

REVISTA
de la
CEPAL

NUMERO 66
DICIEMBRE 1998
SANTIAGO DE CHILE

ÓSCAR ALTIMIR
Director

EUGENIO LAHERA
Secretario Técnico



NACIONES UNIDAS

SUMARIO

Más allá del Consenso de Washington: una visión desde la CEPAL <i>José Antonio Ocampo</i>	7
La economía de Cuba <i>David Ibarra y Jorge Máttar</i>	29
La educación en América Latina: la demanda y la distribución importan <i>Nancy Birdsall, Juan Luis Londoño y Lesley O'Connell</i>	39
Determinantes de la desigualdad entre los hogares urbanos <i>Luis Felipe Jiménez L. y Nora Ruedi A.</i>	53
Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa <i>Ana Sojo</i>	73
Una estrategia de desarrollo a partir de complejos productivos en torno a los recursos naturales <i>Joseph Ramos</i>	105
Grandes empresas y grupos industriales latinoamericanos <i>Celso Garrido y Wilson Peres</i>	127
Entre el control político y la eficiencia: evolución de los derechos de propiedad agraria en México <i>Gustavo Gordillo, Alain de Janvry y Elizabeth Sadoulet</i>	149
Los aranceles y el Plan Real de Brasil <i>Renato Baumann, Josefina Rivero y Yohana Zavattiero</i>	167
Publicaciones recientes de la CEPAL	185

Los compromisos *de gestión en salud* de Costa Rica con una *perspectiva comparativa*

Ana Sojo

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

En este artículo se analiza la reciente constitución de cuasi-mercados en la salud pública en Costa Rica, promovida mediante la separación interna de las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios en la Caja Costarricense de Seguro Social; el establecimiento de un nuevo modelo de financiamiento, y la introducción de compromisos de gestión con hospitales y áreas de salud como instrumento clave para asignar y transferir recursos en función del rendimiento y cumplimiento de metas. Se examinan el contexto y el fundamento de la reforma de la gestión y se exponen tanto el nuevo modelo de financiamiento como los alcances institucionales y organizativos que acarrearán los contratos de 1997. Se describen los compromisos de gestión de 1997 según sus énfasis, que dan un espacio importante a la innovación de procesos y al desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad, que trasciende el simple uso de indicadores de eficiencia y eficacia. Se expone el desempeño de los hospitales y de las áreas de salud en el marco de esos compromisos y, finalmente, se reflexiona sobre las fortalezas y debilidades de las instituciones y del instrumento para optimizar la asignación de recursos. A lo largo del análisis se establece un contrapunto con la experiencia chilena.

I

Introducción

"Los contratos no proporcionan únicamente un marco explícito en cuyo seno se derivarán evidencias empíricas sobre las formas de organización (y por consiguiente son la fuente empírica básica para probar hipótesis sobre organización), sino también pistas e indicios sobre la forma mediante la cual las partes de un intercambio estructurarán formas de organización más complejas," (Douglass North).

Desde 1996 la Caja Costarricense de Seguro Social (ccss) ha promovido la constitución de cuasimercados en la salud pública. Sin crear a tal fin entidades exógenas, el nuevo diseño organizativo de la ccss se orienta a separar internamente las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios, y establece un nuevo modelo de financiamiento. La relación entre el financiamiento y compra y la provisión de servicios se concibe de forma contractual: los compromisos de gestión son el instrumento clave para asignar y transferir recursos en función del rendimiento y cumplimiento de metas, especificando objetivos de salud y fijando acuerdos de producción para cada centro, en los tres niveles de atención.

En las secciones siguientes se analiza en primer lugar la ambiciosa reforma de gestión emprendida por la ccss, considerando su contexto y su fundamento. En seguida se exponen tanto el modelo de financiamiento del que es tributario el compromiso de gestión, como los alcances institucionales y organizativos que acarrean los contratos de 1997.

Se describen y resaltan los aspectos primordiales de los contratos de 1997, poniendo de relieve que la medición de desempeño que los orienta trasciende el simple uso de indicadores de eficiencia y eficacia, ya que da un espacio relevante a la innovación de procesos que debiera permitir sistematizar la prestación de servicios, dilucidar aspectos específicos de su eficacia y contribuir tanto a la reestructuración organizativa como a modificar la cultura de gestión. También se destaca la importancia otorgada a la elaboración de registros fiables sobre actividades, costos y calidad, y de sistemas de información que puedan fortalecer la capacidad gerencial. Los contratos, además, promueven el desarrollo de una adecuada red de referencias y contrarreferencias.

Se expone el desempeño de los hospitales y de las áreas de salud en el marco de los compromisos de

1997, considerando las mejoras logradas, el aprendizaje organizativo y los principales obstáculos. A la luz de las evaluaciones efectuadas por la ccss y de otros elementos, se reflexiona sobre las fortalezas y debilidades institucionales y del instrumento para optimizar la asignación de recursos. Finalmente, se señalan algunos elementos que pueden poner en jaque a la innovación.

La documentación oficial y las entrevistas e intercambio de ideas con las autoridades de salud y con funcionarios que han estado inmersos en la innovación institucional constituyen la principal fuente de este análisis,¹ que articula una visión panorámica detallada de este aspecto particular de la reforma.²

En América Latina,³ los sistemas públicos de salud de Chile y Costa Rica son los únicos que han establecido contratos de gestión con los proveedores públicos, avanzando mediante ese proceso de negociación hacia la formación de cuasimercados. De allí el contrapunto que se establece con la experiencia chilena en algunos aspectos.⁴

¹ Para realizar el trabajo fue fundamental el interés demostrado por don Alvaro Salas, entonces Presidente ejecutivo de la ccss, su colaboración y la de las autoridades y funcionarios que nos concedieron entrevistas y nos facilitaron un expedito acceso a la documentación (véase lista de entrevistados al final del artículo). La responsabilidad del procesamiento de la información y de su interpretación es exclusiva de la autora.

² No existe un análisis semejante. Véase un panorama actualizado de la reforma del sector salud costarricense en los últimos cuatro años, tanto en su sentido como en su ejecución, en Costa Rica, MIDEPLAN (1998, pp. 190-220).

³ En el Caribe, Trinidad y Tobago también ha establecido una separación de funciones y acuerdos anuales de servicios.

⁴ Sobre el contexto y el sentido inicial de la introducción de los compromisos de gestión en Chile, véase Sojo (1996b y 1996c). Agradecemos también a las autoridades chilenas las entrevistas y el acceso a la documentación pertinente sobre el tema (véase lista de entrevistados)

II

Contexto y oportunidad de la reforma

En los años ochenta tuvo lugar una reestructuración administrativa de la ccss y un ajuste de su base financiera. Si bien el conflictivo deslinde de competencias entre el Ministerio de Salud y la ccss se convirtió entonces en una remora para la reforma del sistema de salud costarricense (Sojo, 1993; Güendel y Trejos, 1994), un creciente acuerdo respecto de su morfología permitió a mediados de la presente década aclarar sus respectivas competencias.

En 1993 se aprobó la reestructuración del Ministerio de Salud, al cual se asignaron las funciones rectoras —que cabe aún fortalecer— y de promoción, en tanto que la ccss tiene a su cargo actividades operativas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Desde 1994 se fortificaron la atención primaria y las acciones preventivas con los equipos básicos de atención en salud (EBAIS). Las acciones de atención primaria que efectuaba el Ministerio de Salud desde los años setenta se transfirieron progresivamente a la ccss, pasando a formar parte del modelo articulado por esos equipos;⁵ el ministerio retuvo tres programas: promoción y protección de la salud, protección y mejoramiento del ambiente humano, y nutrición y desarrollo infantil. La firma de los compromisos de gestión decantó el traspaso de funcionarios del Ministerio de Salud a la ccss, ya que las áreas de salud tenían dificultades para cumplir con sus contratos de gestión cuando éstos no se hacían efectivos: en un año, a partir de enero de 1997, se trasladaron 1 027 funcionarios.

La actual reforma de gestión de la ccss tiene lugar en un momento en que los recursos financieros de la institución se han saneado en dos planos. La ccss administra los servicios de salud a la población mediante un régimen que se nutre de cotizaciones compulsivas tripartitas, en un esquema universalista de prestaciones. La cuota asciende a un 7.5% de la nómina salarial: el empleador aporta el 4.75%, el trabajador el 2.5% y el Estado un 0.25%. La cuantiosa deuda por mora que acumuló el Estado con la Caja durante décadas fue negociada y cancelada en 1997. A su vez, la

consolidación financiera de la ccss también fue apuntalada por la reforma de pensiones de 1995, que instauró el régimen de pensiones administrado por la ccss como el sistema exclusivo de pensiones con cargo al presupuesto nacional. En este proceso se sanearon las finanzas del régimen de salud (Sojo, 1997b).

La reforma de gestión actual de la ccss es una iniciativa *ad hoc*, diseñada a la luz de un enfático diagnóstico autocrítico⁶ sobre las características de la ccss de cara a sus objetivos, y que no se inserta en una reforma amplia y de raigambre del Estado costarricense en el campo de la gestión. En ese ámbito, la política de pretensiones más globales del período es la puesta en marcha, mediante algunos acuerdos piloto, del Sistema Nacional de Evaluación (SINE) diseñado y coordinado por el MIDEPLAN. El SINE se basa en la firma de acuerdos de desempeño anual —los compromisos de resultados— entre el Presidente de la República y la autoridad correspondiente, avalados por el MIDEPLAN y el Ministerio de Hacienda. La matriz de desempeño institucional detalla los programas y proyectos prioritarios, los indicadores de evaluación, el rango de cada programa y los compromisos institucionales adoptados en cada caso (Mora, 1998). Las instituciones que cumplieron mejor sus metas fueron objeto de un reconocimiento público, pero el sistema aún no ha emprendido una etapa de evaluación o de premiación individual.

También se han llevado a cabo otras iniciativas específicas en el campo de la gestión, como la reforma del servicio de aduanas, y la articulación e integración de los programas contra la pobreza en el marco del Plan nacional de combate a la pobreza.

A diferencia de las propuestas de reforma de gestión antiestatistas, que ven al Estado como problema pero no como parte de la solución (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald y Pettigrew, 1996, p. 11), la reforma de la gestión de la ccss busca conservar y consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, y elevar su contribución a la competitividad sistémica del país mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad.

⁵ Sobre el sentido global de la reforma véase Salas (1996) y Weinstock (1995). Para un análisis de la transformación del sector salud en los últimos cuatro años, véase Costa Rica, MIDEPLAN (1998, pp. 190-211).

⁶ Los argumentos en que se basa el diagnóstico de la ccss sobre los problemas estructurales de la institución en el ámbito de la gestión y del financiamiento se analizan en la sección III.

Estos propósitos se plasmaron en los principios rectores del nuevo modelo de financiamiento —solidaridad, universalidad y equidad— que a partir de 1996 se convirtió en el eje de la reforma de la ccss,⁷

Las autoridades de la ccss comprobaron un claro déficit de gestión, pero al decidir cuál sería el mejor momento (el *timing*) para la introducción de los contratos enfrentaron una disyuntiva: consolidar primero la capacidad de gestión requerida para asignar recursos de acuerdo al rendimiento y luego introducir los compromisos de gestión, proceso más largo y quizá ficticio en términos políticos, o bien adoptar los compromisos y aprender al ir haciendo. Se optó por la segunda vía.⁸ En un breve lapso, el nivel central de la ccss especificó un modelo alternativo de financiamiento y las características de los contratos para avanzar en esa dirección, con repercusiones en la gestión global de la ccss. Se inició la ejecución de un plan piloto y se puso en marcha un intenso plan de capacitación.⁹

Es interesante reflexionar sobre los factores políticos que han posibilitado la maduración de la reforma del sector. Su razonable continuidad se ha logrado porque el proyecto de modernización se inició en la administración Calderón Fournier, y fue aprobado con la unanimidad de los partidos políticos mayoritarios.¹⁰ También contribuyó a la continuidad el hecho de que el equipo técnico que estuvo entonces a cargo del diseño de la reforma de la ccss pasó, en la administración Figueres Olsen, a ocupar puestos estratégicos de autoridad, incluyendo la presidencia ejecutiva.

La reforma de gestión fue precedida por discusiones sobre cómo mejorar el uso de recursos en el ámbito de la salud; en 1994, por ejemplo, se había constituido una comisión de alto nivel hospitalaria. De octubre a diciembre de 1996 se realizaron, a instancias

del nivel central de la ccss, reuniones y negociaciones para perfilar el camino hacia los compromisos de gestión. Al inicio, diferentes actores reaccionaron negativamente: los sindicatos criticaban que se pretendiera ahorrar recursos o abrir el espacio a una propuesta privatizadora.¹¹ En el propio nivel central de la ccss hubo y persisten recelos respecto de los compromisos de gestión, que son percibidos como un debilitamiento de la acción central. Los directores de hospitales, escépticos inicialmente en su mayoría, se interesaron progresivamente, por cuanto la ampliación de la autonomía les permitía contar con más instrumentos para enfrentar sus problemas, y surgió un liderazgo de los hospitales que estaban en mejor pie para iniciar el proceso. La innovación fue ampliamente apoyada desde el poder ejecutivo, que incluso participó en un encuentro con los directores de hospitales¹² respecto de las "colas" y listas de espera.¹³

Un importante papel cumplió la consultoría contratada conjuntamente con Andersen Consulting y el Consorcio Hospitalario de Cataluña en diciembre de 1995, para que formulara propuestas de asignación presupuestaria prospectiva, separación de funciones y mejora de la calidad. Paralelamente, el equipo de modernización de la ccss conoció y analizó experiencias del País Vasco, Cataluña, Inglaterra y Suecia, donde los sistemas son eminentemente públicos respecto de indicadores y sistemas de evaluación.

Como ilustración de lo que enseña el análisis de otras realidades, cabe mencionar el cambio cultural que tuvo lugar en el País Vasco con los compromisos de gestión, aun cuando éstos no estaban vinculados al presupuesto: esa experiencia fue rescatada al lanzar el instrumento costarricense en 1997, y se manifiesta en una relativa laxitud de los requerimientos de los contratos.

