

REVISTA

de la

CEPAL

NUMERO 59

AGOSTO 1996

SANTIAGO DE CHILE

OSCAR ALTIMIR

Director

EUGENIO LAHERA

Secretario Técnico



NACIONES UNIDAS

S U M A R I O

Interacciones entre macro y microeconomía <i>Gert Rosenthal</i>	
Política económica, instituciones y desarrollo productivo en América Latina <i>Oswaldo Rosales</i>	11
Competitividad sistémica: nuevo desafío para las empresas y la política <i>Klaus Esser, Wolfgang Hillebrand, Dirk Messner y Jorg Meyer-Stamer</i>	39
La formación de habilidades básicas y la capacitación para el trabajo productivo <i>Guillermo Labarca</i>	53
Los fondos de inversión social en América Latina <i>Gabriel Siri</i>	71
Mercados de derechos de agua: componentes institucionales <i>Miguel Solanes</i>	83
Los países del Caribe y el área de libre comercio de las Américas <i>Trevor Harker, Sidya Ould El-Hadj y Lucio Vinhas De Souza</i>	97
La experiencia argentina: ¿desarrollo o sucesión de burbujas? <i>Hugo Nochteff</i>	113
Posibilidades y límites de la reforma en la gestión de la salud en Chile <i>Ana Sojo</i>	129
Orientaciones para los colaboradores de la Revista de la CEPAL	147
Publicaciones recientes de la CEPAL	148

Posibilidades y límites

de la reforma en la gestión

de la salud en Chile

Ana Sojo

*Oficial de Asuntos Sociales,
División de Desarrollo Social,
CEPAL*

En un marco de expansión del gasto y de mejoras de la equidad, e inserta en un sistema de salud dual, esta reforma de la gestión de la salud pública en Chile pretende consolidar una ventaja de costos respecto del sector privado. Se ha acentuado la distinción entre la función reguladora, la financiera y la proveedora en el sector público y se ha fomentado una relativa oposición de intereses entre ellas, en aras de generar cuasimercados. Los "compromisos de gestión" establecidos entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud rompen con la lógica de una asignación de recursos guiada por los presupuestos históricos, y hacen de los resultados el elemento determinante del financiamiento. En esos compromisos se establece anualmente el tipo de servicios que se han de brindar, la asignación y transferencia de recursos, así como los indicadores de desempeño, en una perspectiva integral que incluye las áreas programática, financiera, de recursos humanos y de inversiones, y ordena las múltiples relaciones que se dan entre el Ministerio y los Servicios de Salud. El otro eje de la reforma es el incremento de la productividad de los recursos humanos, para lo cual se pretende modificar las modalidades de contratación y remuneración vigentes. La dualidad del modelo de salud acota de manera significativa la regulación, desde lo financiero, de elementos que le son endógenos, como el ausentismo y el incumplimiento de las jornadas médicas. Los cambios entran también en tensión con los marcos presupuestarios vigentes, que inhiben una gestión descentralizada de los recursos. La medición de desempeño ha hecho hincapié en la eficiencia microeconómica más que en la eficacia: para evaluar la calidad, sentido último de la reforma de gestión, están pendientes estandarizaciones de desempeño que permitan medir la calidad del servicio prestado.

I

Los puntos de partida: un preámbulo necesario

No toda modernización o reforma del Estado se inscribe en el campo de la gestión, que abarca las acciones encaminadas primordialmente a elevar la eficacia y eficiencia de las organizaciones públicas, pero desde el ángulo de la ejecución, es decir, el de cómo lograrlo, y no el de qué lograr. La eficiencia organizativa puede servir a muy diversos fines, ya que adquiere sentido en relación con otros valores que guían a las instituciones (Prats i CATALA, 1992, p. 32). Los cambios de gestión son, en palabras de Paul Romer, una experimentación limitada en la búsqueda, dentro de posibilidades virtualmente ilimitadas, de formas de hacer cada vez mejor las cosas.

En Chile, la modernización de la organización estatal, sus recursos humanos y estilos de gestión se ha rezagado apreciablemente. Durante el régimen militar, al ser considerado el Estado ineficiente, burocrático y anacrónico, las políticas se abocaron fundamentalmente a reducirlo. Las condiciones de empleo y las remuneraciones conspiraron contra una modernización de la gestión, y las empresas y la administración estatales sufrieron atrasos tecnológicos y falta de inversión (Marcel, 1995).

Por su parte, el gasto social en salud experimentó importantes recortes, mientras ingentes recursos se destinaron a privatizar el sistema previsional y a consolidar las instituciones de salud previsional (ISAPRES). La expansión de la atención primaria se dio en contra del nivel terciario, y la prioridad asignada a la atención materno-infantil redundó en menoscabo de la atención de adultos y de tercera edad y de las respectivas acciones preventivas, causando desequilibrios en el sistema de salud y disminuyendo la eficiencia técnica y económica del uso de insumos (Banco Mundial, 1992).

Las principales deficiencias de la gestión pública de salud en Chile se han atribuido a cuatro problemas estructurales, propios de una cultura organizacional centrada en las políticas, procesos y métodos, antes que en los resultados: i) los objetivos de gestión de los organismos públicos son ambiguos; ii) la responsabilidad individual de los funcionarios es escasa, ya que las responsabilidades están diluidas y mediatizadas desde las autoridades superiores hasta el personal ope-

rativo; iii) no existe una red de obligaciones y relaciones recíprocas frente al usuario, ya que el sector público es unilateral y autorreferente, y iv) no se evalúa seriamente la gestión (Marcel, 1995, pp. 11 y 12). Las particularidades del quehacer público y la necesidad de brindar respuestas concretas implica temporalidades propias y heterogeneidad en este ámbito de reformas (Lahera, 1993, p. 33).

Los gobiernos de la Concertación han estimulado una modernización gradualista de la gestión pública, que constituye el marco de la reforma en el sector salud. Si bien ésta ha sido relativamente autónoma en varios aspectos, en el caso del proyecto de reforma de la ley 15076 ha habido una gran influencia inter-institucional.¹ El apoyo político ha sido fuerte y las iniciativas se han visto favorecidas por la presencia de profesionales formados en diversos programas de administración en el área de la salud.²

Los cambios apuntan a introducir criterios de economía de la salud que contribuyan a construir mercados, dotando a los agentes de un conjunto de normas que exigen: identificar oferentes y demandantes, asignándoles ciertos derechos de propiedad³ sobre los activos y sobre los ingresos derivados de la explotación de estos activos; definir arreglos contractuales para motivar a los agentes a desplegar interacciones que conduzcan a situaciones socialmente deseables; establecer condiciones para que los precios actúen como señales que ayuden a tomar decisiones a los agentes; y cautelar que se cumplan los contratos y se respeten los derechos de propiedad (Lenz y Fresard, 1995, p. 11).

¹ Entrevista efectuada al Sr. César Oyarzo, Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el 5 de septiembre de 1995.

² Opiniones expresadas por el Ministro de Salud, Sr. Carlos Massad, en entrevista realizada el 21 de noviembre de 1995. Como un ejemplo de apoyo, señala la solución al problema causado por el reciente impedimento de la Contraloría para pagar bonificaciones de desempeño al sector administrativo; la ley necesaria fue aprobada en un plazo brevísimo y sólo con un voto en contra, lo cual no tiene precedentes.

³ Propiedad entendida como relación económica que permite disponer de los recursos, y no como propiedad jurídica, ya que se trata de instituciones públicas.

II

La reforma de gestión como imperativo

La reducción del gasto social acaecida desde los años ochenta en América Latina constituyó básicamente un ajuste financiero que postergó modificaciones estructurales de la prestación de servicios; unido a deficiencias arrastradas, ha puesto claros límites a la disponibilidad y calidad de los servicios sociales. Para mejorar la calidad y pertinencia de ellos, elevar la equidad y garantizar coberturas adecuadas, conservando los equilibrios macroeconómicos como condición indispensable para el crecimiento, urge incrementar su productividad mediante reformas de gestión. Ello, en el marco de diversas holguras fiscales y de diversas prioridades macroeconómicas del gasto social, sea que los recursos se eleven, se mantengan o disminuyan.⁴

En Chile la reforma de la gestión en el sector salud se da en un contexto expansivo del gasto y se esgrime como inevitable, por la baja eficiencia del sector público en el marco del sistema dual imperante y la fragilidad del control de las remuneraciones como su principal fuente de competitividad. Al no estar la ineficiencia ubicada en un sitio preciso, o envuelta en algún "nítido paquete", sino en la forma como se hacen las cosas a lo largo y ancho de las instituciones (Osborne y Gaebler, 1992, p. 23), importa entender cuáles condiciones de inicios de la década han hecho categórica la necesidad de un cambio de rumbo.

1. Débil integración institucional

En este ámbito, diversos problemas aquejaban al sector salud a inicios de los años noventa. La ausencia de coordinación y complementación entre los niveles de atención desplazaba las presiones hacia los servicios de emergencia hospitalarios y limitaba el apoyo de la atención primaria. No se había desarrollado la atención ambulatoria especializada: los servicios ambulatorios primarios y terciarios eran limitados, y tenían problemas de cobertura. Prevalcía cierta concentración geográfica de médicos, se observaba un desequilibrio entre médicos generales y especialistas a favor de los

⁴ Por todas estas consideraciones, es inadecuado atribuir la creciente importancia que adquieren los indicadores de desempeño de los sectores sociales a un presunto aumento del porcentaje del gasto público destinado a los sectores sociales (Newman, 1995, pp. 2 y 3).

últimos, y había pocas enfermeras (Banco Mundial, 1992).

El Ministerio de Salud, por tener funciones operativas y ejecutoras, coartaba las funciones de los Servicios de Salud; éstos consultaban recurrentemente a diferentes dependencias del Ministerio que, sin coordinación, generaban demandas duplicadas y traslapadas. El Ministerio no supervisaba adecuadamente los Servicios de Salud, los que a su vez tampoco lo hacían respecto de la atención primaria municipalizada, debido a la escasez de personal y a su inadecuada calificación (Banco Mundial, 1992).

No existía un sistema o cultura de coordinación que garantizara la coherencia de las acciones. Estaba arraigado un comportamiento centralista, acompañado de desconfianza hacia los niveles directivos de los servicios, o bien de aversión al riesgo por parte de estos últimos, lo que originaba múltiples consultas para tomar decisiones (Vignolo, Lucero y Vergara, 1993, p. 58).

