
Políticas sociales

Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica

Ana Sojo



NACIONES UNIDAS



División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, julio de 2000

Este documento fue elaborado por la señora Ana Sojo, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización..

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1403-P

ISBN: 92-1-92-1-321625-4

Copyright © Naciones Unidas, julio de 2000. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.00.II.G.69

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen | 5 |
| Introducción | 7 |
| I. ¿Qué son los cuasimercados? | 9 |
| II. Los desafíos de reunir equidad y eficiencia | 13 |
| III. Escenarios de cuasimercados: | |
| universalidad y equidad | 17 |
| IV. Ajustes de gestión, cuando la solidaridad y la | |
| universalidad han sido socavadas | 19 |
| 1. El marco histórico de la reforma de gestión | |
| en Chile | 20 |
| 2. Dimensiones organizativas asociadas al | |
| compromiso | 22 |
| 3. Algunos rasgos de los compromisos de gestión..... | 23 |
| 4. Por una adecuada integración de los | |
| compromisos en la reforma | 25 |
| V. La reforma de gestión en un marco de | |
| competencia para la solidaridad y universalidad: | |
| Colombia y Argentina | 31 |
| 1. Colombia: vulnerabilidades en la gestión | 31 |
| 2. Argentina: el gran abanico de la | |
| descentralización hospitalaria | 41 |

| | |
|--|----|
| VI. Compromisos de gestión en un escenario eminentemente público: | |
| Costa Rica | 45 |
| 1. Objetivos e instrumentos | 46 |
| 2. Paradojas de la complejidad de los compromisos de gestión..... | 47 |
| 3. El asidero jurídico | 48 |
| 4. El desempeño funcionario..... | 50 |
| Bibliografía | 53 |

Resumen

Tras una discusión conceptual del término cuasimercados y de los desafíos que implica reunir eficiencia y equidad en su desarrollo, se distinguen tres escenarios de la región, de acuerdo con la vigencia e impugnación de los principios de solidaridad y universalidad en la prestación de servicios, para abordar las reformas de gestión de Chile, Colombia, Argentina y Costa Rica. Se analiza su grado de avance y los obstáculos que enfrentan, considerando los modelos de financiamiento, los modelos de salud, la capacidad regulatoria, su basamento jurídico y su vínculo con los procesos de descentralización, y el perfil de los instrumentos de medición de desempeño.

Introducción

Tras una discusión conceptual del término cuasimercados y de los desafíos que implica reunir eficiencia y equidad en su desarrollo, se distinguen tres escenarios de la región de acuerdo con la vigencia e impugnación de los principios de solidaridad y universalidad en la prestación de servicios, para abordar cuatro experiencias de reforma de gestión. Si bien las disímiles fuentes a las que se tuvo acceso condicionan una profundidad diversa del análisis, se fijó la atención en aspectos que permitan compararlas, y se hacen referencias a casos de fuera de la región.

La de Chile se inserta en la reforma previa más radical de la región en cuanto al socavamiento de la solidaridad y la universalidad del modelo de salud. Se concluye que sería beneficioso consolidar los aspectos netamente de gestión para avanzar efectivamente hacia el uso de precios administrados, tener información relevante sobre la calidad y los costos de las atenciones, y contribuir a implantar criterios de eficiencia y efectividad en la prestación clínica.

A pesar de sus sustanciales diferencias, los cambios de gestión de Colombia y Argentina, por su parte, están insertas en un escenario de reforma que propicia conjuntamente la competencia y propugna los principios de solidaridad y universalidad, y que, inicialmente, al centrarse eminentemente en modificaciones del modelo de financiamiento, dieron un lugar subalterno a la gestión. Del caso colombiano se destacan las complejidades excesivas que enfrenta el financiamiento hospitalario y como ello, aunado a déficits en materia regulatoria, coarta los cambios de gestión. Sobre Argentina, en un

marco de sobredimensionamiento de los hospitales, se describe la amplia gama de la reforma de gestión hospitalaria debido a la descentralización previa, sus grados de autonomía frente a la disciplina fiscal, y las diversas concepciones sobre su inserción en los sistemas de referencia.