7 La equidad en la distribución de los recursos se define como "la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud de aquellos usuarios que posean iguales necesidades" (ccss, Proyecto de modernización, 1997a, p. 36).

⁸ Expresiones de don Alvaro Salas en entrevista del 5 de febrero de 1998.

* Se nos señaló que durante seis meses, las autoridades y los encargados de los compromisos de los entes prestadores debieron ausentarse para ello tres o cuatro días a la semana (entrevista a Manrique Soto Pacheco, director general del Hospital San Juan de Dios, el 5 de febrero de 1998). La capacitación, paradójicamente, compitió en algunos casos con los objetivos perseguidos: según la evaluación de los hospitales de 1997, la distracción de los gestores del proceso en actividades de capacitación generó discontinuidades en el seguimiento de los compromisos.

¹⁰ Expresiones del Dr. Elías Jiménez, director general del Hospital Nacional de Niños y presidente ejecutivo de la ccss entre 1990 y 1994, en entrevista del 5 de febrero de 1998.

¹¹ Dificultades en el diálogo sobre la reforma y algunos prejuicios sobre ella se traslucen claramente en la sesión de análisis y comentarios presentada en *erres* (1997, pp. 41-70).

¹² Las propuestas realizadas en ese encuentro atañen a ámbitos muy diversos: equipamiento, sistemas de asignación de citas, flexibilización de los horarios de atención, nuevos esquemas de contratación, descentralización de la gestión, flexibilización del presupuesto, ampliación de la capacidad resolutoria del médico general, compra de servicios, mejora del sistema de referencias, coordinación de servicios, ausentismo.

¹³ Para entender este proceso político nos fue sumamente útil la reunión con las autoridades de salud convocada por el presidente ejecutivo de la ccss, el 26 de agosto de 1997. Participaron en ella: Hermán Weinstock, Ministro de Salud; Alvaro Salas, presidente ejecutivo de la ccss; Fernando Marín, Viceministro de Salud; Julieta Rodríguez, gerente de la División médica de la ccss, y Luis Bernardo Sáenz, director del Proyecto de modernización de la ccss.

El conocimiento de los aspectos positivos y negativos de las experiencias también condicionó tres ámbitos de preocupación en el diseño del modelo: el sistema de pago debía evitar la sobreprestación de servicios o la manipulación en condiciones de baja producción; los indicadores no debían orientarse simplemente a los resultados, saltándose los procesos, lo cual traiciona el compromiso y su credibilidad; y la evaluación debía concebirse como un proceso fuerte, consistente y constante.¹⁴

Por su parte, los compromisos de gestión en Chile se insertan en un contexto muy distinto al costarricense: a saber, en un sistema de salud cuya solidaridad había sido hondamente socavada. Si bien se introducen en un período de expansión del gasto en el cual se ambicionan mejoras de eficiencia y equidad, el marco es un sistema de salud dual, tanto en razón de la propiedad como de la lógica de su diseño. La privatización del financiamiento y de la prestación de servicios de salud, que fue instaurada bajo el régimen militar, promueve el traslado del sistema público al privado de quienes tienen mayores ingresos.

Hasta el presente, este sistema de salud está formado por dos subsistemas que se rigen por lógicas diversas y que no compiten entre sí: el seguro público es de reparto y favorece la solidaridad, mientras que el privado opera mediante cuentas y riesgos individuales; en el primero están las personas pobres y hacia él migran las de alto riesgo de salud, y en el otro, las de mayores ingresos y bajo riesgo.

Esa dualidad inhibe una cobertura universal de la población y un uso eficiente de recursos, conspira contra una relación complementaria de la atención pública y privada, y acota significativamente las capacidades de regulación, con serias repercusiones en el ámbito de la gestión debido a los trasvasijos entre ambos subsistemas.¹⁵ Las desigualdades en salud y la ineficiencia inherentes al modelo dual hacen que en Chile se dé actualmente una compleja discusión respecto al establecimiento de un seguro básico de salud solidario, con cobertura universal y obligatoria, que 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.¹⁶

III

Una asignación de recursos que permita superar los incentivos negativos

El mejor uso de los recursos, eje de la reforma de gestión de la ccss, se plantea como apremiante:¹⁷ está en juego, se afirma, la sostenibilidad del sistema, ya que el gasto en salud ha venido creciendo en los últimos años pero su productividad es constante o decreciente, y el envejecimiento de la población presionará aún más para aumentarlo (cuadro 1). Hay insatisfacción de los usuarios, lo que acarrea un doble gasto en salud cuando los cotizantes incurrir en erogaciones para prestaciones privadas; este fenómeno representa costos en términos de eficiencia social y favorece la evasión. Se hace necesario, por lo tanto, controlar los

costos y aumentar la eficiencia para contribuir efectivamente a la solidaridad, equidad y competitividad que busca el país.

El diagnóstico sobre la gestión de la ccss plantea que el control del presupuesto de la Caja ha tenido un carácter administrativo: los costos de los servicios prestados no se conocen cabalmente y no se han desarrollado procesos de facturación de servicios. Se precisa modificar la organización y el financiamiento según asignaciones históricas, para entregar los recursos en función de la eficiencia, el cumplimiento de objetivos, los resultados y el rendimiento obtenidos en los ámbitos asistencial, financiero y de calidad. Una buena

¹⁴ Estos antecedentes sobre el inicio del proceso los recabamos el 29 de agosto de 1997 en entrevista conjunta a James Cercone, Norma Ayala, Rodrigo Bartels y Mario León, funcionarios del proyecto de modernización de la ccss que estuvieron a cargo de la elaboración de los compromisos y que han participado en su evaluación.

¹⁵ Sobre el caso chileno, véase Sojo (1996b y 1996c).

¹⁶ Véanse planteamientos en ese ámbito en un estudio encargado por el Ministerio de Salud (Universidad de Chile, Departamento de Economía, 1997).

¹⁷ A menos que se precisen otras fuentes, el diagnóstico tiene como principal fuente ccss, Proyecto de modernización (1997a).

CUADRO I
Costa Rica: Algunos indicadores sociales

Indicador	Valor
Tasa bruta de mortalidad (1996)	4.12
Tasa de mortalidad infantil (1996)	11.83
Esperanza de vida (1995)	74.8
Total de muertes	13 993
Principales causas de muerte (1996):	
Enfermedades del aparato circulatorio	4 308
Tumores	2 902
Traumatismos y envenenamientos	1 570
Porcentaje de nacidos con bajo peso	7.33%
Posición en el índice de desarrollo humano (1997)	33

Fuente: CCSS.

práctica clínica, una correcta atención al usuario, y una coordinación efectiva entre los niveles asistenciales se consideran los criterios de calidad.

En el marco de una normativa inflexible, las remuneraciones de los funcionarios se determinan por la antigüedad, y no se evalúa el desempeño. Si bien la

organización del trabajo está sometida a una detallada reglamentación y estandarización, en el ámbito de la gestión clínica los profesionales actúan prácticamente sin limitaciones. Y el alto grado de ausentismo y de sustituciones e incapacidades supera los niveles medios del país.

Las agendas médicas constituyen una suerte de "mercado cautivo" en manos de los especialistas, lo cual origina barreras de acceso y largas listas de espera, aunque también hay casos de escasez efectiva de especialistas, como en oftalmología, otorrinolaringología y oncología.¹⁸

Se propone, por lo tanto, establecer incentivos de tipo grupal o individual que premien el mérito y el logro de metas y resultados. El uso de incentivos, sin embargo, se concibe como una condición necesaria pero insuficiente para mejorar el desempeño del sistema de salud: otro requisito es desarrollar una nueva cultura institucional orientada por el costo, el producto y el resultado, entendidos como la mejora de la salud, de la eficiencia y de la satisfacción del usuario.

IV

El modelo de financiamiento

1. La concepción general

El cuasimercado¹⁹ se basa en un nuevo diseño organizativo de la ccss que separa internamente las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios de salud, y en un modelo de financiamiento.²⁰ La relación entre el financiamiento y compra y la provisión se concibe de forma contractual: en ese marco, los compromisos de gestión son el instru-

mento que permite especificar objetivos de salud y fijar acuerdos de producción con cada centro, para asignar y transferir recursos en función de su rendimiento y cumplimiento de metas. Con tal fin, se afirma que sus objetivos deben ser realistas, y que el instrumento debe adaptarse a las cambiantes necesidades y al desarrollo institucional.

Para desplazar el eje de la cultura de gestión desde el gasto hacia el costo es indispensable identificar toda actividad de asistencia al usuario, tanto en la relación financiador-comprador con el hospital como en el intercambio de servicios entre los diversos centros prestadores de la ccss. Como se verá, este aspecto es asumido en los compromisos.

El financiamiento de los hospitales y del nivel primario de atención mediante un presupuesto por producción, que contempla un monto máximo y una cantidad prefijada, se cristaliza en el compromiso de gestión, que establece la cantidad y tipo de actividades que han de realizarse.

El modelo de financiamiento estipula un componente presupuestario variable que permite penalizar el

¹⁸ Entrevista a Luis Bernardo Sáenz, el 26 de febrero de 1998.

¹⁹ En un cuasimercado determinado por un proceso de contrato entre comprador y prestadores, los precios no están formados por la interacción de la oferta y la demanda y, por lo tanto, no son precios libres de mercado sino, más bien, precios negociados o administrados. En cuanto a la demanda, los consumidores finales no influyen en el precio, que ha sido regulado por la agencia gubernamental. El límite presupuestario de la agencia, que determina el nivel de precios que puede ofrecer, es fijado por el gobierno. Respecto de la oferta, para que el cuasimercado sea eficiente, una condición es que los proveedores pertinentes estén sometidos a límites presupuestarios (Bartlett y Le Grand, 1993, pp. 23 y 24).

²⁰ El planteamiento del modelo tiene como principal fuente ccss. Proyecto de modernización (1997a).

incumplimiento, ya que la disponibilidad de recursos se condiciona a los objetivos y metas. El componente asciende a un 10% del presupuesto total y se divide paritariamente en dos fondos:

i) el fondo de incentivos, cuyos recursos podrían ser reintegrados al ente prestador para flexibilizar la inversión en partidas que mejoren la calidad de las prestaciones y que permitiría financiar incentivos monetarios y no monetarios a los funcionarios, tales como capacitación, mejoras y mantenimiento de la planta física, adquisición de equipo menor, mantenimiento de equipo, etc.; este fondo podría acrecentarse con ahorros generados por la gestión del presupuesto por producción, que no vayan en detrimento de los objetivos establecidos, y que no superen el 80% del ahorro logrado; y

ii) el fondo de compensación solidaria, que constituye un margen de protección o compensación contra imprevistos en la ejecución presupuestaria, tales como producción que exceda la actividad prevista o incrementos de costos.

La introducción de los compromisos de gestión se concibe como un proceso gradual, considerando la limitada capacidad gerencial de las diversas entidades prestadoras y del comprador. Para lograr mayores capacidades gerenciales debiera abrirse más espacio a profesionales especializados en esas actividades y al cumplimiento de tareas híbridas por parte de los médicos que combinan la visión clínica y preventiva en el campo de la salud con conocimientos sobre la gestión de recursos.

La gradualidad responde al afán de mejorar paralelamente los sistemas de información, ya que las carencias en ese ámbito son muy grandes: al inicio no se disponía de datos básicos, como el número de personas atendidas en cada centro del primer nivel de atención y su estructura por edad y sexo, ni en las direcciones de los centros ni en el nivel central.

2. Especificaciones para el primer nivel de atención

Los objetivos deben ser realistas y responder a las necesidades de salud de la población de cada área de salud, en tres ámbitos: el presupuestario, el de los objetivos de salud y el de la satisfacción del usuario.

El modelo contempla tres fases para la innovación en materia de financiamiento. En la primera, los recursos correspondientes a los gastos de personal más de servicios no personales se asignan de acuerdo con el presupuesto histórico, pero se introduce un 10% de asignación variable.

Los recursos disponibles del fondo de incentivos y del de compensación solidaria podrán destinarse a las siguientes áreas, sujetos al cumplimiento de los compromisos: inversiones menores en maquinaria y equipo, mejoras al inmueble, capacitación, becas, reparación del equipo existente y otros que mejoren la capacidad resolutive.

En la segunda fase se introduce el pago per cápita: las tarifas se obtendrán de dividir la asignación fija histórica por el número de habitantes cubiertos por los servicios pertinentes. Se crea asimismo un "fondo de capacidad resolutive", cuyo financiamiento provendría de reducciones equivalentes del presupuesto de los hospitales y que se asignará a la atención primaria de acuerdo con su capacidad para atraer clientes y disminuir el uso de los hospitales.

En la tercera fase, el pago per cápita sufrirá un ajuste por tasas de mortalidad infantil, sexo y estructura de edades, y por los patrones concomitantes de uso de servicios. Por otra parte, para fortalecer el sistema de referencias, el nivel primario captará entonces los recursos destinados anteriormente a la "primera visita" de la consulta externa hospitalaria, en tanto que los hospitales facturarán a los centros de atención primaria por los pacientes que les sean remitidos.

3. Especificaciones para el segundo y tercer niveles de atención

El compromiso de gestión es un instrumento que debe permitir vincular la actividad con los recursos, y establecer para cada hospital sus objetivos, responsabilidades e incentivos. En el caso del fondo de compensación solidaria los recursos que no se utilicen se destinarán a un programa de renovación tecnológica.

Los indicadores de desempeño hospitalario se organizan en torno a tres grupos de objetivos: i) organizativos, como el registro de referencias del sector primario o el desarrollo de un sistema centralizado para manejar las listas de espera; ii) asistenciales o de programas específicos, destinados a resolver problemas como la reducción de las listas de espera o la disminución de la tasa de cesáreas y iii) objetivos en materia de calidad, que apuntan a mejorar la atención al usuario y su satisfacción.