Por otra parte, la privatización bajo el régimen militar instauró un sistema de salud dual en razón de la propiedad y de la propia lógica de su diseño, que promueve el traslado del subsistema público al privado de quienes tienen mayores ingresos. Los dos subsistemas obedecen a lógicas diversas y no compiten entre sí: el seguro público es de reparto y favorece la solidaridad, y el privado opera mediante cuentas y riesgos individuales. En el primero están los pobres y hacia él migran las personas de alto riesgo de salud; en el otro están las personas de mayores ingresos y bajo riesgo. Esto inhibe una cobertura universal de la población y el uso eficiente de los recursos e impide una relación complementaria de la atención pública y privada (Oyarzo, 1995, punto II).⁵

⁵ En Colombia se impulsó una reforma de salud inspirada en la experiencia de privatización chilena, pero con modificaciones interesantes que promueven la competencia entre los subsistemas público y privado. Según Iván Jaramillo (en CEPAL, 1995), se distingue entre empresas promotoras de salud, encargadas del financiamiento, y empresas proveedoras de los servicios. Hay dos regímenes: el contributivo, que se nutre de las contribuciones obreras y patronales, y el régimen subsidiado, que apunta al 40% más pobre. Existe además un sistema de compensación entre las entidades privadas; mediante un cálculo per capita se establece el monto del superávit que va a un fondo de compensación y garantía. Hay di-

2. Menoscabo de los recursos humanos y competitividad

La ley 15 076 fue una pieza fundamental de la reforma de salud de los años cincuenta. Numerosas modificaciones parciales tergiversaron su sentido original, generaron incentivos negativos en materia de recursos humanos, e introdujeron altos grados de inflexibilidad que contribuyeron a instaurar el binomio "malas rentas con estabilidad" e impidieron aplicar mecanismos serios de evaluación del rendimiento.⁶

Al iniciarse la década de 1990 no existían sistemas para evaluar el cumplimiento de objetivos, el logro de estándares de calidad y la capacidad de gestión local, ni tampoco incentivos vinculados con la calidad del desempeño y con los resultados. El sistema de remuneraciones no refleja adecuadamente los diversos grados de complejidad, responsabilidad, participación y compromiso asociados con las diferentes tareas.

En el caso de los hospitales públicos, el escalafón funcionario tiene como marco el servicio de salud y no el hospital, lo que impide una adecuada calificación. Los únicos incentivos son el ascenso en la planta del escalafón funcionario correspondiente, y la antigüedad. El 95% de los funcionarios está calificado en lista I, de mérito, a pesar de un ausentismo laboral que varía entre el 20 y el 25%. De allí que, "...Al menos, los excelentes no se diferencian de los buenos y, por excelentes que sean, deben esperar años para llegar al mejor grado de escalafón" (Montt y Artaza, en Cámara de Diputados de Chile, 1995, p. 112).

No existía, además, una apropiada distinción de profesiones en los escalafones. El Colegio de Enfermeras aduce que los escalafones deben estar separados por profesión, ya que cubren indistintamente a enfermeras, matronas, asistentes sociales, etc. (Corral, en Cámara de Diputados de Chile, 1995, p. 134).

Las plantas funcionarias de los hospitales en los respectivos Servicios de Salud se definen rígidamen-

te, con lo cual es imposible flexibilizar la jornada de trabajo o contar con un acopio de horas flexible para contratar diferentes estamentos de personal en jornadas parciales, mecanismo útil para conseguir personal escaso, como enfermeras y tecnólogos médicos (Montt y Artaza, en Cámara de Diputados de Chile, 1995, p. 114; Acevedo *ibid.*, p. 107; Corral, *ibid.*, p. 136).

Las diferencias excesivas entre las remuneraciones del sector público y las del mercado impiden mantener y atraer a los profesionales de mayor calificación, creatividad y eficacia. La inflexibilidad hace imposible adaptar el recurso humano a cambios fundamentales, como la mejora de la calidad de vida, los cambios del perfil epidemiológico, los avances científico-tecnológicos y las nuevas demandas de la población.

Siendo el sector salud un gran empleador —sin considerar la atención primaria, ocupa cerca de 68 000 funcionarios— no cuenta con expertos en relaciones humanas y laborales (Massad, en Cámara de Diputados de Chile, 1995, p. 93).

Existe por lo tanto en el sistema público un círculo vicioso entre fuentes espurias de competitividad, bajo nivel de rendimiento, gran ausentismo laboral, inflexibilidad, y bajo nivel de remuneraciones como factor principal para aminorar los costos. Tal encadenamiento enfrenta claros límites ante la competencia del sistema privado y el potencial incremento de salarios: en los últimos años el fuerte control de las remuneraciones ha demostrado no ser un factor competitivo estable, y se vislumbran alzas. La reforma de la gestión del sector público de salud, por lo tanto, es crucial: resulta inevitable para poder mantener la ventaja de costos (Oyarzo, en Cámara de Diputados de Chile, 1995, pp. 96 y 97).⁷

3. Financiamiento ineficiente y asimétrico

En la fijación de precios y en el patrón de utilización de servicios de salud se propiciaban distorsiones, la

versos mecanismos de control de los costos: se ha establecido un monto de \$150 por persona, el pago por diagnóstico atendido, y un listado de medicamentos genéricos y obligatorios. Para velar por la equidad y evitar engaños al consumidor se ha creado un plan obligatorio de salud y también mecanismos para evitar la selección adversa a las mujeres, los enfermos crónicos y catastróficos, y los de la tercera edad, mediante una asignación de recursos per capita ajustado a los grupos de edad. El seguro de salud se plantea, por otra parte, como un beneficio privado e individual.

⁶ Este diagnóstico y el del siguiente párrafo está contenido en las consideraciones sobre la reforma de la ley emitidas por una comisión bipartita integrada por el gobierno y el Colegio Médico de Chile, instaurada luego del acuerdo entre ambas instancias de diciembre de 1994 (PAL, 1995a).

⁷ "Con incrementos de remuneraciones del orden del 25% en promedio, los costos de la atención en el sistema público quedan por sobre los del sistema privado. Algunos estudios realizados sobre los exámenes de laboratorio y otros han demostrado que, en el sistema público, su costo es superior a los que podría comprar el FONASA en el sistema privado. Las ventajas aún existen en aquellas áreas en que hay una alta densidad en salarios y, especialmente, en prestaciones como las de día-cama e intervenciones quirúrgicas, ya que en éstas los honorarios son notoriamente inferiores a los del sector privado. El problema se visualiza como grave a la luz de la presión que actualmente existe sobre las remuneraciones, por cuanto, una vez que se produzca un aumento, el sector público puede perder una de sus mayores ventajas" (Oyarzo, en Cámara de Diputados de Chile, 1995, p. 97).

transferencia de recursos no estaba vinculada a resultados, y había problemas en los mecanismos de financiamiento: el sistema de facturación por atenciones prestadas (FAP) en municipalidades originaba grandes déficit en las municipalidades pobres,⁸ y no promovía la eficiencia de los costos unitarios ni un sistema de referencias adecuado. En los otros niveles de atención, el desajuste respecto de la inflación que mostraba el FAP y que debió ser compensado con transferencias suplementarias, acarreó una centralización de

decisiones sobre el gasto, realizadas en función del marco presupuestario global y sin negociaciones que vincularan los recursos a los resultados.⁹

Ambos mecanismos generaban incentivos negativos porque impulsaban a lo curativo, al reembolso del acto individual y no de la atención global, y desincentivaban tratamientos baratos o cuyos costos no eran cubiertos; además, tenían consecuencias adversas para el sistema de referencia de pacientes hacia y desde los hospitales (Banco Mundial, 1992).

III

Las reformas

Se orientan a incrementar la equidad del sistema, mejorar la calidad y consolidar una buena cobertura básica: en general, están condicionadas por cambios en la cultura organizacional, en las normas legales y en elementos de apoyo como la capacitación del personal y los sistemas de información.

1. Institucionalidad armónica y descentralizada

Durante el régimen militar, por vez primera, se separaron funciones que tradicionalmente habían exhibido un alto grado de concentración y centralización. Se distinguieron tres, que serían ejecutadas por organismos diferentes: la normativa y de control se radicó en el Ministerio de Salud, la ejecutora en los Servicios de Salud y para la financiera se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Sin embargo, estos entes retuvieron funciones híbridas, porque la reorganización nacional dio cabida a ambigüedades respecto de las atribuciones y responsabilidades de los diversos organismos (Oyarzo y Galleguillos, 1995, p. 40).

Actualmente se trata de llegar a una efectiva diferenciación de funciones, promoviendo una oposición de intereses —por ejemplo, entre comprador y proveedor— que contribuya a maximizar la eficiencia; la concentración de cada uno en las capacidades adecuadas para cumplir su función debe especializar recursos en el proceso productivo (Oyarzo y Galleguillos, 1995, p. 32).

En aras de una organización armónica y sistémica, el Ministerio tendrá exclusivamente la función supervisora y la normativa, y no deberá tener funciones ejecutoras. Para ello se estructuró en tres divisiones (División de Programas de Salud, División de Planificación Estratégica y División de Programas de Apoyo a la Gestión) y un Departamento de Presupuesto y Administración, y se estableció un gabinete unificado del Ministro y del Subsecretario.¹⁰ El Departamento de recursos financieros desapareció, siendo el FONASA el que tiene ahora la función financiera y compradora. La función proveedora y productora se concentra en los Servicios de Salud (gráfico 1).