En un escenario eminentemente público y de vigencia de los principios de solidaridad y universalidad, se indaga en la constitución de mercados internos de salud en Costa Rica, mediante el establecimiento en la CCSS de un nuevo modelo organizativo y de financiamiento asociado al desempeño. Los compromisos de gestión contemplan interesantes aspectos organizativos, de información y de conformación de un sistema de salud, pero se alerta sobre su complejidad excesiva y sus costos de transacción, y se analizan las dificultades para implantar una efectiva descentralización de los prestadores y para establecer incentivos al desempeño.

I. ¿Qué son los cuasimercados?

En el marco de diversas combinaciones pública privadas, los cuasimercados tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño. El Estado, en cualquier caso, mantiene la función de financiamiento y se deslinda la función prestadora, mediante la transformación de las entidades públicas en instituciones sin fines de lucro u organizaciones públicas semiindependientes, o la participación privada en la prestación (Le Grand, 1999, p.169). Por su parte, en el caso de sistemas de salud articulados en torno al aseguramiento, se promueve la competencia entre aseguradores (Bach, 1999, p.3).

Los cuasimercados constituyen sistemas particulares de relaciones de intercambio económico que se sustentan en principios, en un marco regulatorio y en un sistema de incentivos, y tienen implicaciones respecto de la morfología del sector social en que se desarrollan, plasmada en la separación de funciones. Por lo tanto, suponen relaciones que tienen una relativa permanencia en el tiempo, tales como las que se expresan en el establecimiento de contratos de gestión.

Son mercados, en tanto se promueve una competencia de proveedores que sustituya a la provisión monopólica estatal de servicios, pero que difieren de los convencionales en aspectos esenciales. En cuanto a la demanda, el poder comprador no se expresa en términos monetarios por parte de los consumidores finales, sino mediante un presupuesto que ha sido pactado con el ente comprador estatal. Los consumidores están representados por agentes, es decir,

sus decisiones de compra usualmente están delegadas en una entidad compradora, cuyo carácter está determinado por la organización del cuasimercado y por las reglas del juego del aseguramiento. Los precios no son precios libres de mercado, ya que no están formados por la interacción de la oferta con la demanda mediante recursos pagados por los usuarios directos: son precios negociados o administrados en el marco de un presupuesto fijado por el Estado. En cuanto a la oferta, ésta puede comprender una variedad de formas de propiedad -estatal, municipal, *trusts*, consorcios y organizaciones sin fines de lucro- que pueden estar sometidas a diversas reglas de financiamiento; de allí que no todos los proveedores busquen necesariamente maximizar las utilidades (Bartlett y Le Grand, 1993, pp.23 y 24).

Los elementos de competencia pueden introducirse en diferentes planos: sea al modificar la combinación público-privada en la provisión de servicios, ampliando la participación privada; o al cambiar el estatuto de las instituciones públicas prestadoras, atribuyéndoles mayor autonomía en el uso de recursos en un ambiente competitivo regido por el marco regulatorio de un contrato, o al posibilitar que éstas se acojan al derecho privado. Diversos mecanismos pueden promover la competencia dentro del sistema, tales como la libre elección en el sistema de referencia o de los profesionales, o la competencia por presupuestos entre hospitales.

Se dispone de un modelo de financiamiento para comprar y proveer servicios, mediante un contrato que establece la cantidad y tipo de actividades a realizar, y que especifica objetivos, responsabilidades e incentivos: el compromiso de gestión. Se trata de vincular el financiamiento con su productividad y con la cobertura de la población, mediante mecanismos de pago prospectivos, y de asignar recursos con base en el rendimiento y el cumplimiento de metas.

Pero, como bien se ha señalado, los contratos o compromisos de desempeño no tienen sentido como una medida aislada de reforma o mejora, sino que deben formar parte de una estrategia más global, que involucra una definición del modelo de sistema de salud y de gestión de la provisión de servicios. Habiendo sido definido el modelo de salud, la separación de funciones, los contratos y los sistemas de pago por asignación global deben ser instrumentos al servicio de un claro objetivo: poder asignar de manera prospectiva para los diferentes productos de los diferentes establecimientos proveedores tanto la actividad, sus características, la calidad y los resultados, de modo de incentivar la eficiencia parcial y global del sistema de salud (Franch, 2000).