En la primera fase del financiamiento por producción, la actividad global del hospital se desglosa en cuatro áreas: hospitalización; atención ambulatoria en consultas especializadas y no especializadas; urgencias; y programas asistenciales especiales, docentes y de investigación. Se define una unidad de producción homogénea para los cuatro tipos de actividad. Este

CUADRO 2

Costa Rica: Valores UPH, 1997

Escala de valor relativa para hospitales, por tipo de actividad	Equivalencia en unidades de producción hospitalaria (UPH)
1 estancia	1
1 urgencia	0.35
Primera visita especializada	0.40
Primera visita resto	0.25
Visita sucesiva especializada	0.2
Visita sucesiva resto	0.1
Visita odontológica	0.1
Visita no médica	0.05

Fuente: CCSS.

coeficiente estándar de equivalencia se denomina la unidad de producción hospitalaria (UPH), muy estrechamente relacionada con la estancia hospitalaria. La actividad de las áreas se agrupa y se pondera en una escala de valor relativo (cuadro 2), que considera criterios de costo, planificación y productividad y que está constituida por los valores en UPH.

En esta primera etapa, se introducen estancias medias estandarizadas por sección o departamento, que consideran la severidad de los casos o la casuística (*case mix*). Este incentivo premia a los hospitales cuyas estancias sean menores al estándar, y estimula, en general, a reducir la estancia media.

Los valores UPH se pagan de acuerdo con una tarifa que es invariable para el período de vigencia del

compromiso. El presupuesto por producción equivale a la cantidad de UPH de cada actividad concertada, multiplicada por la correspondiente tarifa. El pago de actividades que exceden las UPH pactadas debe efectuarse de acuerdo a su costo marginal, y su fuente de financiamiento -sean ahorros generados o fondo de compensación solidaria- varía según la relación global entre el presupuesto por producción y el presupuesto ejecutado.

Cabe anotar que la función de producción de los contratos de 1997 se construyó con datos de 1994, y que al haberse entonces comprobado una producción hospitalaria mayor que la esperada, se readecuó la tarifa para los compromisos de 1998.

La medición por UPH se reconoce como imperfecta, poco sensible a variaciones de costo y sujeta a correcciones. Se pretende, por lo tanto, avanzar hacia el pago por combinación de patologías atendidas. De allí que en una segunda fase se considerará la casuística vigente en cada hospital para fijar estándares por servicio.

En la tercera fase, para establecer tarifas acordes con la complejidad hospitalaria, el financiamiento por UPH debe ceder cada vez más terreno al uso de la casuística, o de grupos relacionados de diagnóstico (GRD). Luego, las estancias medias estándares serán definidas por el agrupamiento de egresos, y las tarifas se establecerán por producto hospitalario, para grupos de egreso con episodios de hospitalización claramente reconocibles.

V

Alcances institucionales y organizativos de los contratos

Es fecundo pensar en las instituciones como las reglas del juego que dan forma y limitan la interacción humana, estructurando incentivos en el intercambio político, social o económico (North, 1993, p. 13). Parafraseando al mismo autor (*ibid*, pp. 116, 117 y 125) el período actual de la ccss puede caracterizarse como una situación de desequilibrio, en la cual una nueva limitación institucional —encarnada en los compromisos de gestión— altera la estructura de incentivos tradicional, pero en el marco de convenciones y normas que le son concomitantes y que siguen teniendo vigen-

cia; ambas tendencias están ancladas en la acción de actores que moldean el cambio institucional.

En esta transición, por lo tanto, se encuentran en pugna diversas cristalizaciones de incentivos. Y como los nuevos incentivos no encuentran "a la mano" una retroalimentación de información satisfactoria, una estructura organizativa adecuada o normas eficaces, son necesarias diversas acciones específicas para avanzar en la dirección deseada. Algunas de ellas han sido ya expuestas, y en esta sección subrayaremos aquellos aspectos que atañen a la organización. Si del mercado

se ha dicho que "es un saco mezclado de instituciones; algunas aumentan su eficiencia y otras la reducen" (North, 1993), la idea de mezcla resulta también pertinente a la hora de visualizar un cuasimercado en gestación.

Varios objetivos singulares de la innovación de la ccss confluyen en otro más global: modificar la oferta de servicios vigente, que no ha respondido a una cabal estrategia, sino a la capacidad de presión de cada centro. Entre esos objetivos se cuentan: distribuir adecuada y equitativamente los recursos entre la atención primaria y hospitalaria; consolidar un sistema de referencia que asegure que las prestaciones se efectúen en el nivel adecuado a su grado de complejidad, para reducir los costos; mejorar la calidad de la atención para elevar la satisfacción del usuario; reducir las listas de espera; promover la eficiencia y equidad del gasto hospitalario y ampliar el uso de procedimientos ambulatorios.

El discurso de la reforma plantea que si bien la ccss ha cumplido diversas funciones —compradora, financiera y prestadora— ellas no están deslindadas en términos funcionales, estructurales y gerenciales. Luego, un objetivo central es separar y especializar internamente estas funciones. El compromiso de gestión se concibe como el instrumento central para lograr esa separación y avanzar hacia el principal objetivo del financiador-comprador, a saber, maximizar la cantidad y calidad de los servicios de salud para la población usando bien los recursos.

La estructura actual de la ccss es piramidal y centralizada, con una gestión de inversiones, del mantenimiento y de la planificación normativa que se determina centralizadamente. Las estructuras regionales son enlaces entre los centros prestadores y el nivel central, ejecutan instrucciones centrales y suplen las funciones de dirección y gestión de los establecimientos de salud de su ámbito territorial.

Se afirma que para trasladar riesgos hacia el prestador, la función prestadora debe trasladarse desde el nivel central de la ccss a los hospitales y áreas de salud, en aras de una mayor autonomía del uso de recursos y de una mayor responsabilidad por los resultados. Tal descentralización se traduciría en que los hospitales y las áreas de salud asumirían responsabilidades en cuanto al gasto, los objetivos y las metas, y en que las ganancias de eficiencia también serían captadas por los centros que las logran. Al menos inicialmente, no se contempla descentralizar la función compradora, en razón de los costos de transacción concomitantes, su escasa viabilidad y la incertidumbre

respecto de las mejoras institucionales que podría acarrear.

Cabe señalar que en algunos hospitales existe un gran interés por la descentralización. En ellos se plantea que la centralización de los hospitales no ha sido adecuada, que ha acarreado ineficiencias en la gestión²¹ y ha tenido repercusiones en la negociación con los grupos de presión: en tanto que antes cada hospital negociaba con un sindicato que agrupaba únicamente a sus empleados, ahora se negocia a nivel central.²²

Las competencias del comprador se han ido articulando en la práctica. Para evaluar los compromisos se conformó una comisión evaluadora especial de las tres gerencias de la Caja, que ha interactuado fluidamente con las diversas instancias competentes. Se destaca que el proceso de evaluación ha estado estrechamente vinculado con la ejecución de los otros componentes de la puesta en marcha de los compromisos; que la evaluación ha combinado una fluida y efectiva coordinación informal dentro del ente comprador con una relación muy formal con las unidades prestadoras; y que los evaluadores han tenido un acceso muy directo y oportuno a las autoridades superiores de la ccss. También se subraya como positivo que los distintos actores involucrados hayan aprovechado bien diversas oportunidades, como reuniones y talleres, para negociar, cabildar y resolver detalles de los contratos.²³

En la división administrativa de la ccss se ha conformado un "grupo de compra", y los componentes de negociación y de evaluación se han visto fortalecidos. La orientación de la función de compra en términos de planificación es, quizá, el aspecto más débil; a su desarrollo debiera contribuir la elaboración del Plan de salud, con alta participación del ministerio. Los datos sobre producción generados por la sección de información biomédica fueron considerados como la fuente oficial de información en esta materia tras el primer taller de evaluación de la unidad evaluadora.

Se puede advertir que la función de compra ha experimentado un desarrollo desigual: se ha avanzado más en la evaluación, mientras que hay más retrasos en el aspecto financiero. Por ejemplo, el análisis del contraste entre el presupuesto por producción y el presupuesto histórico, que debía realizarse durante el primer año, no se hizo. O hay rezagos en proveer meto-

²¹ Entrevistas con Elias Jiménez y Manrique Soto, citadas más atrás.

²² Entrevista con Elias Jiménez, citada antes.

²³ Entrevista con Rodrigo Bartels y Norma Ayala, el 6 de febrero de 1998.

dologías para efectuar los protocolos de atención. Los hospitales han reclamado que falta asesoría y apoyo del nivel central, sobre todo en informática, y que el comprador es lento para resolver problemas o solicitudes que impiden cumplir con los contratos. Pero también afirman que "se han sentido bien reflejados en el compromiso".²⁴

Con el avance de la experiencia piloto, también se fue consolidando el asidero legal interno de la reforma. La Junta Directiva de la Caja, en sesión 7133 del 10 de junio de 1997, aprobó el marco conceptual del diseño organizativo (recuadro 1) para la transformación del nivel central, que se realizaría con los recursos humanos disponibles y que en lo medular plantea la separación de funciones, la relación contractual

mediante el compromiso de gestión, y objetivos y orientaciones generales ya contenidos en el diagnóstico antes sintetizado.

En cuanto a la nueva estructura organizativa de la ccss, de tres opciones consideradas, la Junta aprobó la llamada opción 2B, con observaciones de los miembros; como muestran el gráfico 1 y el gráfico 2, la División administrativa y la División médica de la Caja reúnen atribuciones esenciales, mientras que la función financiamiento podría quedar mejor articulada. Sin embargo, en mayo de 1998 aún estaba pendiente la reasignación de personal y de tareas necesaria para implementar la función compradora.

Cada cuasimercado nace en un determinado contexto institucional e histórico que afecta su evolución (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald y Pettigrew, 1996, p. 57). En el caso de la Caja, la distinción de funciones se efectúa especializándolas en su propio seno, sin crear

²⁴ Opinión de Manrique Soto Pacheco, en entrevista citada antes.

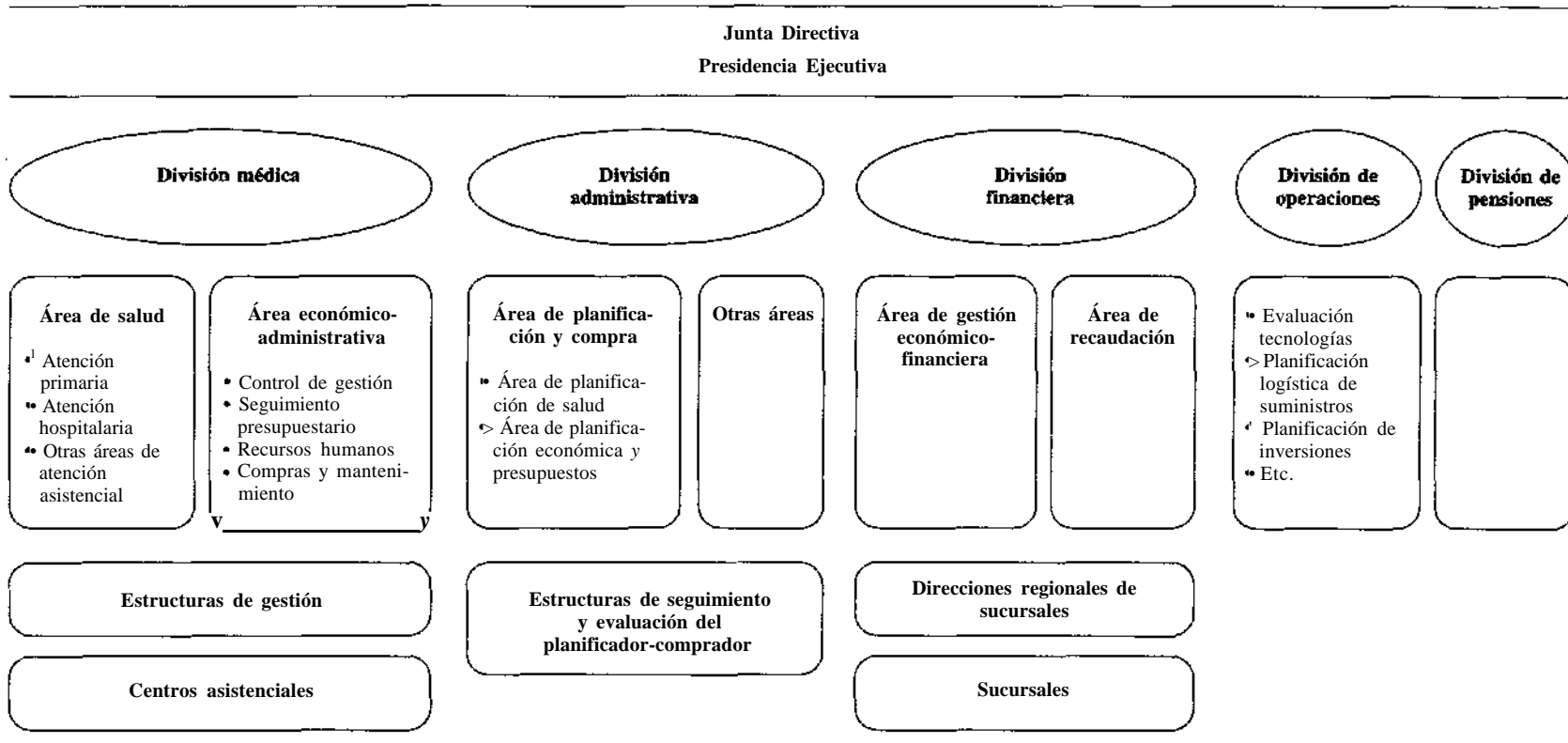
Recuadro 1
PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL DISEÑO ORGANIZATIVO DE LA CCSS¹

- La Caja Costarricense de Seguro Social es una única organización encargada de proporcionar protección para la salud y atención de la enfermedad y dar pensiones bajo los principios de la seguridad social.
- La separación de las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión.
- El establecimiento de una relación entre el plan de financiamiento/compra y provisión basada en el cumplimiento del compromiso de gestión.
- La facultación a las unidades para que asuman su gestión con autoridad y responsabilidad.
- El desarrollo de una organización orientada a resultados y a la satisfacción del cliente y la rendición de cuentas.
- La gestión coordinada de los centros proveedores de servicios de salud enmarcados dentro de una red.
- El proceso de cambio organizativo se hará con los recursos humanos disponibles.
- La evolución hacia una cultura de rendición de cuentas.
- El fortalecimiento de los mecanismos de comunicación interna y externa, como mecanismos de sensibilización y divulgación del proceso de cambio.
- La utilización de los sistemas de información como elementos claves en la planificación y el control de la gestión.
- La nueva organización facilita la participación social.
- La participación de los trabajadores de la CCSS en el proceso.
- Incentivos a la productividad y la calidad.