El FONASA, que antes básicamente administraba la modalidad de libre elección y servía como ente recolector y pagador de los servicios de salud, asume ahora funciones de administración, control y compra del seguro público de salud de carácter solidario: establece contratos con prestadores públicos y privados para promover la eficiencia técnica y la asignación eficiente de los recursos; fiscaliza la correcta utilización del seguro por parte de beneficiarios y prestadores, a fin de minimizar la filtración de recursos públicos; supervisa la recaudación de cotizaciones para reducir al mínimo la evasión; provee directamente o por me-

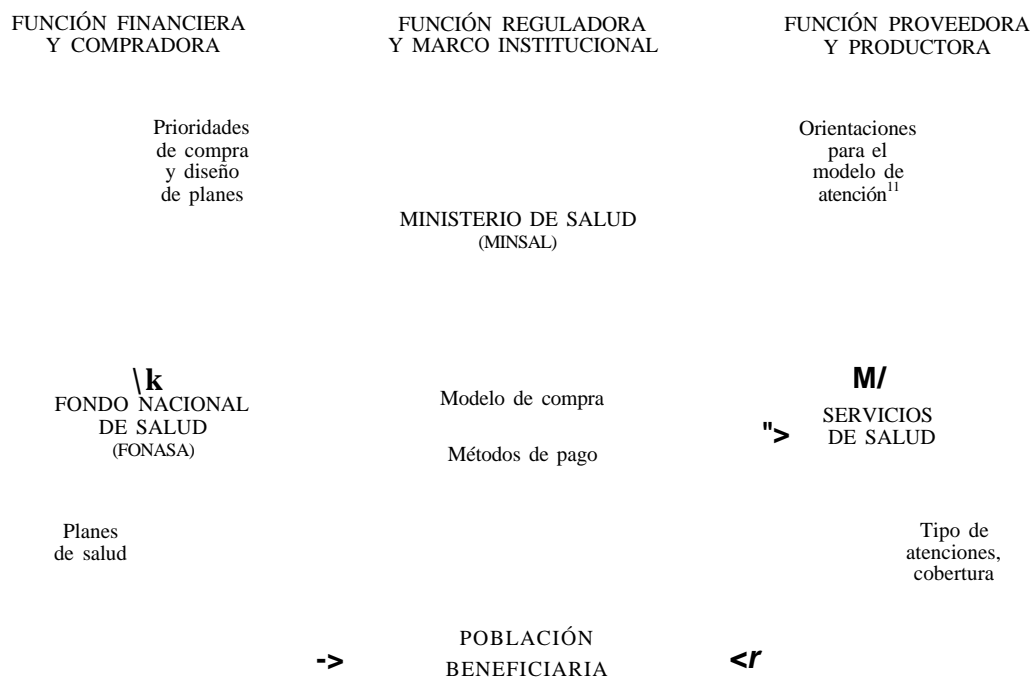
⁸ Véase Fielbaum, 1991; Chile, Ministerio del Interior, 1990; Duarte, 1995.

⁹ Es necesario además señalar que la cobertura financiera del FAP siempre fue parcial, ya que se aplicaba sólo a insumos intermedios —los gastos en bienes y servicios de consumo—, en tanto que lo correspondiente a remuneraciones, inversiones y subsidios por incapacidad laboral era asignado presupuestariamente sobre una base retrospectiva (Miranda, Loyola y Reyes, 1991, p. 10).

¹⁰ Entrevista con el Jefe de la División de Programas de Apoyo a la Gestión, Sr. Cleofe Molina, el 14 de septiembre de 1995.

GRÁFICO 1

Chile: descentralización funcional del sistema público de salud



Fuente: Elaboración propia a partir de Lenz y Fresard, 1995.

^a Recursos humanos, inversión en infraestructura, equipamiento y tecnología.

dio de terceros un servicio de intermediación que facilite el acceso a los beneficios y la interacción de los prestadores con el sistema, y maneja la estructura de beneficios y copagos de acuerdo con las prioridades político-programáticas y dentro de un marco de equidad y eficiencia (Oyarzo y Galleguillos, 1995, p. 43).

El FONASA ha externalizado una serie de tareas, como las de informática, que permiten identificar y registrar adecuadamente a los beneficiarios a fin de evitar filtraciones y proveer información para la administración del seguro. Se han separado las cuentas de indigentes y cotizantes, medida importante para desmitificar el presunto subsidio a los indigentes, que fomenta la migración hacia las ISAPRES.¹¹ Conocer a los

¹¹ Ello se basa en un cálculo —restar a las cotizaciones los gastos correspondientes a la modalidad de libre elección— que subestima las prestaciones efectivas. La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), por el contrario, muestra un subsidio a los cotizantes. (Entrevista con el Sr. Oyarzo).

propios beneficiarios y obtener de las ISAPRES el registro de los suyos ha permitido restringir los subsidios cruzados; el registro completo de los dependientes de los beneficiarios de las ISAPRES se tendrá en 1997.

Por otra parte, se ha establecido una nueva red de servicios ambulatorios especializados: los Centros de Especialidades Básicas, de referencia intercomunal desde los consultorios de atención primaria municipalizados, a cargo del Ministerio de Salud, y los Centros de Diagnóstico de Alta Complejidad adjuntos a hospitales, pero con autonomía administrativa. Se han rehabilitado los hospitales, con un fuerte componente de inversión, y se han provisto recursos para su adecuada operación y mantenimiento. En cuanto a la atención primaria, el cambio fundamental atañe, como veremos, al financiamiento per capita.

La descentralización ocupa un lugar esencial entre los cambios y en el incremento de la equidad: la diversidad de los problemas de salud del país y las desigualdades propias de la transición epidemiológica

polarizada¹² incrementan la demanda y exigen flexibilidad de la oferta. Luego, la descentralización debe acercar las decisiones a las personas y adoptar cursos de acción adecuados a las características epidemiológicas y geodemográficas propias de cada región: es un proceso de distribución de poder, recursos, riesgos y oportunidades a los Servicios de Salud (Chile, Ministerio de Salud, 1994).

Aún deben traspasarse al nivel local actividades ejecutoras que sigue cumpliendo el Ministerio, con lo cual éste debiera reducirse. Se reitera la idea de profundizar la descentralización funcional, incrementando las capacidades de los Servicios de Salud, los que se transformarían, de administradores de la red pública, en entidades que regulan unidades asistenciales autónomas.¹³ En ese contexto, es interesante señalar que el Colegio Médico promueve el nombramiento de los directores de servicio por concurso, y que las autoridades afirman no tener inconvenientes, siempre y cuando el concurso incluya requisitos en materia de gestión y administración y que los nombrados no sean inamovibles.¹⁴

Respecto del sector privado, se ha tratado de limitar la selección adversa de beneficiarios, de garantizar mayor transparencia y equidad a las relaciones contractuales entre las ISAPRES y sus afiliados, y de controlar los subsidios cruzados e implícitos brindados por el sector público (Chile, Ministerio de Salud, 1995c).

La persistente dualidad del sistema —la diversa lógica de sus subsistemas y la ausencia de competencia entre ambos— origina regulaciones que podrían tener que ampliarse y acarrear altos costos administrativos.¹⁵ Los planteamientos sobre cambios de la morfo-

logía del sector de mayor raigambre se encuentran en un estado germinal: se destaca la reciente propuesta de un plan integral de salud que, con una solidaridad razonable y cobertura universal y obligatoria, garantice efectiva libertad de elegir el seguro de salud y el proveedor de atenciones en el campo público y privado, sin posibilidad de rechazo por parte de las instituciones aseguradoras (Oyarzo, 1995, ítem V).

Se ha planteado que satisfacer esta prestación universal implica un financiamiento mixto entre las cotizaciones individuales y el subsidio estatal para crear un fondo único que se reparta entre los distintos administradores del sistema, o bien, un sistema de compensaciones entre cotizaciones y costos per capita del seguro. La cotización individual podría ligarse, no a las remuneraciones, sino al costo del seguro único (Massad, 1995, p.12).

Para hacerlo habría que determinar el organismo encargado de la función redistributiva, que ejercería como seguro de segundo piso para garantizar los montos por persona que financiaría el plan integral; los organismos que funcionarían como seguro de primer piso, otorgando directamente la cobertura de salud; el organismo encargado de la función reaseguradora para eventos catastróficos, y el organismo encargado de la regulación de la seguridad social de salud. También habría que evaluar el monto de la actual cotización obligatoria y su vinculación con el ingreso, y precisar el papel del aporte fiscal y de los copagos (Oyarzo, 1995).

En aras de un sistema de seguridad social integrado y solidario, que a la vez tenga estabilidad y sea viable en términos financieros, se transitaría de una lógica de seguro individual a una lógica de seguro colectivo, creando un centro de regulación de seguros eficaz. Esto no va en desmedro del sector privado y plantea a la red de asistencia actual un gran desafío en términos de aumentar su eficiencia. Asimismo, habría que crear mecanismos eficaces de contención de costos.¹⁶

2. Asignación de recursos por desempeño

Se ha afirmado que los problemas de gestión de salud en Chile no provienen esencialmente de limitaciones

¹² El término polarización epidemiológica remite a diferencias de distribución del bienestar en salud entre los diferentes grupos de la población en detrimento de los pobres. En los países donde esto tiene lugar, las eras epidemiológicas se traslapan. Por razones técnicas y de equidad, sus problemas deben enfrentarse en forma simultánea. Al respecto, véase Bobadilla y otros, 1990, pp. 19 y 20).

¹³ Planteado por el Ministro de Salud, Sr. Carlos Massad, en *El Mercurio*, 1995, p. C15. Véase un antecedente de esta propuesta entregado por Héctor Sánchez en *El Mercurio*, 1991. Algunos han postulado taxativamente que "el eje central de la mejoría del sector debe ser la autonomía de los establecimientos manteniendo la propiedad estatal y los controles mixtos ya descritos" (Baeza, 1993, p. 53).

¹⁴ Entrevistas respectivas al entonces Presidente del Colegio Médico, Dr. Vacarezza, el 7 de noviembre de 1995, y al Sr. Massad.

¹⁵ Idea planteada por el Sr. Oyarzo en el seminario "La salud en el proceso de desarrollo chileno", organizado por el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación de Isapres en octubre de 1995.

¹⁶ Entrevista al Sr. Marcos Vergara, Jefe de la División de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud (9 de noviembre de 1995). En el primer semestre de 1995 en la Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica (CIEPLAN) se realizaron talleres de salud a solicitud del Ministerio; en sus conclusiones se destaca también la referente al plan integral de salud (CIEPLAN, 1995).

administrativas e institucionales, sino de una cultura organizacional que no favorece ni requiere un proceso ordenado de consecución de objetivos y de evaluación de resultados, necesario para aquilatar la eficacia y eficiencia logradas (Marcel, 1993, p. 12).