En términos de la combinación público privada, los cuasimercados obedecen a dos racionalidades.¹ Cuando el prestador sigue siendo público, la separación de funciones y la simulación de precios de mercado mediante precios negociados o administrados tiene como objetivo introducir competencia en el ámbito público, en aras de mejorar su eficiencia y calidad. Por su parte, cuando los prestadores son privados, los precios administrados substituyen a los precios libres del mercado, en virtud de la imposibilidad de que el mercado produzca, de manera espontánea, un bien público que el Estado demanda.

El disfrute de la salud por parte de un individuo en ningún caso reduce la cantidad de salud que está disponible para otros; su ausencia, por el contrario, y no solo en el caso de las enfermedades infectocontagiosas, tiene externalidades negativas, cuyas magnitudes son diversas. La salud puede definirse como un bien público debido a que las sustanciales externalidades positivas exceden los beneficios individuales: de allí que deba estar disponible para todos, definición que entronca con el concepto de bien meritario, en tanto actualiza un derecho social. En esa perspectiva, y en un determinado contexto ético, en un cuasimercado el Estado ofrece este bien de manera directa mediante su función prestadora, o establece una demanda mediante la función de

¹ Perspicaz distinción establecida por Rebeca Grynspan en un reciente diálogo, que permite precisar dos racionalidades singulares, que se han planteado de manera implícita en la argumentación sobre el tema. Así, el concepto de mercados internos de Enthoven o el de cuasimercados de Le Grand y Bertlett designan la combinación de financiamiento público de la salud con formas de competencia entre proveedores públicos y/o privados, con contratos negociados entre proveedores y autoridades compradoras.

financiamiento y el sistema de aseguramiento para que, en tanto bien público, éste se transe como unidad de equidad (Sojo, 2000).

Entonces, ¿qué características del bien imposibilitan que el mercado lo produzca por sí solo?² En cualquier acción respecto de la salud individual efectuada mediante una transacción de mercado monetaria directa o mediante un seguro privado, gravitan de manera extraordinaria sobre su acceso y su costo, además de los precios del prestador, las condiciones de salud de las personas y su capacidad de pago. En una perspectiva de equidad, tanto la provisión pública como la privada deben garantizar que el derecho de las personas a la salud no dependa de sus condiciones de salud o de sus pagos, y que sus contribuciones se ajusten a sus ingresos: como bien público, debe estar a disposición de todos. De allí la relevancia de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, que a su vez se armonizan con el de equivalencia en la escala global del sistema de financiamiento y aseguramiento.

Luego, para conformar en el cuasimercado una demanda ante los agentes públicos y privados de esta unidad de equidad, el Estado establece reglas del juego del financiamiento y regulaciones respecto del presupuesto público y de las contribuciones obligatorias, que hacen posible su producción, en el marco de diversas combinaciones públicas privadas. Producir este bien público requiere, por tanto, de subsidios cruzados entre los contribuyentes a formas de aseguramiento universales con cotizaciones obligatorias, o entre los beneficiarios del aseguramiento universal financiado con impuestos generales, y de subsidios selectivos con cargo al presupuesto nacional. Se establecen, de manera dinámica, entre diferentes estratos de ingreso y entre diferentes grupos de riesgo: de las personas de altos ingresos a las de bajos ingresos; de las de bajo riesgo a las de alto riesgo; de las jóvenes a las mayores; y de la comunidad toda a grupos específicos.

² Estos planteamientos sobre el principio de solidaridad se desarrollan en CEPAL (1999) y CEPAL (2000).

II. Los desafíos de reunir equidad y eficiencia

El establecimiento de cuasimercados, en cualquier caso, requiere reforzar el papel regulador del Estado al consolidar una función compradora ante prestadores públicos o privados. La estructura regulatoria de la organización del cuasimercado determina, entre otros aspectos: la tensión entre operación de procesos de mercado y de control jerárquico; los grados diversos de independencia del proveedor y del comprador; el establecimiento de cuáles organizaciones asumen la regulación y la inspección; la definición del papel del gobierno central y de los Ministerios y de otras entidades (Walsh, 1995). De allí que cuando la reforma de gestión se orienta a separar funciones públicas, sea fundamental que exista un acuerdo previo sobre la morfología sectorial e interorganizativa en la cual se inserta la distinción.