¹ Aprobados en sesión 7133 de la Junta Directiva, junio de 1997.

GRÁFICO 1

Caja Costarricense de Seguro Social (ccss): Estructura organizativa mixta funcional con mayor orientación al producto



Fuente: Andersen Consulting/Consorti Hospitalari de Catalunya, por gentileza de la Caja Costarricense de Seguro social.

Caja Costarricense de Seguro Social (ccss): Estructura organizativa mixta funcional con mayor orientación al producto
 Áreas de responsabilidad básicas

	Planificación de los servicios de salud	Compra de servicios de salud	Gestión/administración de proveedor de servicios de salud
División admnistrativa (incluye a planificación)	<ul style="list-style-type: none"> Definición de modelos de atención de salud Planificación estratégica por objetivos de salud (detección y priorización de necesidades de salud) Elaboración del presupuesto Evaluación de resultados de salud Catálogo de servicios de salud y contenido de las prestaciones Control institucional del registro de población cubierta Determinación y distribución de recursos económicos: territorial, poblacional por tipo de servicio y niveles asistenciales Planificación de la apertura de nuevos centros de salud, hospitales, etc. Desarrollo organizacional Comunicación del proceso de cambio 	<ul style="list-style-type: none"> Acreditación de proveedores Cartera de compra de servicios Determinación y distribución de recursos económicos: territorial, poblacional, por tipos de servicio y niveles asistenciales Elaboración de contratos Establecimiento de directrices de seguimiento presupuestario Control de flujos de pacientes y listas de espera Seguimiento/evaluación contratos y satisfacción con los servicios Gestión de los flujos económico-presupuestarios internos y con los proveedores Facturación de servicios Atención al usuario 	
División logística	<ul style="list-style-type: none"> Planificación estratégica del proveedor Evaluación y asesoramiento sobre las políticas de mantenimiento de los centros Evaluación de las propuestas de inversión tecnológica nueva Elaboración de políticas de compras, almacenaje y distribución de suministros Planificación de la gestión de recursos humanos del proveedor Establecimiento de directrices y necesidades de formación de personal asistencial, facultativo y especialistas Planificación de formación del personal asistencial 		<ul style="list-style-type: none"> Selección y cese de los gerentes de las EG's y/o centros Control de gestión de los centros proveedores Análisis periódico, junto a los responsables de las estructuras de gestión del grado de cumplimentación del contrato y de las políticas correctoras a adoptar Coordinación y gestión de dispositivos asistenciales Soporte técnico para la elaboración de los planes estratégicos de los niveles operativos Soporte técnico para la organización y administración interna de los centros Soporte técnico para la gestión financiera de los centros Gestión de recursos humanos Gestión de compras y mantenimiento Gestión de sistemas de información clínica y gerenciales Organización y ejecución de programas de formación
División operativa	<ul style="list-style-type: none"> Dirección y coordinación técnica de inversiones Establecimiento de estándares de calidad, servicios, salud Evaluación y autorización de tecnologías/dispositivos asistenciales Planificación de sistemas de información corporativos 		

Fuente: Andersen Consulting/Consorcio Hospitalari de Catalunya, por gentileza de la Caja Costarricense de Seguro social.

entidades exógenas a cargo de algunas de ellas. En ese cuasimercado, el grado de concentración de la función compradora es monopsonico, ya que no se establecen micro o mesocompradores. A diferencia de ese poder monopsonico, la función prestadora se desconcentra en una multiplicidad de entidades, que están en manos de la ccss y que en 1997 comprendían siete de los 29 hospitales y cinco de las 46 áreas de salud, que en conjunto representaban más de la mitad del presupuesto de la ccss. Para 1998 se negociaron compromisos de gestión con 28 centros de producción de servicios de salud: 10 hospitales, 14 áreas de salud y cuatro cooperativas.

El lugar de residencia es determinante para que el usuario sea asignado a un prestador, marco en el cual, por otra parte, los compromisos pretenden optimizar el sistema de referencias y contrarreferencias. No se trata, por lo tanto, de construir un cuasimercado que contemple la facultad del usuario de elegir el área u hospital en que quiere atenderse, según la opinión que de ellos tenga, o de elegir el médico dentro del área u hospital asignado.

Las funciones de compra y de provisión vistas en conjunto quedan concentradas en la ccss, y el medio de control fundamental es el contrato; es justamente el cambio desde una gestión por jerarquía a una gestión por contrato lo que constituye la esencia de este cuasimercado, que provoca a su vez modificaciones, por ejemplo, de los sistemas de información y de costos. Este cuasimercado está orientado hacia adentro y es altamente regulado en términos internos por el comprador, ya que el nivel central tiene poderes de regulación, de fijación de reglas y de nombramiento en puestos claves.

Debido a las formas de contratación de personal y a las reglas vigentes sobre carrera y permanencia en el sistema, el poder comprador central y el de los prestadores están aún muy reprimidos. La contratación de bienes y servicios se ha desconcentrado, y a algunas áreas de salud se les ha permitido comprar a terceros, medida cuya eficiencia y eficacia aún no ha sido evaluada.

Por otra parte, el proceso afecta las relaciones de poder, formales e informales, dentro de las unidades prestadoras de servicios. En el caso de los hospitales, ocurre en un contexto en que tradicionalmente la autonomía funcionada ha acarreado en algunos casos incluso problemas de gobernabilidad interna. En los hospitales nacionales se observa también la existencia de nichos políticos partidistas que dificultan el trabajo

organizativo conjunto.²⁵ En ese contexto, los directores perciben los compromisos como un instrumento mediante el cual pueden presionar al hospital para elevar el rendimiento.²⁶ No es sencillo, sin embargo, trasladar las responsabilidades del compromiso a las jefaturas médicas, debido a la rapidez del cambio, a la limitada capacidad gerencial existente y al efecto de las resistencias funcionarias. Una tarea pendiente al respecto es fortalecer a los directores de hospital ante sus jefaturas.²⁷

En Chile, por su parte, se está buscando también avanzar en la separación de funciones con los compromisos de gestión. En ese sentido, las singularidades de su sistema de salud y de la reforma de gestión han hecho del Fondo Nacional de Salud (FONASA) un importante protagonista, que de ente estrictamente asegurador pasó a asumir una función compradora dentro del sistema del Ministerio de Salud.

Se trata en Chile de concentrar la función prestadora en los Servicios de Salud y en los hospitales y municipalidades con ellos vinculados, y de eliminarla del ministerio; precisamente la persistencia de la función prestadora del Ministerio de Salud se ha señalado como un obstáculo importante para la reestructuración de la salud.²⁸ En el tema que nos concierne, esto llevó a una estructuración atomizada de los compromisos y de su evaluación. Así, al principio los contratos de gestión se elaboraron a partir de propuestas de las diversas unidades del ministerio que también conservaban las potestades en relación con esos ámbitos del contrato, a tal punto que se analizaban los indicadores correspondientes en forma separada, para finalmente hacer una integración estrictamente formal del análisis. Por la misma razón, los Servicios de Salud debían negociar los compromisos con varias instancias en el ministerio denominadas "mesas", que en 1996 se redujeron a dos —una del ministerio y otra de FONASA— y desde 1997 a una, momento a partir del cual el análisis del compromiso también se hace de manera coordinada.²⁹

Debe llamarse la atención sobre el hecho de que diversas determinaciones políticas en torno a los com-

²⁵ Antecedente planteado en entrevista conjunta a Cercone, Ayala, Bartels y León, citada antes.

²⁶ Entrevista con Manrique Soto, mencionada antes.

²⁷ Entrevista con L.B. Sáenz, el 26 de febrero de 1998.

²⁸ Entrevista con César Oyarzo, ex Director del FONASA, el 22 de agosto de 1997.

²⁹ Entrevista con Pedro Croco, Director de la unidad de gestión del Ministerio de Salud, el 3 de septiembre de 1997.

promisos de gestión hacen que ellos, por sí solos, no sean garantes de la gobernabilidad dentro del sistema de salud: para esa gobernabilidad es crucial la fortaleza de los incentivos y la regulación en materia de entrada y de permanencia en el sistema. Un ejemplo notable de la experiencia chilena es el caso de un director de servicio que se negó a firmar un compromiso; a lo más, se buscó convencerlo de que lo hiciera, pero no se planteó su remoción.³⁰

Puede decirse que las reformas de la gestión en salud costarricense y chilena se han hecho "de arriba hacia abajo", ya que la iniciativa en ambas experiencias provino de instancias centrales: del nivel central de la ccss, y del Ministerio de Salud y el FONASA, respectivamente. Pero las evaluaciones de resultados muestran, en ambos casos, la importancia de la negociación: los resultados son mayores cuando los compromisos han emanado de una negociación fuerte y no de una laxa, es decir, cuando las especificaciones y preferencias locales se traducen, al menos, en la negociación de metas.

La autonomía de gestión de los recursos por parte de las agencias de la ccss, sean ellas hospitales o áreas de salud, es aún restringida; en sentido estricto, se han asumido los presupuestos históricos y se ha construido, con datos de 1994, una función de producción. Pero se pretende relajar el control sobre los insumos, es decir, relajar las limitaciones al uso de los recursos y la asignación a rubros específicos de gasto: el compromiso contiene una cláusula que simplifica el procedimiento requerido para efectuar modificaciones presupuestarias internas. Tradicionalmente éstas debían ser aprobadas por la Junta Directiva de la Caja con autorización de la Contraloría General de la República, lo que impedía una pronta respuesta a las necesidades.

La morfología institucional del sector salud en Costa Rica potencia una amplia autonomía del uso de los recursos por parte de los prestadores, sujeta a que se garantice eficiencia y eficacia en su uso, ya que los recursos no provienen de alguna instancia central, como el Ministerio de Hacienda, sino que se encuentran en manos de la institución y derivan del pago tripartito de cuotas. Se trata ahora, en esencia, de descentralizar la relación principal-agente dentro de la

misma ccss. En el caso chileno, a esta complejidad se agrega aquella que deviene de la rigidez centralista del sistema presupuestario nacional, a pesar de algunas iniciativas sectoriales emprendidas para agilizar el uso de los recursos y para introducir flexibilidad, experimentando parcialmente con los pagos asociados a diagnóstico y con el pago per cápita (Sojo, 1996c, p. 144).

Tanto en las áreas de salud como en los hospitales costarricenses, el rango y el involucramiento de los funcionarios en los procesos que condujeron a la elaboración de los compromisos de gestión y a su evaluación periódica han sido sumamente heterogéneos.

En la ccss se han dado diversos procesos de negociación. Por ejemplo, se realizaron reuniones con grupos clínicos para definir términos, criterios, variables, categorías y otros aspectos relacionados con la producción hospitalaria, tales como la definición del programa de cirugía mayor ambulatoria, de consultas especializadas de primera vez, de los procedimientos especiales ambulatorios, de las atenciones con observación en los servicios de urgencia y la redefinición y reubicación de la categoría "medicina de día", y los problemas de estándares en ginecología y obstetricia.

Con las limitaciones del caso, ya que cada ente prestador tiene sus características singulares, los compromisos de gestión de la ccss abren el camino para establecer puntos de referencia (*benchmarking*) en cuanto a procesos y resultados entre las áreas de salud, por una parte, y entre los hospitales, por otra. En los planes que presenten continuidad en los contratos año a año evidentemente los diversos resultados de los compromisos debieran permitir que los prestadores individuales establezcan puntos de referencia entre ellos mismos, si bien no serán del todo comparables al modificarse las medidas de desempeño y especificarse o hacerse más rigurosas las metas y objetivos individuales según los avances logrados. La inclusión de las clínicas en manos de cooperativas va a ser también interesante para juzgar su desempeño específico y establecer comparaciones con las que están en manos de la ccss.

A mediano plazo, la experiencia con los contratos debiera permitir extraer lecciones en cuanto a las mejoras prácticas de gestión, con alguna potencialidad de generalización útil para la reforma del Estado.

³⁰ Entrevista con César Oyarzo, mencionada antes.

VI

Los compromisos de gestión de 1997³¹

Como hemos visto, el cambio de una gestión por jerarquía a una gestión por contrato es el eje de la construcción de este cuasimercado. Por lo tanto, los compromisos de gestión constituyen elementos idóneos para captar las coordenadas fundamentales de esta reforma, la que debe considerarse en sus múltiples dimensiones. En la sección anterior fueron analizados algunos aspectos organizativos asociados al establecimiento de los contratos; a continuación se plantean detalladamente algunas características de estos instrumentos, y los resultados del primer año de su aplicación.

1. Una visión global

Los compromisos de gestión en Chile (cuadros 3, 4 y 5) se establecen entre el nivel central y los denominados Servicios de Salud. Debido a la conformación de los prestadores, estas entidades se relacionan con los hospitales públicos y con las municipalidades, y se promueve que, a su vez, establezcan compromisos con ellos. Si bien los indicadores de los compromisos de gestión chilenos cubren los tres niveles de atención, se observa mayor énfasis en la atención primaria y preventiva.

En Costa Rica, los compromisos de gestión de la ccss (cuadros 6 y 7) son específicos para las áreas de salud, y para el segundo y tercer nivel de atención. Los contratos, tanto con las áreas de salud como con los

hospitales, se establecieron desde el 1 de enero de 1997 al 30 de junio del mismo año y fueron renovados hasta el 31 de diciembre de 1997. El buen cumplimiento de las áreas de salud llevó a establecer nuevos objetivos y metas al renovarse sus contratos para el segundo semestre, mientras que rezagos en el cumplimiento de los hospitales, con excepciones como la del Hospital de Niños, llevaron a extender el plazo hasta el 31 de diciembre para cumplir con los objetivos y metas inicialmente pactados.