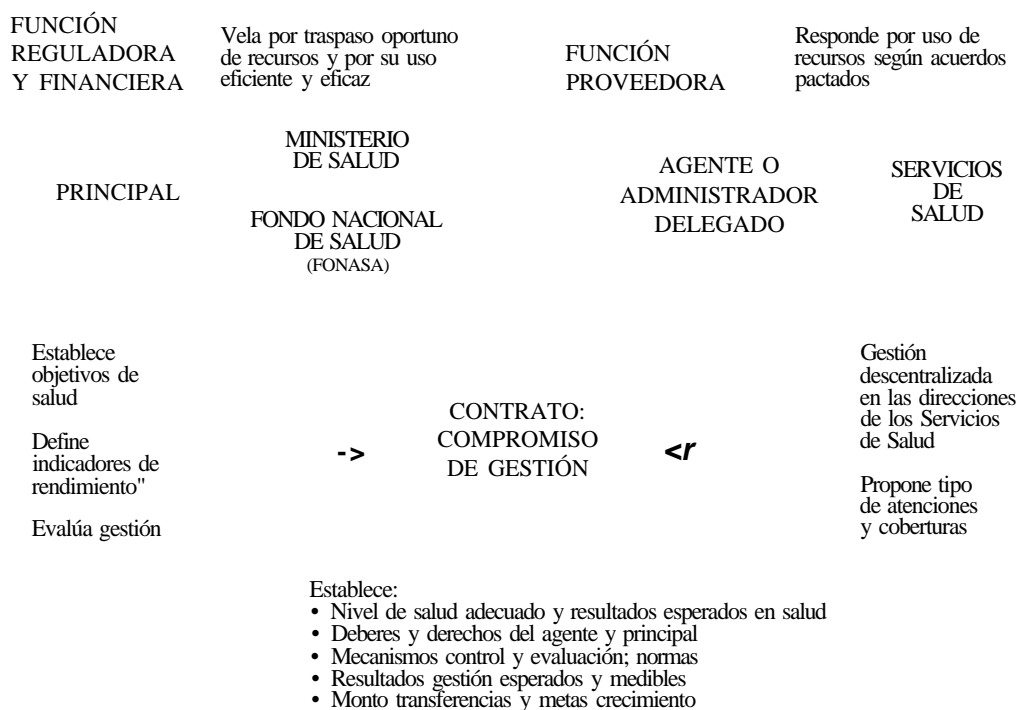
En sentido contrario, una nueva herramienta contractual tendiente a delegar autoridad y a permitir la evaluación y supervisión de lo delegado, transforma los resultados concretos de la gestión en el elemento determinante de la asignación de recursos. Se trata de los "compromisos de gestión", firmados entre el Ministerio y los directores de los Servicios de Salud, que delegan en estos últimos la gestión. A su vez, los Servicios de Salud negocian con los hospitales. El acuerdo anual establece los servicios que deberán brindar, la asignación y transferencia de recursos, las metas de crecimiento y los indicadores de desempeño para evaluar las metas acordadas, que por ahora son, fundamentalmente, índices de actividad (gráfico 2).

En la primera experiencia de 1995 se establecieron los siguientes indicadores, con igual ponderación: formulación de un plan de salud para 1996; cobertura del examen preventivo de salud de la población laboral; tasa de mortalidad perinatal; número de comunas con cobertura de vacunas inferiores a 90%; número de actividades de prevención específica de salud bucodental realizadas del total en niños de 0-5 años y de 6-9 años; prevalencia de malnutrición en la población infantil; instancias de participación interna y de participación comunitaria e intersectorialidad en el funcionamiento a fines de 1995 en los Servicios de Salud y en los establecimientos; y horas de pabellón utilizadas en relación con las horas de pabellón disponibles. Se fijaron los siguientes rangos de rendimiento: 5= muy satisfactorio; 4= satisfactorio; 3=regular; 2= insatisfactorio; 1= muy insatisfactorio.

Lo anterior representa una clara ruptura con la lógica de las asignaciones presupuestarias históricas.

GRÁFICO 2

Chile: compromisos de gestión



Fuente: Elaboración propia a partir de documentación oficial y Lenz y Fresard, 1995.

^a Indicadores financieros, de recursos humanos, de operación y de resultado en salud.

Si bien los recursos entregados por el FONASA durante la vigencia del compromiso 1995 equivalieron a las asignaciones históricas a los Servicios de Salud a la fecha, más recursos adicionales por criterios de equidad cuando correspondiera, en adelante todos los recursos estarán condicionados a la actividad desarrollada por dichos Servicios. El compromiso para un período no significa iguales recursos para los períodos siguientes.

La gama de objetivos generales¹⁷ del compromiso de gestión es muy amplia: incentivar la eficacia, capacidad resolutoria y calidad técnica en la prestación de servicios, y la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos; incorporar criterios de equidad al asignar recursos; mejorar la cobertura y estimular la satisfacción del usuario; y modificar la cultura administrativa, haciendo que el interés por los procesos se transforme en interés por los logros, asignando valor a la planificación y al análisis de resultados.

Con el compromiso de gestión se pretende establecer objetivos más claros, definir indicadores para el seguimiento de las atenciones, y evaluar la gestión de lo que se ha delegado. Se trata de una estrategia participativa y envuelve un juego de poder en su negociación: los Servicios de Salud definen conjuntamente con el Ministerio su misión y su identidad, y las necesidades financieras concomitantes, reflejando también las metas del Ministerio.

Lo anterior significa modificar, en varios planos, las relaciones interinstitucionales: así, hay que definir metas entre el nivel central y los respectivos Servicios de Salud para comprometer la asignación de recursos; coordinar y compatibilizar las áreas técnico-asistencial y la administrativo-financiera, y velar por la coherencia entre las actividades de los Servicios de Salud y las prioridades y políticas nacionales en el ámbito de la salud (Lenz y Fresard, 1995).

Los compromisos son integrales: incluyen las áreas programática, financiera, de recursos humanos y de inversiones. Se concibe el sistema de salud como un macroconglomerado que consta de veintisiete Servicios de Salud (conglomerados) y de cuatro instituciones autónomas. Involucra a todas las unidades del Ministerio, más el FONASA y los directores de los Servicios; el FONASA interviene como un comprador de acciones de salud, que supervisa el cumplimiento de metas de actividad.¹⁸

Asimismo, los compromisos de gestión cumplen un papel ordenador fundamental: sintetizan la multiplicidad de relaciones que se dan entre el Ministerio y los Servicios de Salud en un solo documento, que ordena y hace explícitas las reglas del juego. Tradicionalmente, los Servicios de Salud y cada instancia específica del nivel central generaban acuerdos bilaterales, formales e informales, lo cual acarrea descoordinación, duplicaciones y contraposiciones, e insumía importantes recursos en actividades de *lobby* (Lenz y Fresard, 1995, pp. 15, 16 y 37).

Se prevén ajustes de precios del arancel de transferencia por localización o por efectuar tareas de docencia. Además, considerando la política sanitaria del Ministerio de Salud, los Servicios deben proponer un plan de salud tendiente a facilitar el acceso a ella, especialmente a los más pobres; mejorar la gestión hospitalaria; reforzar las medidas de promoción, prevención y protección de la salud; impulsar la participación social, y mejorar las acciones de salud desde el ángulo ambiental.

Por otra parte, los compromisos de gestión se están utilizando también con los organismos autónomos: en 1995 el FONASA, el Instituto de Salud Pública, la Central Nacional de Abastecimiento y la Superintendencia de ISAPRES suscribieron compromisos de este tipo con el Ministerio. Además, quince "fuerzas de tarea" del Ministerio, al igual que las divisiones y el departamento que lo integran, suscribieron compromisos de acción. Estos se están utilizando también para la atención primaria municipalizada.

Lo pactado ha variado mucho de un servicio a otro: por ejemplo, en las metas de cobertura, o en la población beneficiaria del examen preventivo. El sistema está en una etapa inicial —en aprendizaje— de la evaluación que se ha realizado en forma trimestral. Aunque se halla en una suerte de marcha blanca, su uso se ha percibido como algo serio e irreversible y la evaluación debiera influir en eventuales remociones de directores de Servicios.

Se está reflexionando sobre la calidad y pertinencia de los indicadores: los que se han utilizado son propios de la pretransición epidemiológica y debieran reformularse para tener en cuenta características locales y regionales, considerando los planes de salud elaborados por los servicios.¹⁹ Los planes locales de sa-

¹⁷ Los objetivos generales se plantean en el Protocolo Compromisos de Gestión 1995.

¹⁸ Entrevista citada con el Sr. Oyarzo.

¹⁹ Entrevista citada al Sr. Molina, el 14 de septiembre de 1995, y entrevista efectuada al Sr. Mauricio Jelves, funcionario del Ministerio de Salud, el 25 de septiembre de 1995.

lud deberán convertirse en sus ejes articuladores, por su vocación de integralidad y para hacer frente al singular perfil epidemiológico y a los problemas emergentes.

En cuanto a semejanzas con reformas en otras latitudes, cabe destacar la experiencia del Reino Unido, particularmente en la modernización del sistema nacional de salud, una de las principales del sector público en los años ochenta. En esa época se crearon mercados internos, diferenciando y separando el papel de las autoridades distritales de salud, en tanto compradoras de servicios, de aquél de los hospitales como prestadores de servicios: unos y otros establecen entre sí acuerdos contractuales (Naschold, 1993, p. 49; Bartlett y Harrison, 1993).

3. Incremento de la productividad de los recursos humanos

Las reformas de gestión tienen fuertes componentes políticos; introducir nuevas formas de manejar los recursos humanos supone intensos conflictos y negociaciones, proceso que aún está en marcha.

En agosto de 1994 el llamado Informe de Caldera, elaborado por el Ministerio de Salud, desató un fuerte debate sobre la productividad de las horas médicas en los veintiséis Servicios de Salud del sistema nacional de Servicios de Salud. Dicho informe mostraba una notable caída de tres indicadores: los egresos, las atenciones médicas y las intervenciones quirúrgicas en el período 1989-1993. Mientras que las horas médicas contratadas se habían incrementado en más de un 66%, los egresos de pacientes por hora-médico habían declinado en 34%, las atenciones médicas por hora-médico se habían reducido en 34.8% y las intervenciones quirúrgicas por hora-médico en 45%.

