud de la población (introduciéndose la medición del concepto de calidad de vida), e indicadores tradicionales de servicios otorgados y recursos para la salud.

Recursos humanos de salud

Entendemos que toda acción encaminada a mejorar el desempeño y por ende la atención en salud, debe acompañarse de la preparación y capacitación adecuada y permanente del personal que presta los servicios. Dada esta premisa, la organización comenzó a buscar formas de utilizar con mayor eficiencia el capital humano, con la finalidad de mejorar la forma de participación del personal de salud.

Una vez concretado el modelo de atención en cuanto a la prestación de servicios (misión, visión, objetivos estratégicos), se procedió bajo la metodología de **competencias** a la identificación y definición de las competencias clave para la organización, es decir, el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, tanto técnicas como genéricas, cuya aplicación en el trabajo se traduce en el logro de un desempeño superior. Se identificaron posiciones clave y se asociaron posiciones a competencias, para finalmente listar las conductas observables de cada competencia para ese puesto, las cuales serán indicadores de certificación en la evaluación del desempeño, y en la identificación de brechas que orienten la formulación de planes de crecimiento y desarrollo que conlleven al cierre de las mismas.

Una vez operacionalizado este sistema de competencias, podremos proporcionar los datos necesarios para la evaluación del desempeño organizacional, en función del cual será posible seleccionar y mantener a los mejores. Una manifestación evidente de esta tendencia la constituye, **el sistema de crecimiento y evaluación de personal sobre bandas anchas** que adoptará la organización salud, el cual propone el desarrollo del personal en función del nivel de complejidad de los **procesos** que se manejan, el nivel de profundidad de las **pericias** que se aplican y las **competencias** que se demuestran, con un sistema de compensación proporcional al desempeño observado (7). De aquí a que la presión hacia una permanente actualización a través de actividades formales o informales de educación continua y la necesidad de aportar valor a la corporación, serán cada vez mayores, incentivándose así el crecimiento técnico sobre el administrativo.

Nivel instrumental o tecnológico

En este nivel el énfasis se coloca en el proceso de formación del personal (ya descrito) y la modernización y ajuste del **sistema de información.**

Para prestar con efectividad, calidad y eficiencia servicios médicos, consideramos de vital importancia el apoyo de la tecnología de información, ya que facilita la prestación de los mismos así como un oportuno y confiable flujo de información entre las diferentes dependencias (clínicas y administrativas): Para obtener válidos y confiables necesarios para desarrollar programas médicos de calidad; obtener información sobre condiciones/necesidades de salud de los beneficiarios, servicios y recursos para la salud; lograr una excelente gestión; controlar el gasto médico, mejorar y controlar el proceso administrativo, se requiere el apropiado uso de la tecnología y los sistemas de información integrados y automatizados. En este sentido se iniciaron acciones con el objeto de llevar la infraestructura actual a una arquitectura de sistemas más moderna en torno a la información, que retoma el empuje tecnológico, la incorporación de las mejores prácticas, la infraestructura ya existente y la

orientación estratégica de la gerencia, para implantar una plataforma que revolucione y optimice los procesos y actividades de la organización y que pueda satisfacer las necesidades y requerimientos particulares de salud trayendo importantes beneficios a los participantes y a PDVSA misma.

Como hemos señalado, los cambios propuestos representan avances importantes y merecen un amplio apoyo. El gran reto consiste, en lograr un proceso de implantación que preserve los aspectos positivos del actual sistema al tiempo que supere las limitaciones. En particular se debe velar porque los mismos apunten a los propósitos básicos de equidad, calidad y eficiencia. Para ello es menester que las propuestas no se lleven a la práctica de forma aislada, viendo las realidades inmediatas por separado, sino que se adopte como una auténtica estrategia de reforma del sistema en su conjunto.

REFERENCIAS

1. Pocaterra A Servicios Médicos. Caracas: Industria Venezolana de Hidrocarburos; 1989.
2. Pan American Health Organization. Health Reform in Latin America. Proceedings. Washington, D.C. 1995.
3. Ruelas E, Querol J. Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional. México (D.F): Editorial Médica Panamericana, S.A.; 1995.
4. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy 1995;37:257-277.
5. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: White, Kerr L, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación científica Nº 354, Washington D.C. OPS; 1992.p.382-404.
6. Huntley R, Steinhauser R, White K, Williams T, Martin D, Pasternack B. La calidad de la atención médica: Técnicas e investigación en la clínica de pacientes ambulatorios. En: White, Kerr L, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación científica Nº 534 Washington D.C. OPS; 1992.p.220-230.
7. Teruel Botella JP. Metodología para el diseño de formación profesional basada en competencias. I Seminario Organización y Gestión de proyectos de reforma de formación profesional basada en competencias (disertación). Montevideo (Uruguay); 1998.

Especialización

"Una de las características distintivas de los profesionales de nuestro tiempo es la especialización. Se tiende a aprender cada vez más de cada vez menos temas. Nos alejamos aceleradamente de aquella, en cierto modo envidiada, época en que los pensadores, intelectuales o sabios eran, o pretendían ser, entendidos en todas o en las principales ramas del saber. Claro que esta evolución obedece a justificadas razones de dedicación personal y de estructura social y que no es netamente negativa. Las ventajas de distribuir el trabajo y la adquisición de conocimientos entre diferentes individuos y grupos profesionales de especialistas son evidentes. Los avances científicos, o los intelectuales en general, se han generado en los últimos tiempos gracias principalmente al trabajo en equipo. El siglo XX, ya en las últimas, nos ha dejado una carga de progreso nada despreciable y claramente superior a la de las anteriores.

En algunos ámbitos científicos, quizás en todos, se detectan, sin embargo, importantes lagunas atribuibles al desconocimiento de algunos especialistas en determinada materia de lo que se ha avanzado en otras. Esta situación se agravará si continúa la tendencia a acortar cada vez más los campos en la enseñanza obligatoria. La justificación puede estar en que esas otras materias están en su origen, alejadas del propio campo de estudio. Sin embargo, con frecuencia disciplinas en principio alejadas unas de otras pueden confluir y aportar conocimientos útiles a un tema concreto". (Ramón D, Durán L. Presentación. Arbor 2001;148:IX-X).