Dentro de las vertientes de la llamada nueva gestión pública, pueden distinguirse modelos en los cuales los procesos son tan importantes como los resultados organizativos, y otros que se centran más estrechamente en las tareas (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald y Pettigrew, 1996, p. 14). La medición del cumplimiento de los compromisos de la ccss tiene claramente la orientación más amplia, que trasciende el simple uso de indicadores de eficiencia o eficacia, aunque evidentemente éstos también se utilizan.

Así, en la amplia gama de componentes de los contratos de gestión de la ccss —incluyendo sus lla-

³¹ El análisis e interpretación que se presentan en esta sección tienen como base empírica los protocolos de los compromisos de gestión de la ccss y sus evaluaciones semestrales y anuales, y los protocolos de los compromisos de gestión del Ministerio de Salud de Chile y sus evaluaciones anuales.

CUADRO 3

Chile: Compromisos de gestión con los Servicios de Salud, 1995

Indicadores	Énfasis en metas de salud	Énfasis en gestión y calidad
Formulación de un plan de salud para 1996	x	x
Cobertura del examen preventivo de salud de la población laboral	x	
Tasa de mortalidad perinatal	x	
Número de comunas con coberturas de vacunas inferiores a 90%	x	
Número de actividades de prevención específica de salud bucodental realizadas del total en niños de 0-5 años y de 6-9 años	x	
Prevalencia de malnutrición en la población infantil	x	
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		x
Horas pabellón utilizadas/horas pabellón disponibles	x	x

Fuente: Documentación oficial.

CUADRO 4

Chile: Compromisos de gestión con los Servicios de Salud, 1996
(Indicadores de actividad, por área)

Gestión de salud	Desarrollo organizacional y gestión del servicio	Calidad de la atención
Cobertura del programa de inmunizaciones (PAI)	Plan de salud	Gestión de calidad
Implementación del plan de acción para la atención del desarrollo psicosocial integral del menor de seis años	Diagnóstico de la eficiencia de los consultorios de especialidades	Infecciones intrahospitalarias
Cobertura del examen preventivo de salud del adulto (ESPA)	Eficiencia en el uso de pabellones	índice de cesáreas sobre el total de partos en hospitales tipo I y II
Evaluación médico-social del adulto mayor (EMSAM)	Manejo presupuestario de inversiones	
Diseño e implementación de un plan de trabajo para prevenir el embarazo en adolescentes en comunas de mayor pobreza.	Resultado operacional	
Cobertura del Papanicolau en la población femenina beneficiaría entre 25 y 64 años	Plan de mantenimiento	
Localización de casos de tuberculosis	Uso de equipos e infraestructura	
Mortalidad perinatal	Reducción de niveles de ausentismo por licencias médicas Medición del gasto en remuneraciones Gestión participativa Apoyo a la gestión municipal Participación interna en instancias regulares Participación social	

Fuente: Documentación oficial.

madas cláusulas adicionales— están los de introducir o mejorar ciertos sistemas de información, hacer vigentes y optimizar procesos que no venían funcionando adecuadamente, o bien desarrollar nuevos procesos que permitan conocer y sistematizar la prestación de servicios y dilucidar aspectos específicos de su eficacia. Un análisis de los indicadores relacionados con estos aspectos evidencia su predominio, tanto en las áreas de salud como en los hospitales, al menos en términos cuantitativos.

Algunos componentes, como los protocolos clínicos, pueden contribuir por sí mismos a la reestructuración institucional, ya que implican sendas modificaciones de los procesos de trabajo. De allí que estos aspectos complementarios de los compromisos parezcan ser al menos tan importantes como el incremento de los índices de actividad y de los resultados en salud, aspectos que evidentemente también se reflejan, por ejemplo, en las metas de reducción de las listas de espera.

Instaurar protocolos clínicos implica exigencias técnicas y acuerdos sobre la manera de registrar los procedimientos con miras a su estandarización. En términos políticos, ha sido una tarea compleja que ha

encontrado resistencia por parte de los médicos³² o bien ha motivado a médicos que los vinculan con formación clínica y con el avanzar hacia la excelencia, y que no perciben tanto su relevancia para la gestión. El nivel central no ha provisto aún —tal como se contemplaba— metodologías para elaborar protocolos, pero ha iniciado su estudio.³³

Los procesos organizativos no han tenido una presencia tan relevante en el caso de Chile, cuyos contratos precisamente muestran debilidades en cuanto a la integración de los temas de gestión en sentido estricto. En 1995 eran bastante marginales aquellos indicadores de los compromisos que tenían un carácter estrictamente de gestión. Si bien éstos adquirieron una mayor presencia en los dos años siguientes, todavía en 1997 se hacía hincapié en la realización de determinadas acciones en salud vinculadas con índices de actividad (cuadros 4, 5 y 6); en términos de la gestión, destacaron en 1997 las actividades relacionadas con la reducción de las listas de espera. El mejoramiento

³² Entrevista a Manrique Soto, citada más atrás.

³³ Entrevista con L.B. Sáenz, mencionada anteriormente.

CUADRO 5

Chile: Énfasis e indicadores de los compromisos de gestión con los Servicios de Salud, 1997

Áreas	Indicadores	Énfasis en metas de salud	Énfasis en gestión y calidad
Gestión programática	Proyectos de promoción	x	
	Cobertura del ESPA ^a	X	
	Atención odontológica infantil preventiva	x	
	Pesquisas de casos de tuberculosis	x	
	Cobertura del Papanicolau	x	
	Medicamentos crónicos APS ^b	x	
	Hipertensión arterial	x	
	Pauta de acreditación APS	X	
	Promedio mensual de horas contratadas para jefaturas de programas básicos	x	
Gestión orientada al usuario	Proyectos de modernización (artículo N° 10 del protocolo)		x
	Programa de oportunidad de la atención (artículo N° 11 del protocolo)		x
	Derechos de los beneficiarios Ley 18.469 (artículo N° 12 del protocolo)		x
	Reducción del tiempo de espera		x
	Porcentaje de hospitales con visita diaria		x
	Porcentaje de hospitales con cuidado parental del niño hospitalizado		x
	Porcentaje de hospitales con cuidado de enfermos terminales		x
	Porcentaje de hospitales con asistencia del padre al parto		x
Gestión participativa	Comité de desarrollo		x
	Facturación de los servicios de salud (artículo N°13 del protocolo)		x
	Endeudamiento		x
	Resultado operacional		x
Gestión de recursos humanos	Ausentismo por licencias curativas		x
	Rendimiento del gasto en remuneraciones		x
Gestión de hospitales	Compromisos de gestión de los Servicios de Salud con establecimientos bajo su jurisdicción (artículo N° 7 del protocolo)		x
	Uso de pabellón		x
Gestión ambiental	Monitoreo biológico y ambiental de empresas en vigilancia (fiscalización del D.S. 745)	x	
	Calidad del agua	x	
	Intoxicaciones alimentarias	x	

Fuente: Chile, Ministerio de Salud (1997b). Las áreas indicadas están definidas en el contrato,

^a ESPA: Examen preventivo de salud del adulto.

^b APS: Atención primaria en salud.

to de los registros como instrumento para fortalecer la capacidad gerencial no ha sido considerado en estos contratos.

En Chile se ha avanzado en la mejora de los indicadores sanitarios de los compromisos de gestión, que al inicio eran muy débiles, y en la vinculación con las metas ministeriales y gubernamentales, sobre todo a partir de 1998. En ese sentido, a lo largo del tiempo se han depurado y estructurado los objetivos y metas. Pero la ejecución —que en sentido estricto constituye

el núcleo de la gestión— ha quedado en lo fundamental al libre albedrío de los Servicios de Salud, ya que este aspecto no se ha incorporado plenamente en los compromisos y en las actuales condiciones la verificación de su avance posiblemente sería percibida como una intromisión por los directores de los servicios. Las discusiones sobre salud en el país han girado fundamentalmente en torno a los lineamientos de las políticas y marginalmente en torno a la gestión; cuando se pactan ciertos ajustes con los directores de los Servi-

Ámbitos	Indicadores del sistema de información y procesos	Indicadores de eficiencia	Indicadores de eficacia	Metas	Actividades conexas
Consulta Externa	Sistema centralizado de citas en admisión (automatizado o manual)	Tasa de ocupación en consulta externa	Tasa de mortalidad de pacientes tratados en clínicas multidisciplinarias	Reducción de listas de espera, fijando %, y estableciendo plazos máximos de espera	
	Mecanismo centralizado de lista de espera por especialidades (automatizado o manual)	Situación de listas de espera			
	Registro de diagnósticos y tratamientos efectuados por cada servicio				
	Sistema de registro de patologías				
	Registro de procedimientos				
Prestaciones hospitalarias	Nueva hoja de egreso hospitalaria	Tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas y pruebas complementarias, e indicador de demora	Tasa de reingresos por patología y servicios	Prevención y control de la infección nosocomial	Determinación de responsables de la coordinación de las actividades respectivas
	Registro de reingresos	Giro-cama (mayores de 60)	Tasa de mortalidad de niños	Análisis cuantitativo y cualitativo de las complicaciones en el área de la salud materno infantil, según patología, edad y período	Capacitación en prevención y control de la infección nosocomial
	Registro mensual de la tasa de cancelación de intervenciones quirúrgicas programadas, con causas	Tasas de estancia en clínicas multidisciplinarias	Complicaciones en área materno- infantil	Complicaciones en diferentes pacientes de las clínicas multidisciplinarias	Detección y control de portadores intrahospitalarios de enfermedades infecciosas
	Registro de atención obstétrica				
	Registro de actividades				
	Protocolo de lavado de manos en todos los servicios				
	Protocolo de detección y control de portadores intrahospitalarios de enfermedades infecciosas			Tasas de mortalidad de pacientes tratados en las clínicas multidisciplinarias	
Registros de atenciones y de complicaciones de la atención obstétrica-pediátrica			Tasa de cancelación de intervenciones quirúrgicas programadas		
Sistema de Referencias	Registro de referencias derivadas del primer y segundo nivel y de áreas de atracción, para identificar pacientes. Incluye referencia territorial, razón o diagnóstico de la referencia		Tasa de complicaciones posparto y poscesárea		
	Vigencia de sistemas de referencias y contrarreferencias				
	Informe tripartito (Grecia, Monseñor Sanabria y México) al Financiador Comprador sobre patologías que debieran ser resueltas en otros niveles de la red				

(Continúa en página siguiente)

Cuadro 6 (continuación)

Recursos humanos	Registro de días de incapacidad de los empleados de la CCSS y de la población en general	Implantación de un sistema de control y evaluación de los días de incapacidad Reducción de los días de incapacidad (%) % de jefaturas capacitadas en gestión	
Calidad y atención al usuario	Encuestas de satisfacción de los usuarios externos. Recepción de reclamaciones escritas de usuarios, con 10 días como tiempo máximo de respuesta	Análisis cualitativo de quejas y reclamaciones de usuarios	Existencia de programa de mejoramiento continuo orientado a la atención del usuario
Servicios de apoyo	Registro sobre entrega de medicamentos Informe sobre uso de medicamentos	Tiempos adecuados de entrega Uso adecuado de medicamentos	Programas de instrucción a pacientes Sistema para evitar sobreentrega de medicamentos Consolidación de farmacias satélites
Atención clínica	Protocolos de atención Protocolo de tratamiento		Establecimiento de comités de protocolos de atención y de farmacoterapia. Elaboración de informes sobre protocolos de actividades

Fuente: Elaboración y clasificación propias, sobre la base de documentación oficial.

Costa Rica: Compromisos de gestión de la Caja Costarricense de Seguro Social (ccss) con las áreas de salud, 1997

Ámbitos	Indicadores del sistema de información y procesos	Indicadores de eficacia	Actividades conexas
Actividad realizada	<p>Cobertura de la consulta: consultas de primera vez/población adscrita</p> <p>Concentración de la consulta: consultas de primera vez/total de consultas en el periodo</p> <p>Urgencias por habitantes: número de urgencias/total de habitantes</p> <p>Razón de urgencias: total de urgencias atendidas/total de consultas</p> <p>Registros de: agenda diaria de actividad en vacunaciones</p>		
Caracterización de los beneficiarios	<p>Pirámide de población actualizada</p> <p>Análisis de situación de salud actualizado</p> <p>Ficha familiar actualizada de la población</p> <p>Porcentaje de viviendas según riesgo: número de viviendas según riesgo/total de viviendas</p> <p>Concentración de visita domiciliaria según riesgo: número de visitas a viviendas según riesgo/número de viviendas según riesgo</p> <p>Estado nutricional de menores de 6 años, basado en tabla peso/edad</p> <p>Condición de asegurados con base en ficha familiar</p>		
Acceso de la población adscrita	<p>Plan de promoción de estilos de vida saludables</p> <p>Plan de control y atención de al menos dos problemas transmisibles prevalentes: malaria y sida</p> <p>Objetivos por programas:</p> <p>a) Niños</p> <p>Cobertura de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 6 años</p> <p>Cobertura en vacunación con esquema básico</p> <p>b) Adolescente</p> <p>Cobertura en consejería de salud sexual y reproductiva</p> <p>c) Mujer</p> <p>Cobertura de atención prenatal del periodo (incluye control fuera del área de atracción)</p> <p>Registro de pacientes embarazadas con y sin control</p> <p>Cobertura de detección de cáncer de cérvix en mujeres, según grupo de edad</p> <p>d) Adulto</p> <p>Número de hipertensos identificados en unidad proveedora</p> <p>Cobertura de personas hipertensas identificadas en control</p> <p>Número de diabéticos identificados</p> <p>Cobertura de personas diabéticas en control</p> <p>e) Adulto mayor</p> <p>Cobertura de personas con clasificación de riesgo</p>		

(Continúa en página siguiente)

Cuadro 7 (continuación)