El cálculo no introdujo ajustes que hubieran podido iluminar las causas y los factores intervinientes, así como su ponderación: por ejemplo, considerar el número de consultas que se debía atender por hora antes y después de la ampliación de las horas médicas, o, respecto de las intervenciones quirúrgicas, la posibilidad de que su reducción reflejara logros de eficiencia en otros niveles de intervención.

El gremio médico adujo que el informe no tenía en cuenta la mejora de la calidad de las prestaciones, dando como ejemplo la reducción de la mortalidad en Temuco, objetivo para el cual habían sido incrementadas las horas-médico; que la responsabilidad general de la situación de los hospitales se hacía recaer en los médicos, y que se sobredimensionaba el aumento

efectivo de las horas médicas (Vacarezza, en Cámara de Diputados de Chile, 1995, pp. 127-128).

Los médicos adujeron algunos elementos interesantes. Por ejemplo, señalaron la necesidad de estimar si el nivel primario había influido en la inelasticidad de la demanda; de distinguir subconjuntos en el numerador (por ejemplo, el aumento de la cirugía electiva vs. la disminución de la cirugía de urgencia); de desglosar horas por especialidades; de tener en cuenta el aumento de algunas horas profesionales —correspondientes a anestesiistas, hematólogos, radiólogos, neonatólogos— que elevan la calidad de la atención y disminuyen el riesgo, sin que se reflejen necesariamente en más egresos; y de examinar la reducción de afiliados al sistema nacional de Servicios de Salud como causa del descenso de la demanda. Señalaron también que la generalidad del indicador, unido a la heterogeneidad de la materia estudiada, podía conducir a conclusiones engañosas: un incremento de las intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, incluso podría reflejar fallas de calidad o de la oportunidad de la atención médica previa, mientras que su disminución puede relacionarse parcialmente con el manejo ambulatorio de pacientes de acuerdo con nuevos procedimientos y tecnologías (Colegio Médico de Chile, 1994).

Asimismo, subrayaron la ausencia de normalización en los cálculos de la pauta de consultas, que disminuyó entre 1989 y 1993 de seis a cuatro pacientes por hora, y expresaron dudas sobre la calidad de los registros. Plantearon lo erróneo de identificar número de egresos con igual número de pacientes: la disminución de egresos puede reflejar mejoras de las políticas de admisión hospitalaria y de la calidad resolutive de las intervenciones. Utilizando los estándares vigentes para calcular las horas médicas necesarias, llegaron incluso a concluir que existía un déficit de 34 902 horas para realizar las tareas de acuerdo con estándares de calidad (Colegio Médico de Chile, 1994, p. 7).

CIEPLAN, por su parte, para obtener un diagnóstico más detallado y contribuir a una visión de consenso sobre el problema aplicó la misma metodología, desglosando por Servicios de Salud. Se estimó un déficit nacional de 30 000 horas —9.1% de la dotación efectiva—, menor que el señalado por los médicos. Pero lo revelador fue el contraste entre distintos Servicios de Salud: mientras que el de Valdivia tenía un déficit equivalente al 46% de su dotación, los de la región metropolitana, con excepción del Metropolitano Sur, exhibían un exceso de horas médicas que fluctuaba entre 7 y 34% de la dotación efectiva. Las cifras plantean varios interrogantes: ¿tiene esto que ver

con incumplimiento de las horas contratadas en la región metropolitana, con diferencias de productividad médica en las diferentes regiones, o con diferencias de calidad de las prestaciones en los diferentes Servicios? (Celedón, 1994).

El argumento de los médicos sobre la relación entre más horas médicas y mejoras de calidad se ha rebatido diciendo que las mejoras de equipamiento e infraestructura introducidas en el período deberían haberse reflejado en una elevación simultánea de la calidad y de la productividad de las horas médicas.²⁰

El Informe de Caldera, en todo caso, da pie para reflexionar sobre la expansión irracional de las plantas²¹ y en general sobre su inadecuada estructura. La disociación del crecimiento de las horas médicas respecto de la actividad, como fenómeno global, pone de relieve importantes problemas:²² entre otros, contratación excesiva en áreas donde no se veló adecuadamente por la combinación de insumos necesaria; promoción de la calidad, pero vista como un acto individual; gran inflexibilidad en el manejo de los recursos humanos y de su contratación, que lleva a que todo cambio deba producirse por aumento; inadecuación de los recursos al nuevo perfil epidemiológico y a las nuevas técnicas y necesidad de establecer los 65 años como edad para pensionarse.²³

La aspiración del gobierno de vincular parcialmente el incremento de remuneraciones ambicionado por los profesionales del sector a reformas de la ley 15 076 hizo este tema aún más polémico, y la medición de la productividad se convirtió en un punto neurálgico. El Colegio Médico rechazó taxativamente que las remuneraciones se ligaran con la productividad mé-

dica, "por cuanto no existe en el mundo ningún índice válido que permita medirla" (Vacarezza, en Cámara de Diputados de Chile, 1995, p. 125). Que las modificaciones en la gestión de los recursos humanos significan importantes costos de transición, se refleja claramente en diversas posiciones de los gremios.²⁴

El ostensible componente político de la reforma permite reconocer problemas semejantes surgidos en otros países. En la reforma de los años ochenta en el Reino Unido fue difícil desarrollar indicadores cualitativos, a pesar de su importancia para mejorar la calidad. Los sindicatos de funcionarios opinaban que no se había dado a tales indicadores la misma prioridad que a los cuantitativos y de desempeño financiero, y el importante *Treasury and Civil Service Committee* señalaba la necesidad de difundir los objetivos y de optar por indicadores satisfactorios en consulta con los empleados y administradores (Hardy, Towhill y Wolf, 1990, p. 107).

La discusión sobre la productividad en Chile pone de relieve la necesidad de aclarar conceptos respecto a los indicadores de eficiencia. La productividad remite al uso eficiente de los recursos para restaurar la salud o para realizar intervenciones preventivas que impidan cuadros de morbilidad o mortalidad. Sin embargo, en ocasiones se identifica erróneamente la elevación de la productividad con un incremento abstracto de las prestaciones de salud o de las acciones médicas, o con una extensión de su duración.²⁵

Por el contrario, el aumento de las prestaciones puede expresar reducciones de la productividad o baja productividad; así sucede cuando el modelo de financiamiento propicia sobreprestaciones de servicios que elevan innecesariamente los actos médicos destinados a lograr un efecto curativo y acarrear escaladas de costos. O cuando se incrementan las prestaciones utilizando insumos que fueron concebidos para fines técnicos más sofisticados, ineficiencia técnica que ocasiona de

²⁰ Entrevista a la Dra. Susana Pepper, Directora del Hospital San Borja Arriarán, efectuada el 18 de agosto de 1995: en el caso de las intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, la tecnología más sofisticada disminuye notablemente el tiempo necesario para realizar algunas intervenciones, como la operación de vesícula. Por su parte, el Presidente del Colegio Médico, en la entrevista citada, afirma que la introducción de nuevas técnicas de intervención laparoscópica (por ej., para operar la vesícula) no reduce notoriamente el tiempo que se utiliza al operar y que la intervención requiere de dos o tres cirujanos.

²¹ Fue la Dra. Pepper quien inicialmente llamó nuestra atención sobre este problema.

²² Entrevista citada con el Sr. Oyarzo.

²³ Hay diversos ejemplos de estas irracionalidades. Servicios que cuentan con excelentes cardiocirujanos, pero no con un equipamiento adecuado. En otros, los internistas empiezan a ser redundantes. Pese a una notable disminución de partos en el país, en un hospital un 30% de los médicos son obstetras. Por otra parte, a pesar del nuevo perfil epidemiológico, escasean los "intensivistas" y los médicos en las Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI). Esta información se obtuvo en la entrevista citada con el Sr. Oyarzo.

²⁴ Sin ambages se defiende en ocasiones la situación vigente. Es así como lo plantea la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS): "En lo tocante a los incentivos económicos o la vinculación de las remuneraciones con la productividad, ... la autoridad de salud no ha explicado de manera concreta cómo se efectuaría tal vinculación y ... sólo ha señalado que ello se ligaría con la calificación. Este planteamiento abstracto es rechazado por los trabajadores, *especialmente* porque en estos momentos el 92% de los funcionarios está calificado en lista 1, de acuerdo con la legislación vigente, ya que no se ha dictado un reglamento sectorial de calificaciones y se desconoce cómo se realizará ésta en el futuro *puesto que se ha dicho que el número de funcionarios calificados en lista 1 debe disminuir*" (FENATS, en Chile, Cámara de Diputados, 1995, p. 139; el subrayado es nuestro).

²⁵ Es el caso en el estudio de la OMS/OPS, 1994a, pp. 40, 45 y 46.

hecho una subutilización de la capacidad instalada y una baja de la productividad.²⁶

La productividad del incremento de actos médicos destinados a prevenir o curar debe analizarse como una función de producción: es preciso considerar los costos que representa en el espectro de alternativas técnicas eficaces para cumplir con los objetivos de salud, el uso de la capacidad instalada, y la pertinencia de los insumos utilizados y de su combinación.

Tras el conflicto, dialogando sobre productividad²⁷ se llegó a acuerdos importantes en torno a "medir resultados en salud" para lograr eficiencia y equidad, negociar recursos y adaptarlos al perfil epidemiológico. Se estableció que los estándares de calidad, metodologías e instrumentos de medición, así como los indicadores de calidad para los compromisos de gestión, deberían ser convenidos *a priori* entre los involucrados y que en la evaluación de la productividad hay que considerar también la calidad del servicio y la satisfacción tanto de los actores involucrados en las actividades de salud como de los usuarios (OMS/OPS, 1994b).