Los contratos plantean serias exigencias al ente comprador: capacidad para analizar necesidades y la efectividad de procedimientos; establecimiento de prioridades; capacidad para traducir prioridades en materia de política social que han sido formuladas gruesamente en especificaciones detalladas y en estándares de calidad; capacidad de especificación del producto y de monitoreo del desempeño; control de selección adversa por parte de proveedores, de mayor o menor relevancia según sea el mix público-privado.

Para lograr un equilibrio entre los incentivos de equidad, calidad y costo, los sistemas de pago del comprador deben integrar provisiones contra la selección adversa: per cápita ajustado por grupos de edad y de riesgo, pagos asociados a diagnóstico ajustados por complejidad.

Resulta fundamental para la equidad que el plan de compra sea sensible a las diferencias que generan distintas necesidades de salud en los individuos, lo cual implica generar respuestas también diferenciadas de acuerdo con variables epidemiológicas y etarias. También son relevantes las regulaciones de protección al usuario en cuanto a calidad y pertinencia de las prestaciones, y a la sanción de prácticas discriminatorias.

Los pagos basados en producción, cobertura, calidad y satisfacción del usuario están vinculados con un plan de salud que establece determinados objetivos y necesidades de salud, y que garantiza una atención de la población de acuerdo con variables epidemiológicas y etarias. Orientado por estos criterios, se establecen políticas de control de la oferta total y de orientación de la misma hacia sus ingredientes de mayor impacto que, aunque no dictan, sí moldean la práctica clínica. Se conforma un catálogo implícito de prestaciones o un catálogo explícito que especifica prestaciones de derecho, es decir, que da contenido a la póliza de aseguramiento y que opera mediante una asignación a nivel operativo de los centros prestadores. Resulta fundamental para la equidad que el plan de compra sea sensible a las diferencias que generan distintas necesidades de salud en los individuos, lo cual implica generar respuestas también diferenciadas. También que se contemplen criterios de calidad.

Además, el plan de compra se inserta explícita o implícitamente en una morfología sectorial, ya que debido al carácter interorganizacional de los sistemas, el organismo sometido a escrutinio forma parte de una red de prestadores. La estructura organizativa de los niveles de atención implica una elección concreta que influye en los costos del sistema y en los incentivos: de allí que sea oportuno que los contratos de desempeño u otros instrumentos de gestión contengan elementos que apuntalen el efectivo funcionamiento del sistema e interacciones adecuadas entre sus instancias, para conformar un sistema de referencia y contrareferencia. A tal efecto se puede: incentivar acciones de prevención y promoción de la salud; premiar la capacidad de resolución de los niveles inferiores y la disminución de referencias a los otros; reglamentar un sistema de referencias o especificar una red hospitalaria que debe consolidarse, en aras de una atención continua e integral.