Fortalecimiento del sistema de referencias	Cumplimiento de referencias a determinado hospital	Resolución de urgencias: total de urgencias referidas a otro nivel de complejidad/total de urgencias atendidas
	Elaboración de propuestas sobre interrelación de establecimientos y de niveles asistenciales	
Atención clínica	Coordinación con otros actores del área en aras de atención integral	Porcentaje de referencias: total de referencias/total de consultas
	Recibo de contrarreferencias del área	
	Registro de casos referidos a otros niveles asistenciales	
	Actividad generada por el área de salud en el siguiente nivel de atención:	
	Registro de solicitudes de radiografías solicitadas	
	Registro de exámenes de laboratorio solicitados	
Calidad y atención al usuario	Registro de recetas solicitadas	Un equipo de mejoramiento continuo de la calidad, que analice e inicie plan de resolución en al menos dos áreas críticas de los servicios de salud
	Expediente individual de salud	
	Historia clínica y examen físico completo, y hoja de identificación	
Recursos humanos	Registro de atención brindada al paciente (expedientes clínicos en expediente de salud u otro)	Una comisión de análisis de muertes maternas e infantiles, que investigue los casos
	Registro de personal por categoría actualizado	Un mecanismo de control de calidad del expediente individual de salud, que tenga como mínimo los siguientes requisitos: existencia de un responsable o grupo encargado, y evaluación de al menos una muestra representativa de expedientes durante el período del compromiso
Fortalecimiento de centros de costos	Registro de incapacidades del personal por categorías	Un sistema de reclamación y sugerencias
	Desarrollo gradual de registros contables distintos a los tradicionales, con asesoría del financiador-comprador	Un lugar accesible para la recepción de los reclamos y sugerencias; existencia de un funcionario o grupo que atienda, conteste y resuelva; generación de un listado de principales problemas y su plan de solución
	Remitir oportunamente información financiero-contable	Aplicación del instrumento sobre satisfacción de los usuarios, provisto por el financiador-comprador
		Información al usuario sobre servicios del centro

Fuente: Elaboración y clasificación propias, con base en documentación oficial.

cios para superar problemas de financiamiento, generalmente vinculados con remuneraciones, tampoco se aprovecha el ajuste acordado para solicitar medidas en el plano de gestión cuyo cumplimiento se verifique.³⁴

En Chile, la introducción del pago asociado a diagnóstico (PAD) se ha topado con limitaciones. Esta forma de financiamiento no ha sustituido a la asignación histórica del presupuesto, sino que se ha dado en forma paralela, con un carácter experimental. Se introdujo con un alto grado de participación en el nivel hospitalario y, por tanto, no fue percibida como una amenaza; pero colapsó cuando se quiso generalizar, porque la diversidad de condiciones iniciales y de información la hicieron inviable. De allí que su uso se haya focalizado en temas concretos, como prestaciones complejas y oportunidad de la atención; pero hay avances, porque actualmente la idea de "paquete" de prestaciones no es un concepto que suscite resistencias, y ya no se piensa en prestaciones aisladas.³⁵ Experiencias como ésta ponen de relieve la necesidad de consolidar el ámbito de gestión en la modernización del sector salud chileno, sea mediante contratos con los Servicios de Salud u otras formas. En el ámbito de los pagos asociados a diagnóstico podría avanzarse, desde el punto de vista de la gestión, con el apoyo de procesos tales como la vigencia de protocolos clínicos.

Los compromisos de la ccss, por su parte, establecen sistemas de información en numerosos niveles que debieran permitir que tanto el financiador-comprador como el prestador conozcan cómo se realiza efectivamente la prestación de servicios y cuenten con elementos de juicio para hacer un diagnóstico sobre la eficiencia y eficacia del uso de los recursos, para modificar los procesos de gestión y prestaciones pertinentes, y para elaborar algunos indicadores de eficiencia y eficacia. Esta gama de objetivos subyace a varias de las cláusulas adicionales de los compromisos de la ccss, en las cuales el desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad ocupa un sitio preponderante.

Destacan en esos términos los protocolos de atención y de tratamiento que debieran permitir conocer los procesos propios de la gestión clínica; este ámbito ha sido tradicionalmente una caja negra en la cual los

médicos han actuado sin restricciones. Los protocolos permiten modificar ese grado de autonomía en las prácticas laborales y debieran hacer posible someter a escrutinio el modo como se efectúan las prestaciones, para determinar su eficiencia técnica, clínica y de gestión; individualizar los procesos en juego, para avanzar en la conformación de centros de costos de las prestaciones e ir hacia el pago por grupos relacionados de diagnóstico (CRD); delimitar las responsabilidades funcionarias y de los equipos en la prestación de los servicios, para mejorar la calidad y conocer el desempeño; y por último, hacer ajustes al comportamiento clínico.

Al respecto se ha señalado, por ejemplo, la necesidad de formalizar mediante protocolos las guías y procedimientos operativos, para garantizar una continuidad de la atención del paciente individual, percibido como una entidad que existe en el tiempo y tiene historias de morbilidad que no están constituidas por episodios discretos de enfermedad ni deben ser atendidas en encuentros ocasionales o fragmentarios con diferentes profesionales. El "principio organizativo" es una gestión de la enfermedad que mejora la continuidad de la atención y reduce el uso de tratamientos inadecuados: se considera que cada enfermedad tiene un ciclo vital y una estructura económica, y el uso de protocolos de atención se orienta a prevenir episodios caros de enfermedades concretas, tales como diabetes, y a mejorar la calidad de las prestaciones, poniendo al paciente en el centro del proceso (Bengoa, 1997, pp. 37 y 38).

Los contratos de la ccss reúnen elementos tendientes a organizar mejor el sistema de salud y la prestación de servicios, particularmente en cuanto a la interacción de los tres niveles de atención en el sistema de referencia y contrarreferencia: el sistema de referencias se apuntala, premiando la capacidad de resolución de las áreas de salud y la disminución del número de referencias; en cuanto a los hospitales, se reglamenta un sistema de referencias y, en algunos casos, se especifica una red hospitalaria que debe consolidarse. Esto tendría efectos positivos en la eficacia y la eficiencia, en la cobertura y en la calidad de la atención (por ejemplo, tratar en niveles menos complejos del sistema a los pacientes diabéticos que ya lograron un equilibrio).

En las áreas de salud el compromiso pretende incentivar acciones de prevención y promoción de la salud en el primer nivel, que a mediano y largo plazo permitirían disminuir la morbilidad y mortalidad y consolidar condiciones de salud deseables mediante

³⁴ Este derrotero de los compromisos fue expuesto por Rony Lenz, Director del FONASA, en entrevista del 26 de mayo de 1998. Sus referencias a la debilidad que tienen los compromisos en términos de la gestión se dieron como respuesta a nuestro planteamiento crítico sobre el punto, con el cual coincidió.

³⁵ Esta trayectoria de los pagos asociados a diagnóstico nos fue planteada por Rony Lenz, en entrevista citada antes.

una adecuada atención prenatal, el seguimiento del desarrollo infantil, la detección precoz de enfermedades —como cáncer de cervix—, y la detección y control de enfermedades crónicas prioritarias, como la diabetes y la hipertensión. Para las áreas de salud se elaboraron normas de atención integral del primer nivel que constituyen el marco de referencia para evaluar su quehacer.

La consolidación del sistema de referencia, con sus beneficiosos efectos sobre la reducción gradual de las filas en consulta externa y en especialidades, depende también de avances en otros terrenos de la reforma del sector de la salud: a saber, de la consolidación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS).³⁶

En Chile recientemente también se ha puesto interés en optimizar la red de prestaciones con el apoyo de los compromisos de gestión, ya que antes el vínculo se daba exclusivamente entre el nivel central y los Servicios de Salud individuales. Con tal fin, el FONASA se ha constituido en un intermediario entre los Servicios y se ha reestructurado en cinco zonas que abarcan varios de ellos, para articular la red en las regiones. Se han creado "mesas" regionales, que le dan seguimiento a los compromisos.³⁷

El mejoramiento de la calidad de la atención, concebido como un proceso continuo, tiene un espacio importante en los contratos de la ccss. La medición cualitativa está presente en indicadores que remiten a la eficacia de las prestaciones médicas (complicaciones de la salud de pacientes, trayectoria y causas de la tasa de mortalidad, etc.) o en procedimientos para asegurar el uso adecuado de los medicamentos, mejorar los expedientes individuales de salud o controlar las infecciones intrahospitalarias (cuadros 6 y 7). Y la preocupación por elevar la calidad está tras medidas relacionadas con la oportunidad de la atención y el acceso a ella (reducción de listas de espera, resolución de urgencias, agilización de servicios de apoyo, como los de farmacia). En el ámbito de la calidad, hay en los compromisos medidas orientadas a identificar procesos y responsabilidades funcionarias, como los protocolos de lavado de manos en los hospitales. La idea subyacente es que el logro de la calidad se puede detectar y medir en los procesos que lo condicionan.

Parafraseando a Hirschman, ya que esta reforma no apuesta a "la salida del cliente", se confía en la "voz

del usuario" como fuente de retroalimentación. Para captarla se establecen sistemas que permitan conocer tanto las principales fallas percibidas de la atención clínica como el grado de satisfacción de los usuarios y se fijan procedimientos para resolver reclamos.

La preocupación por conocer la opinión de los usuarios llevó también a efectuar en 1997 un "Estudio de opinión de los servicios de salud de la ccss", en que se examinan los servicios brindados por este organismo en cada región del país (EYMSA, Estadística y mercadeo, 1997). En una escala numérica del 1 al 10, los servicios tuvieron una calificación media de 8.2, catalogada como buena. El servicio mejor calificado fue el de hospitalización, con 8.6 de promedio, y en segundo lugar estuvieron los equipos básicos de atención integral de salud, con 8.4 como promedio; tanto el personal médico como el paramédico estuvieron bien calificados.

Pero la encuesta puso de relieve algunos cuellos de botella comunes: los aspectos que se califican como de situación grave en zonas muy diversas del país y que obtuvieron menos de 7 puntos —otorgamiento de citas, horario de atención, rapidez de la atención, tiempo de entrega de medicamentos— se refieren predominantemente a la oportunidad de la atención, y son peores respecto de los servicios de apoyo. La encuesta no incluyó preguntas que dieran indicios acerca de la eficacia de las prestaciones, por ejemplo, sobre complicaciones en la recuperación de la salud.

Los compromisos en Chile y Costa Rica tienen algunas metas comunes, como la reducción de las listas de espera en especialidades, el mejor uso de la capacidad instalada —por ejemplo, de los quirófanos— y la disminución del ausentismo de los médicos. Pero reducir significativamente ese ausentismo es una de las metas más difíciles de lograr si se acude exclusiva o primordialmente al compromiso de gestión, sin efectuar modificaciones sustanciales de las formas de contratación y de remuneración del personal (Sojo, 1996c).

Así, la baja de las tasas de ausentismo por licencias curativas en Chile en 1996 —primer año en que se pactó— fue significativa sólo en algunos Servicios de Salud; en otros esas tasas incluso se elevaron. Al año siguiente sucedió lo mismo y con reducciones menores, como era previsible; además, en los Servicios individuales las reducciones no siempre se han mantenido.

Finalmente, queremos destacar que en los contratos de 1997 de la ccss fue casi inoperante el fondo único de incentivos en el caso de los hospitales, ya que la separación de fondos requerida no había sido pre-

³⁶ Véase un detallado análisis de estos equipos básicos en Costa Rica, MIDEPLAN (1998, pp. 195-200).

³⁷ Entrevista con Rony Lenz, mencionada antes.

vista; para 1998 ésta sí se ha efectuado, apartando desde enero un 0,5% del presupuesto, para llegar a un 10% en el año. Las áreas de salud, en cambio, efectivamente obtuvieron en 1997 del fondo de incentivos entre un 2 y un 4%.³⁸

2. El desempeño de las áreas de salud

La evaluación de las cláusulas adicionales de los compromisos toma en cuenta importantes aspectos contextuales de carácter organizativo que ayudan a entender sus resultados. Entre ellos destacan el carácter del personal asignado como contraparte y su actitud ante el cambio; el grado de conocimiento de las jefaturas y del equipo evaluador respecto de los compromisos; las formas de organización del trabajo —por ejemplo, coordinación interna de los servicios o atomización de ellos—, y el uso de la información a lo largo del proceso. Se han encontrado grandes contrastes en ese sentido: al igual que en el caso de los hospitales, hay carencias en la difusión de las metas y avances de los contratos, y en la adhesión funcionaría a la innovación. Y se ha comprobado también cuán importante es nombrar responsables de la ejecución de los procedimientos o de las tareas comprendidas en el contrato.

En cuanto a aspectos organizativos, la evaluación destaca un alto grado de compromiso y responsabilidad de parte del equipo de apoyo y de los miembros de los equipos básicos de atención integral de salud, tanto en el logro de los objetivos como en propuestas de opciones para su cumplimiento. Se avanzó a lo largo del año en vencer resistencias al cambio, se formaron y capacitaron equipos de mejoramiento continuo de la calidad, se capacitó a todos los directores y administradores en temas de gestión, y se implementaron programas de estilos de vida saludables dirigidos a la población en todas las áreas de salud. La evaluación considera que para motivar a los médicos y lograr su participación activa debe darse una comunicación más estrecha entre la dirección y el equipo de apoyo a los compromisos.

Se observa una mejora del nivel de gestión a lo largo del año debido a los procesos de capacitación. Por otra parte, el fortalecimiento del proceso de evaluación ha hecho que éste se utilice como herramienta de gestión.

Naturalmente, algunas áreas de salud muestran más avances que otras en el cumplimiento de los com-

promisos. Pero la evaluación anual muestra que todas, salvo una, cumplieron con las cláusulas obligatorias. En cuanto a las cláusulas de calidad el cumplimiento fue satisfactorio, lo cual condujo a que se cumpliera parcialmente con la cláusula de atención integral, cuya cobertura iba ligada a criterios de calidad. Los registros permitieron verificar mucha información en las áreas de salud, y el sistema de información se está consolidando.

La evaluación transmite una preocupación por la calidad de los expedientes médicos, debido a que salieron a luz múltiples deficiencias, que parecen denotar falta de colaboración de la parte médica. Pero aún así, hay progresos en ese plano, y un avance notable en la aplicación de los criterios establecidos y un mejoramiento de la calidad de las prestaciones de los equipos básicos de atención integral de salud, con la introducción de la preconsulta y el incremento de medidas preventivas, lo que ha ganado felicitaciones de algunas comunidades.