Otras iniciativas contribuyeron al clima de negociación, como el apoyo al estatuto de atención primaria y el programa de mejoramiento del entorno laboral, cuyas prioridades se definen en cada hospital y que han cubierto desde mejoras del casino, hasta uniformes y vestidores. Con los sectores no profesionales se comenzó a experimentar con incentivos al desempeño. A un contingente importante de personal paramédico le fue acreditada su condición de técnicos, con lo cual reciben asignación profesional.²⁸

Dos acuerdos bipartitos a los que se llegó en febrero y julio de 1995, en medio de conflictos, precedieron al informe sobre la ley 15 076 entregado en septiembre de ese año por una Comisión Mixta Ministerio de Salud-Colegios Profesionales.²⁹ Este informe definió las orientaciones de la reforma de esa ley y en él se basa el proyecto de ley presentado el 4 de octubre de 1995 por el Ministerio de Salud a la Cámara de

Diputados, para reformar las contrataciones, remuneraciones y otros aspectos de la relación laboral de los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los servicios de salud y que no ocupen cargos de confianza exclusiva.³⁰ Sin embargo, subsisten discrepancias con los gremios médicos, que pese a estar de acuerdo con una acreditación por años de servicio, aducen que los concursos no garantizan la carrera funcionaria.³¹

El proyecto de ley flexibiliza significativamente la conformación de las plantas de los Servicios de Salud: la dotación de personal se determinaría mediante una asignación anual de horas cronológicas de trabajo semanal que realizaría el Ministerio de Salud. Se delegan decisiones en los directores de los Servicios: por ejemplo, ellos pueden adecuar la planta a nuevos requerimientos cuando se liberan horas porque cesa en sus funciones por cualquier causa un profesional adscrito al ciclo superior (véase el párrafo subsiguiente). Las causales de cese en el servicio también pueden ser determinadas por el director del Servicio respectivo.

La jornada ordinaria de trabajo se fija en un mínimo de 11 horas y un máximo de 44 horas semanales, distribuibles de lunes a sábado, a criterio de los directores; dentro de ese rango, el profesional podrá trabajar en más de un Servicio de Salud. Fuera de las horas contratadas, los profesionales podrán ejercer libremente la profesión.

En cuanto a la carrera funcionaria, a la antigüedad se suman el desempeño, el mérito y la eficacia. Se estructuran dos ciclos: el de formación, para los profesionales en fase de perfeccionamiento y desarrollo de sus competencias, y el superior, para quienes desempeñen funciones que les signifiquen aplicar sistemáticamente sus conocimientos y competencias, formar nuevos profesionales, o coordinar y supervisar equipos de trabajo. El ciclo superior tendría tres niveles, de nueve años cada uno: el ingreso a cada ciclo y la promoción de uno a otro de estos niveles sería por concurso. Cuando un profesional no califique para acceder al nivel siguiente, su contratación se podría extender hasta por tres años en el ciclo o nivel en que se encuentre, en las mismas condiciones contractuales y pudiendo participar en los concursos y disfrutar de la asignación de antigüedad.

³⁰ Véase Gobierno de Chile, 1995. El análisis que aquí se hace del proyecto de reforma se basa fundamentalmente en PAL (1995b) y en nuestra lectura del proyecto de ley a la luz del presente trabajo.

³¹ Declaraciones en *El Mercurio*, 1995, p. C15.

²⁶ Véase un análisis del tema en Barnum y Kutzin, 1993, capítulo 3.

²⁷ En el taller sobre productividad, cobertura y calidad, realizado en Santiago de Chile del 20 al 22 de octubre de 1994, participaron representantes del Ministerio de Salud, del Colegio Médico de Chile, de las universidades, de la Federación de Colegios Profesionales, de la Sociedad Chilena de Salubridad y de otras instituciones. En agosto de 1995, el Consejo Regional Santiago del Colegio Médico organizó un seminario sobre gestión en salud.

²⁸ Entrevista al Sr. Molina.

²⁹ Véase una descripción detallada de las negociaciones políticas en PAL, 1995a y 1995b.

Se sabe que para desarrollar capacidades de gestión es fundamental contar con cuadros encargados de esta tarea y garantizar mecanismos adecuados para la selección, promoción y retribución de ellos. Esto se vería favorecido por el nuevo sistema de contrataciones, que contempla un espectro diverso de tareas y de responsabilidades: se distingue entre las funciones estrictamente médicas y aquéllas con "responsabilidad de gestión", que requieren habilidades para comprometer recursos humanos, físicos y financieros orientados al logro de los objetivos que establece el plan o programa del establecimiento asistencial. Las funciones con responsabilidad de gestión serían concursables cada cinco años y podrían ser desempeñadas por profesionales pertenecientes a los distintos ciclos y niveles que establece la ley, con una dedicación mínima de 22 horas de jornada semanal distribuidas a lo menos en cinco días de la semana.

Los Servicios de Salud deberán evaluar anualmente el desempeño funcionario con las calificaciones siguientes: distinción, normal, condicional y deficiente. Diversas bonificaciones se asocian a la calificación. Por lo tanto, hay remuneraciones permanentes y remuneraciones transitorias.

Las permanentes se definen como aquellas retribuciones pecuniarias fijas y continuas, asignadas a los profesionales conforme a los ciclos y niveles estipulados en sus contratos o nombramientos. Comprenden:

i) El sueldo base, que es la retribución de carácter fijo y por períodos iguales para todos los profesionales regidos por esta ley, y que constituye la base única de cálculo para las demás remuneraciones.

ii) La asignación de antigüedad, que se concede al profesional contratado o nombrado en los Servicios de Salud, por cada tres años de servicios efectivos, con un límite de 10 trienios.

iii) La asignación de experiencia calificada, que se concede en reconocimiento a una alta calificación y competencia de los profesionales. Se asigna al ciclo superior, en las siguientes proporciones: 40% al nivel 1, 82% al nivel 2 y 102% al nivel 3.

Se estimula así la permanencia de los funcionarios en el Servicio, pero asociada con concursos. La asignación de experiencia calificada, por su parte, también estimula la permanencia del personal de excelencia.

Por otra parte, hay una significativa incorporación de remuneraciones transitorias y de bonificaciones al desempeño individual para el 25% de los funcionarios que haya tenido el mejor desempeño. Las remuneraciones transitorias son discontinuas, variables, y se

obtienen en atención a las funciones, las condiciones de trabajo y las características del desempeño. Incluyen:

i) Asignación de responsabilidad: se otorga por horas desempeñadas en responsabilidades de gestión. El reglamento establecerá los niveles de complejidad de los establecimientos, las categorías de las responsabilidades de gestión, y las jefaturas funcionales, que serán definidas por el Servicio de Salud correspondiente. Esta asignación no podrá ser inferior a un 10% ni superior a un 130% del sueldo base, por las horas dedicadas a estas funciones.

ii) Asignación de estímulo: se otorga por horas de la jornada semanal desempeñadas en actividades, lugares o condiciones que el Servicio de salud correspondiente requiera para cumplir los planes y programas de salud. Se prevé que sea determinada centralizadamente, mediante un reglamento, por el Ministerio de Salud, y suscrita por el Ministerio de Hacienda, lo cual puede inhibir la flexibilidad de la gestión. Por el contrario, con orientaciones generales del Ministerio de Salud, cada director de Servicio debiera poder establecer mediante resolución fundada las causas y porcentajes específicos de la asignación.

iii) Bonificación por desempeño: se otorga anualmente en forma individual a los profesionales mejor calificados de cada establecimiento, y en forma colectiva a todos los profesionales de los establecimientos, o de sus unidades de trabajo, que cumplan las metas de desempeño institucional. La bonificación individual se pagará anualmente al 25% de profesionales que haya tenido el mejor desempeño en el año anterior: 10% para el 15% de profesionales mejor evaluados y 5% para el 10% que les siga en orden descendente de evaluación. La bonificación de desempeño colectivo institucional podrá abarcar el 100% de los profesionales de un establecimiento o unidad de trabajo, y puede ascender hasta un 10% del sueldo base. El reglamento establecerá las normas necesarias para la adecuada concesión de este beneficio.

Por otra parte, se podrá destinar hasta el 10% del presupuesto total de remuneraciones de los profesionales regidos por esta ley para contratar profesionales de alto nivel. Así se podría reclutar profesionales de excelencia con salarios competitivos; pero la eficacia de la medida puede verse limitada porque se prevé exclusivamente para acciones "ocasionales o puntuales", tal vez recogiendo presiones de los gremios médicos.

Como se ve, la estructura de la carrera funcionaria como el sistema de remuneraciones son compati-

bles tanto con la asignación de responsabilidades individuales en el proceso de generación del producto y con los incentivos al desempeño.

Es interesante el entrelazamiento que plantea el proyecto entre el desempeño individual y el desempeño institucional de los Servicios de Salud. El está presente en disposiciones como la bonificación al desempeño colectivo, o en la posibilidad de que una reducción del presupuesto del servicio conduzca a la salida de un funcionario, lo que puede ser fundamental para ajustar los recursos humanos a la demanda de servicios y evitar la sobreoferta o la escasez de ciertos recursos. Desde el punto de vista de los compromisos de gestión, esto último promueve la adecuación entre los recursos humanos y los acuerdos pactados.

El proyecto de ley también norma la capacitación a la cual pueden acceder los profesionales según las actividades previstas en los planes anuales de los Servicios de Salud, la que incluye programas de especialización hasta de tres años. El beneficiario debe retribuir al Servicio de Salud su trabajo por un tiempo igual al utilizado en el programa de capacitación.

En cuanto a causas del cese de funciones, a las tradicionales se agregan tres: cuando las horas que sirva el funcionario en el ciclo superior del Servicio correspondiente se supriman; cuando un funcionario no califique para pasar a un nivel superior; y por último, cuando por razones de buen servicio el director del Servicio disponga el cese de funciones de los profesionales que cumplan los requisitos para jubilar.

La propuesta de concursos en tres niveles es algo distinto a los acuerdos previos, que contemplaban sólo un concurso para acceder al estamento permanente conformado por los cargos de planta. De allí las discrepancias. Los médicos señalan que así no se garantiza una carrera funcionaria y que la medida significa eliminación de funcionarios: el concurso debería usarse sólo como vía de entrada, el ascenso debería ser por acreditación, y los que no asciendan deberían poder permanecer en el cargo. Impugnan la autonomía de los directores para modificar el destino de los cargos, por considerarla muy amplia, y señalan que debiera tomarse en cuenta la opinión de los jefes de los servicios clínicos y la de los directores de hospitales para garantizar un mayor criterio técnico. Afirman que es ilegal convertir la asignación de zona en un estímulo discrecional, siendo que ella está reconocida en todos los regímenes públicos de contratación.³²

Entrevista citada con el Dr. Vacarezza.

Las autoridades, por su lado, destacan que los concursos permiten determinar la estructura y racionalidad de las plantas, sabiendo cuántas personas se requieren en cada nivel. Por el contrario, la acreditación crearía una barrera técnica en ese sentido.³³

Cabe preguntarse si las remuneraciones transitorias pudieran tergiversarse en el futuro, dando paso a deterioros incontenibles de los salarios. Será fundamental cautelar que los componentes flexibles de la remuneración al mérito actúen efectivamente como una gratificación individual, y no catapulten presiones reivindicativas igualitarias de los gremios,³⁴ lo cual, además de eliminar su propósito exclusivo, traería consigo una escalada de los costos. Es oportuno también reflexionar sobre la relación de los componentes salariales flexibles con los procedimientos de negociación salarial vigentes, y sobre si la instauración de remuneraciones flexibles debiera conducir a modificar las formas de negociación salarial. Se insertan aquí, por ejemplo, ideas³⁵ como la de sustituir la "triple" negociación actual —la negociación centralizada con el Ministerio de Hacienda, cuyo resultado es un "piso perdido" para las negociaciones sectoriales y las descentralizadas— por una negociación eminentemente descentralizada en cuyo marco se negocie con dicho Ministerio estrictamente el reajuste por inflación.

Planteamientos como éstos exigen liberalizar el sistema presupuestario, ya que suponen entregar a las autoridades sectoriales las decisiones sobre mejoras salariales vinculadas con el desempeño y con el incremento de la productividad de los servicios.

4. Financiamiento vinculado con el desempeño y la equidad

Los mecanismos de financiamiento tradicionales están siendo sustituidos por otros que buscan elevar la eficiencia y la equidad en el uso de los recursos. La eficiencia, porque promueven la contención de costos, el fomento de la salud y las acciones preventivas. La equidad, porque debieran limitar el desfinanciamiento crónico que causaban los mecanismos tradicionales en los niveles de atención a los que accede la población de menores recursos.

³³ Entrevista citada con el Sr. Massad.

³⁴ Aunque no estaba relacionada con el mérito, sino con la realización de una función determinada, la negociación lograda hace algunos años para la atención de emergencia condujo más tarde a una espiral de reivindicaciones, y alzó notablemente el piso sobre el cual negociaban los profesionales, debido a la disparidad entre esa remuneración y la de otras funciones.

³⁵ Opinión del Sr. Oyarzo en entrevista citada.

El pago asociado al diagnóstico (PAD), que se introduciría a partir de julio de 1996, es un sistema de transferencia de recursos a los Servicios de Salud para la atención secundaria y terciaria en los hospitales, mediante un pago prospectivo por atención de un grupo de patologías; se paga por patología resuelta y no por prestación realizada. Un primer paso han sido los pagos prospectivos por prestación (PP), basados en un estudio de los costos de producción —incluidos todos los insumos excepto el capital— de 103 servicios secundarios y terciarios. Así, los pagos de servicios discretos se agrupan en pagos fijos por cada diagnóstico; se paga por tratamiento intrahospitalario completo de acuerdo con un cálculo del costo agregado de todos los servicios requeridos, para incentivar la provisión de servicios de salud de calidad y desincentivar la sobreprestación de servicios; esto además permitiría ajustar los aranceles para que cubran todos los insumos, excepto el de capital.

Tras hacer un estudio de las prestaciones más frecuentes y de las más caras, se tipificaron cuarenta pagos asociados a diagnóstico, de los cuales se seleccionaron veinte, ya que a dieciocho de ellos corresponde el 30% de los egresos hospitalarios; lo demás se sigue financiando por prestación individual. Con esto se pretende limitar los costos de administración del sistema.³⁶

IV

Los límites del cambio

El modelo dual de salud acota significativamente la eficacia de estas reformas de gestión, que tratan de regular desde lo financiero elementos que le son endógenos, tales como el ausentismo y el incumplimiento de las jornadas médicas, y que están relacionados con diferencias de salarios entre el sector público y el privado. Las medidas de equilibrio parcial, sin embargo, difícilmente pueden evitar trasvasijos entre los dos subsistemas. Estos reducen la eficiencia y eficacia del sector público, ya que en un sistema dual generalmente el eslabón más débil es el que pierde, teniendo que adaptarse al otro.³⁷

De allí la relevancia de superar la dualidad del modelo, por ejemplo, en favor de una lógica de segu-

Los pagos por prestación y los asociados a diagnósticos se pagarán prospectivamente en el marco de los compromisos de gestión. Las diferencias entre los servicios planificados y efectuados se revisarán al final de cada período. Inicialmente, sólo se considerarán los insumos que no corresponden a salarios, que seguirán siendo pagados por el gobierno hasta que se apruebe la nueva ley sobre personal de salud.

Por su parte, el sistema de facturación por atenciones prestadas ha sido sustituido por una modalidad de financiamiento per capita, con el cual se pretende garantizar una canasta de prestaciones. El monto que se ha de transferir se establece prospectivamente para cubrir el costo de la norma de atención para cuatro categorías de atención primaria: atención infantil, materna y del adulto, e higiene oral. Para calcularlo, la población adscrita a cada servicio primario de salud se multiplica por la norma recomendada de frecuencia de servicios por usuario, considerando salarios, costos administrativos y otros como fármacos, y se divide por la población del área que sirve el establecimiento. Se pretende así mejorar la calidad de los servicios, estimular el fomento de la salud y de la prevención, y ampliar la cobertura en el marco de compromisos de gestión con las municipalidades.

ro colectivo, en cuyo caso la gestión también sería crucial para garantizar la competitividad del subsistema público. Pero la superación eficiente y equitativa del dualismo exige una colaboración creativa, por encima de intereses corporativos, que lleve a respuestas genuinas y concertadas. Al respecto será determinante la actitud de los sectores vinculados con las ISAPRES.

Por otra parte, las excesivas regulaciones legales y reglamentarias a las que deben ceñirse los Servicios de Salud son también obstáculos para mejorar su calidad y eficiencia. Entre ellas cabe citar normas presupuestarias rígidas y que requieren aprobación externa incluso para realizar pequeñas transacciones o cambios de destino del gasto,³⁸ o bien el prevaleciente centra-

Entrevista citada con el Sr. Molina.
Esta idea nos fue sugerida por Jorge Katz.

³⁸ Entrevista con el Sr. Andrew Edwards, consultor (Cooperación británica con el Gobierno de Chile), el 17 de noviembre de 1995.

lismo interministerial y una actitud de desconfianza del Ministerio de Hacienda que limita la gestión sectorial (Chile, Ministerio de Salud, s.f.). Se ha propuesto, por ejemplo, eliminar la forma discrecional con que se asignan los recursos que FONASA recibe del Ministerio de Hacienda, y establecer una asignación per capita global asociada al cumplimiento de ciertos compromisos o a la provisión de un conjunto de planes de salud (Oyarzo y Galleguillos, 1995, p. 45).

Las reformas de gestión entran en pugna con los marcos legales vigentes. Conservando limitaciones del marco presupuestario que son razonables, es necesario lograr una mayor capacidad de gestión de los recursos: el desglose en partidas específicas impide adaptarlos a circunstancias que son, por definición, cambiantes. Los controles deberían ejercerse *ex post*, y el de la calidad de los gestores, sujetos a remoción, debería ser el fundamental.³⁹

El éxito de esta reforma, por lo tanto, estará vinculado no sólo con la superación de la actual morfología dual del sector salud y con la eficacia de los nuevos instrumentos de gestión y de manejo de los recursos humanos, sino también con profundas modificaciones del sistema presupuestario chileno. Ha habido algunas iniciativas sectoriales para flexibilizar y aumentar la discrecionalidad del uso de los recursos: por ejemplo, a partir de 1995 la transferencia de recursos a los Servicios de Salud para remuneraciones y bienes de consumo es global. Los pagos per capita y asociados a diagnóstico son también más flexibles que en los sistemas anteriores (Chile, Ministerio de Salud, s.f.).

Por su parte, los indicadores de desempeño utilizados en Chile son primordialmente cuantitativos,⁴⁰ y se relacionan principalmente con los insumos y no con los productos, lo que hace imposible medir la calidad, sentido último de la reforma de gestión.⁴¹ En el sector salud, el uso de índices de actividad ha enfatizado la eficiencia microeconómica más que la eficacia. Por lo tanto, es preciso establecer mediciones y estándares de desempeño que evalúen la calidad del servicio,⁴² im-

portantes también porque obligan a determinar cuáles resultados se esperan en ese plano.⁴³

Para que las reformas financieras y de gestión sean viables y profundas es esencial la modernización logística-operativa de entidades como los hospitales y, en general, la especialización de funciones de las instituciones en lo propio, externalizando aquéllas secundarias. Los logros de eficiencia se deben asociar con una ampliación de las competencias de los organismos involucrados y de la libertad de elección, lo que implica fortalecer el proceso descentralizador.

No existe una racionalidad económica o social, o algún determinismo, que conduzca inexorablemente a modernizar la gestión pública. Por el contrario, la fuerza impulsora parece hallarse en los procesos dinámicos de modernización política, según sugiere al menos la experiencia europea reciente. En su ausencia, el anclaje institucional de la reforma es débil, y orientaciones como la gestión por objetivos o por resultados pueden degenerar fácilmente en formalismo y letra muerta en manos de la burocracia (Naschold, 1995, pp. 12 y 13).

La reforma siempre estará en pugna con las voluntades políticas. En el caso de la salud, es muy relevante el poder del gremio médico. El corporativismo de los diversos actores involucrados en la reforma y afectados por ella subestimarán los imperativos que enfrenta el sector y puede erigir obstáculos. La colaboración creativa, en cambio, contribuirá a proporcionar respuestas genuinas y concertadas.

calidad relacionados con los diagnósticos y tratamientos médicos que afectan la morbilidad y la mortalidad. Se ha medido la morbilidad aguda y de largo plazo y el surgimiento de complicaciones. Las mejoras de calidad parecen relacionarse claramente no sólo con el tipo de tratamiento sino también con la enfermedad, ya que respecto a algunas de ellas no se observan progresos. Por otra parte, pareciera no existir una correlación entre logros de calidad e incrementos de costos: algunas enfermedades se tratan con mejor calidad y menores costos, otras con mejor calidad y costos más altos, y otras con altos costos y poco incremento de calidad. Otra conclusión remite a las dificultades de ciertos indicadores de medición de la productividad, tales como el número de visitas al médico y las admisiones, ya que no reflejan adecuadamente el tratamiento recibido: si el número de visitas y admisiones se incrementa sin un incremento correspondiente de los tratamientos otorgados, se subestima el decrecimiento de la productividad; por el contrario, si los tratamientos se han elevado sin un incremento correspondiente del número de visitas y admisiones, las medidas sobreestiman la declinación de la productividad (ESO, 1994, pp. 145 y 146).