En cuanto a calidad, se establecieron mecanismos para la recepción de quejas y sugerencias, lo mismo que grupos responsables de investigar y tramitar las respuestas; las comisiones locales de análisis de la mortalidad infantil continuaron con una labor iniciada de antemano; se logró incorporar el tema de la calidad en la atención directa a través de los criterios de evaluación de las coberturas, y se fomentó la cultura del registro y análisis de la información como instrumento para mejorar la gestión. Los equipos dicen que se sienten más consolidados como tales, en torno a metas comunes y la preocupación por la calidad de los procesos. Se ha capacitado y educado al personal en materia de mejoramiento de la calidad y atención al cliente. Por otra parte, se han identificado debilidades gerenciales que requieren de asesorías asignadas por el nivel central.

En el mismo ámbito, también en el segundo semestre de 1997 se incorporaron criterios de calidad en las prestaciones de las áreas de salud, de acuerdo con las normas de atención integral para cada uno de los objetivos del compromiso. Aunque se negoció no tomar en cuenta este aspecto al evaluar el cumplimiento, se trabajó en él con gran seriedad, lo que permitió conocer las debilidades que habría que corregir, y sirvió de base para mejorar los compromisos de 1998, en los cuales se incluyeron oficialmente criterios de calidad en la prestación.³⁹

³⁸ Entrevista con Rodrigo Bailéis.

³⁹ Apreciaciones de Norma Ayala.

Se observó una respuesta positiva en las áreas de salud a los incentivos aplicados durante el primer semestre; fue el caso de la Región Pacífico Central.

El uso tradicional de las fichas en el nivel de atención primaria del país no había sido riguroso. Como se mencionó antes, al iniciarse la reforma se carecía incluso de datos básicos, como la población atendida en cada centro del primer nivel y su estructura por edad y sexo. En ese sentido, el contrato con las áreas de salud puede ser también útil en general para políticas sociales selectivas de carácter individual y geográfico, ya que el contrato exige identificar individualmente a los beneficiarios de los servicios de las áreas de salud, y hacer una caracterización socioeconómica que permite establecer cuál es la población en condición de riesgo. Las fichas recogen información sobre ubicación geográfica y características de la vivienda, saneamiento del medio, sexo, edad, escolaridad, lugar de trabajo, condición de asegurado, hechos vitales, control de vacunas y condición de salud de las personas que conforman el núcleo familiar.

3. El desempeño de los hospitales

La introducción de los compromisos en algunos hospitales fue precedida de medidas tendientes a su reforma administrativa. En lo que respecta a las cláusulas adicionales de los compromisos, la evaluación anual destaca entre los principales logros de los hospitales la disminución de los tiempos de espera y de las listas de espera en todos los centros, tanto en servicios de apoyo como consulta externa, emergencias y hospitalización.

También muestra un mayor rendimiento de la prestación de servicios finales en esos ámbitos. Los avances en el servicio al cliente son propios de cada plantel, pero abarcan un amplio espectro: remodelación interna de lugares de estar para los usuarios internos y externos, charlas dirigidas al usuario interno en temas relacionados con la calidad del servicio en la atención al cliente; ordenamiento del horario de atención al público en el servicio de laboratorio y farmacia; mejoras del equipamiento de los servicios de apoyo; introducción de nuevos tipos de consulta para satisfacer las necesidades de los grupos singulares de la población del área de atracción, y optimización del uso de salas de operaciones y de distintos servicios.

En cuanto a los aspectos organizativos y los procesos de trabajo también varían los logros de una entidad a otra. La evaluación destaca la integración de equipos de trabajo que han promovido la participación

real del trabajador en el mejoramiento de los procesos diarios; la formación de equipos de apoyo al proceso, en todos los centros; el uso del análisis de la información para la toma de decisiones; el desarrollo de sistemas automatizados en algunos centros; el establecimiento de normas operativas y técnicas y de controles para evaluar los procesos de trabajo; el mayor conocimiento del perfil ocupacional de los funcionarios; la estandarización de los procesos de trabajo y la mejora de los registros.

En materia de calidad, se realizaron encuestas de satisfacción del usuario que permitieron conocer sus necesidades; se formaron equipos de mejoramiento continuo de la calidad; se diseñaron protocolos médicos en todos los hospitales; las infecciones intrahospitalarias se han controlado y disminuido, y se han establecido oficinas de quejas y sugerencias, con grupos responsables de resolver y responder.

También en el ámbito organizativo se han elaborado planes y estrategias de comunicación interna y externa; se han utilizado medios masivos de comunicación, como pizarras, sonido y boletines para informar a los usuarios en materia de prevención de infecciones y educación para la salud, y se ha mejorado la comunicación entre jefaturas y subalternos.

Pero la medición de la producción hospitalaria realizada en el marco de los compromisos de 1997 mostró que numerosos requisitos no satisfechos impedían efectuarla satisfactoriamente, con lo cual el modelo de análisis de la producción adquirió un carácter experimental. La evaluación planteó, por lo tanto, que el modelo deberá ajustarse para alcanzar el grado de confiabilidad requerido para establecer relaciones de índole económica entre producción y financiamiento, y para comparar adecuadamente la producción de los centros hospitalarios. De allí que el informe evaluador anual haya dado cuenta escuetamente de la producción agregada por actividades, y no haya establecido tales relaciones ni efectuado comparaciones entre los hospitales considerados.⁴⁰

Ya el informe semestral había sido taxativo en esos términos: "Con base en la información de producción actual no ha sido posible establecer un presupuesto por producción en ninguno de los hospitales". El informe anual es muy cauto: los datos de producción se plantean como provisionales, ya que son susceptibles de revisión, tanto por solicitud de los centros como del nivel central.

⁴⁰ Participaron los hospitales Calderón Guardia, México, Monseñor Sanabria, Nacional de Niños, San Juan de Dios, San Francisco de Asís y William Alien,

La evaluación estima que los valores relativos del modelo deben adecuarse, ya que sus estándares son estrictamente empíricos y asumidos del funcionamiento histórico, que justamente se trata de modificar. También afirma que los métodos de análisis deben mejorarse, y que la medición, por lo tanto, no refleja el verdadero quehacer de los centros.

En cuanto a los registros de actividad, los obstáculos principales detectados para medir la producción son: la falta de verificación, respaldo y validación de los datos; información que por no ser oportuna está desfasada de la medición de metas; los criterios disímiles de registro, consolidación y formato de la información, y las diferencias entre los reportes para entregar la información al nivel central. Como vemos, las fallas se relacionan tanto con la calidad de la información y la gestión tradicional, como con el hecho de que los compromisos aceptaron la heterogeneidad de información y de registro. Para superar esta heterogeneidad se está trabajando en un sistema nacional de información que, con una plataforma informática común, permita compatibilizar los sistemas usados en cada uno de los hospitales.

Los problemas de información señalados muestran con claridad en el caso costarricense un problema que ha sido subrayado respecto del desarrollo de cuasimercados, a saber, la necesidad de superar las asimetrías de información entre el comprador y el proveedor y, por ende, de establecer incentivos a los proveedores para que faciliten o entreguen la información adecuada. El comprador, así, estará protegido de comportamientos oportunistas de los proveedores y contará con mejores elementos para establecer los contratos (Bartlett y Le Grand, 1993, p. 209).

En la ccss el resguardo mayor en esos términos, tanto respecto de los hospitales como de las áreas de salud, ha sido establecer que "lo que no se registra, no existe": en los compromisos para 1998 la información se plantea como llave para los fondos. Pero como la información puede manipularse, está sobre el tapete su veracidad. En 1997 se descubrió, por ejemplo, un excesivo aumento de las "consultas por primera vez" respecto de las consultas subsecuentes, hecho atribuible a la mayor ponderación de tales atenciones en valores UPH.

El esfuerzo por medir la producción ha puesto en evidencia verdaderas tradiciones de la cultura institucional. Por ejemplo, únicamente el registro de egresos hospitalarios, que tiene un fuerte arraigo, se exceptúa de las carencias señaladas. Por el contrario, en las áreas de atención ambulatoria o de urgencias, la información ni se valida ni se verifica. Esto confirma que

"las limitaciones informales derivadas culturalmente no cambiarán de inmediato como reacción a cambios de las reglas formales" (North, 1993, p. 65).

La evaluación de 1997 considera problemáticas algunas indefiniciones conceptuales del modelo de medición: la precaria definición e imprecisión de algunas categorías, tales como los procedimientos especiales —la diversidad de criterios al respecto provocó discrepancias graves en la medición— o los productos finales.

En la discusión sobre la producción y las prestaciones hospitalarias, directores de hospitales han planteado la existencia de dificultades técnicas para medir con la información disponible atenciones en emergencias, en cirugía menor y en procedimientos quirúrgicos; la necesidad de normar en detalle los sistemas de medición respectivos y de ajustarse a la clasificación internacional de enfermedades en el caso de los expedientes clínicos, y la necesidad de especificar qué se entiende por reingresos y señalar las posibles causas.⁴¹ En otros casos, se ha planteado que la medición de la producción hospitalaria es viable cuando se eligen bien unas pocas acciones que reflejan adecuadamente la producción y, por lo tanto, la conveniencia de considerar pocos procedimientos especiales.⁴²

Por último, la evaluación concluye que la medición efectuada de la producción hospitalaria no permite comparar adecuadamente los resultados, ni brinda información para la asignación presupuestaria prospectiva. Hechas todas las precisiones anteriores, sin embargo, se afirma que "de acuerdo con lo pactado, las reglas establecidas y el método aplicado, en los hospitales con compromiso de gestión se cumplió con lo requerido". Consideradas las unidades de producción hospitalaria en forma global, efectivamente la entidad con mayor cumplimiento logró un 136% de la meta, y la entidad con menor cumplimiento un 97%.

Analizando por nuestra cuenta los cuadros respectivos, hemos advertido que en la mayoría de los hospitales hay discrepancias entre las UPH concertadas y las realizadas en las actividades específicas, pero que son de muy diverso rango y que, en general, los déficit de algunas actividades son compensados por la producción superavitaria de otras. La relación entre actividades deficitarias y superavitarias es específica de cada plantel, y una comparación de las diversas entidades tampoco muestra alguna tendencia significativa a actividades que sean predominantemente deficitarias o superavitarias.

⁴¹ Entrevista con el Dr. Manrique Soto, citada anteriormente.

⁴² Entrevista con Elias Jiménez, mencionada antes.

VII

¿La reforma en jaque?

El "biombo", figura en que confluyen la corrupción médica y una forma perversa de elección médica por parte del paciente que está dispuesto a pagarla o del que es sometido a hacerlo, es una práctica ilegal: consiste en que el médico cobra al asegurado de la ccss por atenciones, fundamentalmente intervenciones quirúrgicas, que realizan en las instalaciones públicas. Al respecto es interesante señalar que los contratos han arrojado pistas que pueden ayudar a percibir y dimensionar la presencia de estas prácticas. Por ejemplo, en 1997 se detectó en un hospital que un 35% de los procedimientos caros presuntamente habían tenido su entrada en emergencias, donde tampoco habían sido registrados.

Traemos esto inicialmente a colación ya que, en todo caso, las profundas medidas que se requieren para superar el "biombo" tienen implicaciones que atañen a las reglas del juego en términos más generales. La estabilidad funcionaría ajena al rendimiento, la carrera funcionaría condicionada por la antigüedad y no por el mérito, el pacto de atender 4 a 5 pacientes por hora, los tortuosos procesos para despedir a un funcionario,⁴³ y la imposibilidad de elección médica por parte de los pacientes, configuran una tenaza que impide modificar a cabalidad esta situación y que, en general, dificulta modernizar la gestión de los recursos humanos de la ccss.

La inflexibilidad de las contrataciones es, sin duda, un elemento crucial que puede obstaculizar la innovación de la gestión. En Chile, los sectores afectados han impedido hasta ahora beligerantemente modificar la ley 15 076 que rige las modalidades de contratación y remuneración de los profesionales de los servicios de salud. Así, quedó relegado un novedoso proyecto de ley que en 1995 pretendía flexibilizar y descentralizar significativamente la conformación de las plantas; sumar a la antigüedad de la carrera fun-

cionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y de la eficacia; promover la asignación de responsabilidades individuales; entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional y condicionar a concursos la permanencia en el sistema (Sojo, 1996c).

Cabe reflexionar, en este contexto, sobre un rasgo de un sistema de salud público que en las comparaciones internacionales se destaca como de considerable equidad, eficacia y eficiencia: el canadiense. Si bien los hospitales canadienses cuentan con un sistema de presupuesto, los médicos que trabajan en ellos no ganan un salario fijo, sino que cobran por el número de pacientes que atienden, en un sistema de libre elección dentro del plantel hospitalario, de acuerdo con una tarifa preestablecida en cada provincia (White, 1997, p. 44).

La permanencia en puestos gerenciales debiera también vincularse al logro de los objetivos propuestos. La reforma hace indispensable desarrollar habilidades gerenciales en diversos niveles.

Los compromisos de la ccss ambicionan mejorar la información financiera sobre las finanzas de los agentes prestadores. Sin embargo, en cuanto a la gestión financiera en sentido estricto, los contratos no contemplan instrumentos, indicadores o actividades destinadas a medir costos que permitan avanzar directamente en la medición del desempeño financiero y económico e imputar costos a los productos. Esta omisión puede constituir un serio obstáculo para establecer el modelo de financiamiento deseado, lo que debiera considerarse al configurar los compromisos futuros.

Por otra parte, los contratos no cuentan actualmente con incentivos económicos convincentes. En cuanto al Fondo de incentivos económicos, se ha señalado su debilidad para generarlos a corto plazo, ya que la generación de ahorros que lo nutre es sumamente restringida en las condiciones vigentes. Además, no se ha dispuesto que pueda ser usado para conceder incentivos salariales por mérito.