⁴³ De allí que el establecimiento de estándares de desempeño modifica, de manera sutil pero importante, la pregunta central de la evaluación de impacto: en lugar de preguntarse cuáles han sido los efectos o el efecto, lo central es establecer si se han cumplido los estándares de desempeño (Newman, 1995, p. 6)

³⁹ Opiniones del Sr. Massad, en la entrevista citada. Los Servicios de Salud han expresado opiniones en el mismo sentido, con miras a promover una mayor descentralización de las decisiones y elevar la eficiencia. Al respecto véase Chile, Ministerio de Salud (s.f.).

⁴⁰ Véase Chile, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto (s.f.).

⁴¹ Entrevista con el Sr. Edwards ya citada.

⁴² En Suecia se ha tratado de vincular los cambios de productividad y de calidad ocurridos en el período 1960-1990, llegando a algunas conclusiones interesantes sobre la dificultad de medir cambios de

- Baeza, C. (1993): *La crisis de los sistemas de salud: problemas y desafíos para Chile en los 90*, Santiago de Chile, Corporación Tiempo 2000.
- Banco Mundial (1992): *Chile, Health Sector Reform Project*, Staff Appraisal Report (for official use only), Washington, D.C., octubre.
- Barnum, H. y J. Kutzin (1993): *Public Hospitals in Developing Countries. Resource Use, Cost, Financing*, Washington D.C., Banco Mundial.
- Bartlett W. y L. Harrison (1993): Quasi-markets and the national health service reforms, en J. Le Grand y W. Bartlett (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, Londres, Macmillan.
- Bobadilla, J. L. y otros (1990): The epidemiologic transition and health priorities, Washington D.C., Health Sector Priorities Review, Banco Mundial, julio, mimeo.
- Cámara de Diputados de Chile (1995): Informe de la Comisión de Salud acerca del proyecto de acuerdo aprobado por la H. Cámara sobre problemas del sector salud y eventuales soluciones de los mismos, Legislatura 330a, extraordinaria, Sesión 59 del martes 18 de abril, Valparaíso, Chile, Publicación oficial.
- Celedón, C. (1994): Comentarios sobre la polémica entre el Ministerio de Salud Pública y el Colegio Médico, Santiago de Chile, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica (CIEPLAN), septiembre, mimeo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1995): Reunión de Expertos sobre eficiencia y equidad en las reformas sociales de los años noventa. Temario provisional, Santiago de Chile (22 a 24 agosto, 1995).
- Chile, Comisión Ministerial de Seguimiento y Capacitación de los Compromisos de Gestión (1995a): Plan de trabajo para el seguimiento y evaluación de los compromisos de gestión 1995, Santiago de Chile, mimeo.
- _____ (1995b): Compromisos de gestión 1995. Descripción del proceso de elaboración, Santiago de Chile, mimeo.
- Chile, Ministerio del Interior (1990): *Informe N° 1 del sector salud 1990*, Santiago de Chile, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, División de Desarrollo Social Comunal, Departamento Municipal'.
- Chile, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto (s.f.): Guía para la construcción de indicadores de desempeño en los servicios públicos, Santiago de Chile, Alfabetá impresores.
- Chile, Ministerio de Salud (1994): Bases para un plan de fortalecimiento del sector público de salud. Propuesta, Santiago de Chile, octubre, mimeo.
- _____ (1995a): Protocolo Compromisos de gestión 1995, Santiago de Chile, mimeo.
- _____ (1995b): Compromisos de gestión 1995. Aspectos relevantes para el análisis y llenado del protocolo de compromiso, Santiago de Chile, mimeo.
- _____ (1995c): Análisis y propuesta subsidios cruzados, Documento de trabajo, fuerza de tarea, Santiago de Chile, Superintendencia de ISAPRE, Fondo Nacional de Salud (FONASA) y Ministerio de Salud, División de Programas de Apoyo a la Gestión (DIPAG), octubre, mimeo.
- _____ (s.f.): Propuesta de modelo de gestión descentralizada para el sistema público de salud, Informe final de fuerza de tarea, Superintendencia de ISAPRE, FONASA y DIPAG, Santiago de Chile, mimeo.
- CIEPLAN (Corporación de Investigaciones Económicas para América Latina (1995): Modelos alternativos de organización de la salud: Hacia un esquema solidario de salud, Talleres de Salud, Santiago de Chile, Ministerio de Salud, mimeo.
- Colegio Médico de Chile (1994): Productividad médica en el sistema nacional de servicios de salud. Controversia entre el Colegio Médico de Chile y el Ministerio de Salud, mimeo.
- Duarte, D. (1995): *Asignación de recursos per capita en la atención primaria. La experiencia chilena*, Documento de trabajo No. 8, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria (CPU), mayo.
- El Mercurio* (1991): Santiago de Chile, 8 de octubre.
- El Mercurio* (1995): Santiago de Chile, 7 de octubre.
- ESO (Expertgruppen for studier i offentlig ekonomi) (1994): Abstract, *Kvalitets -och produktivitets- utvecklingen i sjukvården 1960-1992, Produktivitet i offentlig sektor*, Estocolmo, ESO, Finanzdepartementet.
- Fielbaum, G. (1991): Análisis del mecanismo de asignación de recursos para la atención primaria municipal, Santiago de Chile, enero, mimeo.
- Gobierno de Chile (1995): Proyecto de ley que fija nuevo estatuto para los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los establecimientos asistenciales de los servicios de salud, Santiago de Chile.
- Hardy, V., B. Towhill y A. Wolf (1990): La responsabilisation comme stratégie de modernisation, *Revue Politiques et management public*, vol. 8, N° 3, septiembre.
- Lahera, E. (1993): Políticas públicas: un enfoque integral, E. Lahera (éd.), *Cómo mejorar la gestión pública*, Santiago de Chile, CIEPLAN/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/FORO 90.
- Lenz, R. y C. Fresard (1995): *Compromisos de gestión: algunos aspectos conceptuales y empíricos*, Documento de trabajo, N° 14, Santiago de Chile, CPU, julio.
- Marcel, M. (1993): Mitos y recetas en las reformas de la gestión pública, E. Lahera (éd.), *Cómo mejorar la gestión pública*, Santiago de Chile, CIEPLAN/FLACSO)/FORO 90.
- _____ (1995): Modernización de la gestión pública en Chile. Antecedentes, orientaciones actuales y avances, trabajo presentado al seminario Experiencias Internacionales de Modernización de Gestión Pública y su Relevancia para Chile, Santiago de Chile, marzo, mimeo.
- Massad, C. (1995): *Principios orientadores para la reforma de salud*, Documento de trabajo, N° 15, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria (CPU), agosto.
- Miranda, E., V. Loyola y O. Reyes (1991): Diagnóstico del sistema actual de asignación de recursos financieros, Estudio sobre asignación de recursos financieros al interior del sistema público de salud, Informe de avance, N° 2, Santiago de Chile, marzo, mimeo.
- Naschold F. (1993): *Modernisierung des Staates. Zur Ordnungs- und Innovationspolitik des öffentlichen Sektors*, Modernisierung des öffentlichen Sektors, Band 1, Berlín, Sigma Verlag.
- _____ (1995): *Ergebnissteuerung, Wettbewerb, Qualitätspolitik. Entwicklungspfade des öffentlichen Sektors in Europa*, Modernisierung des öffentlichen Sektors, Sonderband 1, Berlín, Sigma Verlag.
- Newman, J. (1995): Performance standards in the social sectors, trabajo presentado al Seminario sobre Indicadores Sociales y de Gestión, Santa Fe de Bogotá, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), octubre, mimeo.
- OMSOPS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud) (eds.) (1994a): Comentario respecto a la evaluación de productividad de los servicios de salud, *Taller Productividad, cobertura y calidad. Rumbo a la gestión social de la salud*, Santiago de Chile, noviembre.

- _____ (1994b): *Taller productividad, cobertura y calidad. Rumbo a la gestión social de la salud*, Santiago de Chile, noviembre.
- Osborne, D. y T. Gaebler (1992): *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Reading, Mass., Estados Unidos, William Patrie.
- Oyarzo, C. (1995): El financiamiento de la salud, trabajo presentado en el foro panel La salud en el Proceso de Desarrollo Chileno, Santiago de Chile, Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud/Asociación de ISAPRE de Chile, octubre, *mimeo*.
- Oyarzo, C. y S. Galleguillos (1995): Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud, *Cuadernos de Economía*, año 32, N° 95, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Economía, abril.
- PAL (Programa de Asesoría Legislativa) (1994): La productividad en la salud pública, *Bitácora legislativa*, N° 127, Santiago de Chile, Corporación Tiempo 2000, agosto.
- _____ (1995a): El conflicto en salud: entre la modernización del sistema y la elevación de las remuneraciones, *Bitácora Legislativa* N° 148, Santiago de Chile, Corporación Tiempo 2000, abril.
- _____ (1995b): Proyecto de ley que fija nuevo estatuto para los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los establecimientos asistenciales de los servicios de salud, *Bitácora Legislativa* N° 167, Santiago de Chile, Corporación Tiempo 2000, octubre.
- Prats i Cátala, J. (1992): La modernización administrativa en las democracias avanzadas: las políticas de los 80. Contenidos, marcos conceptuales y estrategias, reelaboración de trabajo presentado al Primer congreso de Administración Pública de la Comunidad Valenciana, Barcelona, España, febrero, *mimeo*.
- Vignolo, C, J. C. Lucero y C. Vergara (1993): Modernización de la gestión pública, E. Lahera (éd.), *Cómo mejorar la gestión pública*, Santiago de Chile, CIEPLAN/FLACSO/FORO 90.
- Taller Productividad, cobertura y calidad. Rumbo a la gestión social de la salud (1994), en OMS/OPS (editores), *Taller Productividad, cobertura y calidad*. Rumbo a la gestión social de la salud, Santiago de Chile, noviembre.