De allí que se discuta si es conveniente introducir un sistema de incentivos por desempeño, sobre si su carácter debería ser individual o colectivo -para grupos de trabajo, entidades específicas de la organi-

⁴³ "Se deben simplificar a nivel nacional las posibilidades de cesar a funcionarios. Actualmente, existen como pasos el debido proceso, la apelación, la comisión local, la comisión central de relaciones laborales y es aquí donde está el cuello de botella: se requiere entonces de un proyecto de ley para regular este aspecto y se debe tratar de unificar la forma de contratación para los diversos sectores". Esos son algunos retos señalados por el Dr. Jiménez en entrevista ya citada.

zación- y si se adecúa a los indicadores de desempeño provistos por los compromisos de gestión. Entre la gama de posibilidades, en el caso de los incentivos económicos, está introducir remuneraciones ligadas al desempeño. También el uso sistemático de la capacitación o el otorgamiento de becas pueden ser útiles.

Asimismo, es crucial establecer disposiciones claras para sancionar tanto a los proveedores en caso de que no cumplan los acuerdos, o al comprador si no cumple con sus tareas de apoyo al contrato: las sanciones deben tener un claro asidero legal. Es necesario también coordinar los términos de los contratos con la realización de auditorías tradicionales, que deben modificarse a la luz de la nueva distinción de funciones y de su interrelación.

Como señalan los ejercicios evaluadores, es fundamental que los funcionarios conozcan los resultados de los compromisos para que, siendo partícipes de las debilidades y fortalezas, colaboren en la elaboración de estrategias para enfrentarlas y en la mejora cotidiana de la calidad, para evitar desalientos.

Por otra parte, a pesar de todas las asimetrías de información que confronta el usuario y de las restricciones a la soberanía del consumidor propias del ámbito de la salud, al formarse coaliciones que buscan la excelencia en la prestación de servicios de salud es muy importante el usuario, como fuente de presión externa sobre el proveedor y de señales que contribuyan a la "fijación de precios" del cuasimercado desde el lado de la demanda. De allí la relevancia de recibir, procesar y responder de manera expedita y adecuada las opiniones y reclamos de los clientes que se recaban en el marco de los compromisos y por otros medios. Consolidar avances en la atención —por ejemplo, reducir colas y listas de espera— traería sin duda una adhesión ciudadana a los compromisos, positiva para los fines recién esbozados.

También resulta importante en este contexto la participación comunitaria. En el caso de los hospitales, serán fundamentales las Juntas hospitalarias que tienen un germen en las Juntas de salud recientemente constituidas. Estas son de carácter asesor y de enlace con la comunidad, y están conformadas por siete per-

sonas: un representante de la ccss, uno de la municipalidad y cinco de asociaciones comunales o de servicio.⁴⁴

El éxito de los compromisos no va a estar asociado únicamente a la reorganización formal del comprador y del prestador. Habrá que considerar cómo se modifican también las normas y reglas informales, que alcanzan un carácter de cumplimiento obligatorio y que van a estar determinadas por la alteración de las relaciones informales de poder, definiendo también los resultados.⁴⁵

El desarrollo de cuasimercados está enclavado en relaciones sociales e institucionales (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald y Pettigrew, 1996). Para considerar el efecto de largo plazo de la introducción de contratos en los patrones organizativos y en el comportamiento interorganizacional de los cuasimercados de salud, tienen particular importancia las redes profesionales del personal médico y del paramédico, y el peso e influencia que adquiera su segmento gerencial, dado que estas profesiones habían disfrutado tradicionalmente de una fuerte autorregulación.

El desafío tiene un vasto alcance: se trata nada menos que de concitar voluntades políticas, funcionarias y ciudadanas en torno a un pacto de excelencia en la ccss que sitúe promisoriamente al país en el portal del nuevo siglo.

⁴⁴ Alguien que aboga por la máxima descentralización de los prestadores, como el Dr. Jiménez, opina que estas juntas deben investirse de autoridad para que se transformen en las Juntas Directivas de cada hospital, en tanto que la Junta Directiva central, por su carácter político, debe fijar las políticas generales y establecer los límites presupuestarios (entrevista ya citada).

⁴⁵ Atendemos así la advertencia formulada por Douglass North: "... aunque las normas explícitas nos ofrecen una fuente básica de materiales empíricos por medio de los cuales podemos someter a prueba el desempeño de economías en diversas condiciones, el grado en que estas reglas tengan relaciones únicas de desempeño es limitado. Es decir, una mezcla de normas, reglas y características informales de cumplimiento obligatorio define simultáneamente el conjunto de elección así como los resultados en cuanto al éxito. Por consiguiente, considerando únicamente las reglas formales, tendremos una noción inadecuada y a menudo equívoca de la relación entre limitaciones formales y desempeño."

Entrevistas

*Sobre la experiencia costarricense** (realizada en San José de Costa Rica)

Norma Ayala, funcionaria del Proyecto de modernización de la ccss,
29 de agosto de 1997 y 6 de febrero de 1998.

Rodrigo Bartels, funcionario del Proyecto de modernización de la ccss,
29 de agosto de 1997 y 6 de febrero de 1998.

Adolfo Cartín, Administrador general del Hospital San Juan de Dios,
5 de febrero de 1998.

James Cercone, funcionario del Proyecto de modernización de la ccss,
29 de agosto de 1997.

Elias Jiménez, Director general del Hospital Nacional de Niños,
5 de febrero de 1998.

Mario León, funcionario del Proyecto de modernización de la ccss,
29 de agosto de 1997.

Fernando Marín, Viceministro de Salud,
26 de agosto de 1997.

Luis Bernardo Sáenz, Director del Proyecto de modernización de la ccss,
26 de agosto de 1997 y 26 de febrero de 1998.

Alvaro Salas, Presidente ejecutivo de la ccss,
26 de agosto de 1997 y 5 de febrero de 1998.

Manrique Soto Pacheco, Director general del Hospital San Juan de Dios,
5 de febrero de 1998.

Julieta Rodríguez, Gerente de la División médica de la ccss,
26 de agosto de 1997.

Hermán Weinstock, Ministro de Salud,
26 de agosto de 1997.

Sobre la experiencia chilena (realizadas en Santiago de Chile)

Pedro Croco, Director, Unidad de gestión del Ministerio de Salud,
3 de septiembre de 1997.

Rony Lenz, Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA),
26 de mayo de 1998.

César Oyarzo, ex Director del FONASA,
22 de agosto de 1997.

⁴⁶ Los cargos indicados son los que las personas ocupaban en el momento de la entrevista.

Bibliografía

- Bartlett, W. y J. Le Grand (1993): The theory of quasimarkets, J. Le Grand y W. Bartlett, *Quasimarkets and Social Policy*, Londres, Macmillan Press.
- Bengoa, R. (1997): Tendencias recientes y reformas de los sistemas de salud: mercados internos, competencia gestionada y los sistemas integrados de salud, ponencia en Memoria de Seminario sobre reforma del sector salud en Costa Rica, su viabilidad política y sostenibilidad financiera, San José de Costa Rica, Banco Mundial, Instituto de Desarrollo Económico (IDE)/Ministerio de Salud de Costa Rica/Caja Costarricense de Seguro Social (ccss).
- CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social) (1996a): Compromiso de gestión Hospital William Allen y Área de salud Turrialba-Jiménez. Año 1997, San José de Costa Rica, diciembre.
- _____ (1996b): Compromiso de gestión ccss, Área de salud de Chacarita. Año 1997, San José de Costa Rica, diciembre.
- _____ (1996c): Compromiso de gestión Hospital México, San José de Costa Rica, diciembre.
- _____ (1997b): Evaluación del compromiso de gestión. Diseño e implantación de mecanismo de asignación de recursos para la modernización de los procesos críticos de las gerencias financiera y médica, San José de Costa Rica, 30 de mayo.
- _____ (1998a): Evaluación de los compromisos de gestión de hospitales. Cláusulas adicionales. II semestre de 1997, San José de Costa Rica, marzo.
- _____ (1998b): Evaluación de los compromisos de gestión de las áreas de salud. Cláusulas adicionales. II semestre de 1997, San José de Costa Rica, marzo.
- _____ (sin fecha): Definición de indicadores de evaluación. Objetivos específicos. Compromisos de gestión. Hospitales nacionales. I semestre de 1997, San José de Costa Rica.
- _____ (sin fecha): Definición de indicadores de evaluación. Objetivos específicos. Compromisos de gestión. Hospitales periféricos. I semestre de 1997, San José de Costa Rica.
- _____ (sin fecha): Definición de indicadores de evaluación. Compromisos de gestión Nivel Central. I semestre de 1997, San José de Costa Rica.
- _____ (sin fecha): Criterios para seleccionar áreas de salud y hospitales. Compromisos de gestión, 1998, San José de Costa Rica, Gerencia de División médica/Gerencia de División administrativa.
- _____ (sin fecha): Proyecto de modernización, Proyecto gestión de listas de espera en los servicios de salud. Planteamiento de objetivos y subobjetivos, San José de Costa Rica.
- _____ (sin fecha): Definición de indicadores de evaluación de los compromisos de gestión áreas de salud. I semestre de 1997, San José de Costa Rica, Unidad de evaluación compromisos de gestión.
- ccss, Proyecto de modernización (1997a): Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos, San José de Costa Rica, marzo.
- _____ (1997b): Evaluación I semestre. Compromisos de gestión. Cláusulas adicionales hospitales nacionales, San José de Costa Rica, marzo.
- _____ (1997c): Informe de avance, compromisos de unidades del nivel central, San José de Costa Rica.
- _____ (1997d): Evaluación I semestre, compromisos de gestión nivel central, San José de Costa Rica.
- ccss, Presidencia ejecutiva/Gerencias de división (1997c): Programa institucional de mejoramiento continuo de la calidad, San José de Costa Rica, mayo.
- CCSS, Junta Directiva (1997): Resolución adoptada por la Junta Directiva en artículo N° 4 de la sesión 7173, del 10 de junio de 1997, respecto de la transformación del nivel central de la Caja y propuesta para su ordenamiento, San José de Costa Rica, junio.
- ccss, Dirección técnica de servicios de salud, Sección de investigación de Servicios de Salud (1997): Análisis de la producción hospitalaria de los hospitales con compromiso de gestión. Informe del I semestre de 1997, San José de Costa Rica, septiembre.
- _____ (1998): Análisis de la producción hospitalaria de los hospitales con compromiso de gestión. Informe anual 1997, San José de Costa Rica, marzo.
- ccss, Proyecto de modernización, Grupo de evaluación compromisos de gestión. Áreas de salud (1997a): Evaluación de los compromisos de gestión de las áreas de salud. I trimestre de 1997, San José (fe Costa Rica).
- _____ (1997b): Evaluación de los compromisos de gestión de las áreas de salud. II semestre de 1997, San José de Costa Rica.
- Chile, Ministerio de SaLud, (1997a): Compromisos de gestión 1996, Informe final, Santiago de Chile, abril.
- _____ (1997b): Primer informe cuatrimestral. Monitoreo de compromisos de gestión 1997, Santiago de Chile, julio.
- Costa Rica, MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Política Económica) (1998): *Gobernando en tiempos de cambio. La Administración Figueres Oteen*, San José de Costa Rica, abril.
- EYMSA, Estadística y mercadeo (1997): Encuesta de opinión de los servicios de salud de la ccss 1997, San José de Costa Rica.
- Ferlie, E., L. Ashburner, L. Fitzgerald y A. Pettigrew (1996): *The New Public Management in Action*, Oxford, Reino Unido, Oxford University Press,
- GTSS (Grupo de Trabajo sobre el Sector Salud) (1997): Actas de Seminario-Taller Hacia una política de Estado en salud, San José de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Fació, Facultad de medicina, julio.
- Güendel, L. y J. D. Trejos (1994): *Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica*, Serie reformas de política pública N° 18, Santiago de Chile, CEPAL.
- INVERTEC (1998): Propuesta de consultoría. Sistema de incentivos por desempeño. Proyecto de reforma en salud, enero, mimeo.
- Mora, M. (1998): Hacia una cultura institucional basada en el rendimiento de cuentas: el caso de Costa Rica, en CEPAL, *Taller sobre evaluación de la gestión del gasto público. Compendio de documentos*, Santiago de Chile.
- North, D. C. (1993): *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Salas, A. (1996): Costa Rica: una reforma dentro del sistema de salud vigente, I. Jaramillo, C. Molina y A. Salas, *Las reformas sociales en acción: salud*, Serie políticas sociales, N° 15, Santiago de Chile, CEPAL.
- Sojo, A. (1993): *La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes*, Serie reformas de política pública, N° 17, Santiago de Chile, CEPAL.
- _____ (1996a): La política social frente al ajuste y al incremento de la productividad en América Latina y el Caribe, *Situación*, N° 1, Bilbao, Servicio de Estudios Banco Bilbao Vizcaya.
- _____ (1996b): *Reformas de gestión en la salud pública en Chile*, Serie políticas sociales, N° 13, Santiago de Chile, CEPAL.
- _____ (1996c): Posibilidades y límites de la reforma en la gestión de la salud en Chile, *Revista de la CEPAL*, N° 59, LC/G. 1931-P, Santiago de Chile, CEPAL.
- _____ (1997a): La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumentos, en UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)/Ministerio de Salud de Costa Rica, *Costa Rica. Las políticas de salud*

- en el umbral de la reforma*, Serie de políticas sociales, N° 1, San José de Costa Rica.
- _____ (1997b): Los seguros sociales en América Latina y el Caribe ante la reforma del sector salud, ponencia presentada en el seminario conjunto de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud, México D.F., julio.
- Universidad de Chile, Departamento de Economía (1997): Estudio técnico de la reforma de la seguridad social en salud. La propuesta. Informe final, Santiago de Chile, mayo.
- Weinstock, H. (1995): El proceso de reforma del sector salud en Costa Rica, trabajo presentado en el Foro panel "La salud en el proceso de desarrollo chileno", organizado por el Ministerio de Salud de Chile, la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación de Isapres de Chile.
- White, J. (1997): *A Comparative Study of Health Care Policy in the United States and Canadá: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North*, Serie financiamiento del desarrollo, N° 52, Santiago de Chile, CEPAL.