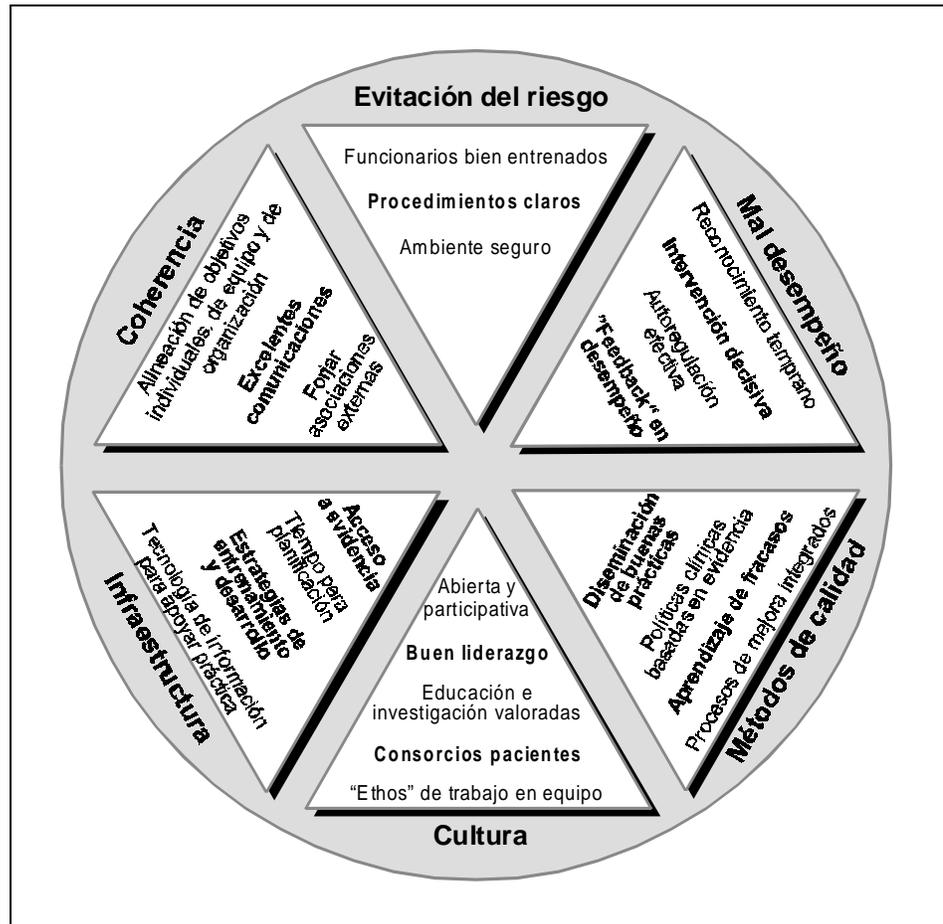
Dado que se trata de compartir riesgos entre el comprador y el prestador acudiendo a pagos prospectivos, es fundamental controlar estándares de calidad, para que el proveedor no pretenda rebajar los costos mediante bajas de la calidad. De allí la importancia de que los contratos contengan cláusulas de calidad.

Consolidar un marco jurídico coherente con las nuevas formas de evaluación del desempeño en lo que respecta a recursos humanos requiere modificar los estatutos que rigen a los médicos, a otros profesionales de la salud y al personal paramédico, sea en sus colegiaturas o bien en formas que determinan su reclutamiento y evaluación mediante el sistema del Servicio civil.

La experiencia inglesa alimenta la idea de que es fundamental conservar un marco nacional de remuneraciones en el cual se introducen componentes descentralizados flexibles, ya que las complejidades de un sistema totalmente descentralizado han sido asociadas con altos costos de transacción, resultados poco tangibles y contradicciones respecto de los valores de equidad y solidaridad (Bach, 1999, p.23).

Las experiencias internacionales más avanzadas de reforma de gestión en salud, inicialmente dominadas por 'issues' financieros y por metas de actividad, se plantean actualmente integrar un sistema institucional clínico (*clinical governance*) cuyos marcos organizativos e institucionales responsabilicen a los prestadores por la calidad y equidad de los servicios, y vinculen estrechamente el control financiero, el desempeño del servicio y la calidad de la prestación clínica (Sally y Donaldson, 1998; diagrama 1). Conservando la generalidad del planteamiento, el término clínico puede ser sustituido por un término más amplio que dé cuenta de otras prestaciones del sistema de salud que están centradas en la prevención.

Diagrama 1
ENFOQUE INTEGRADOR DEL SISTEMA INSTITUCIONAL CLÍNICO



Fuente: elaborado por Scally y Donalson (1998).

III. Escenarios disímiles de cuasimercados: universalidad y equidad

En América Latina, pertinaces desigualdades en el ámbito del empleo y de las políticas sociales y algunas orientaciones unilaterales de las reformas emprendidas en las dos últimas décadas continúan acarreado altos costos para la equidad: la búsqueda de eficiencia o de equivalencia, librada a sí misma, quebranta fuertemente la solidaridad e inhibe desarrollar una universalidad de los sistemas (Ocampo, 1999). De allí que, en adelante, es necesario cumplir de manera simultánea con tres principios básicos: universalidad, solidaridad y eficiencia,³ dirimiendo sus oposiciones y conflictos (CEPAL, 2000). Por su parte, ha quedado demostrado que la política social de carácter permanente, desarrollada y fortalecida en períodos de estabilidad y crecimiento, ha probado ser más eficiente para contener los costos sociales de las crisis severas que los fondos sociales temporales (Cornia, 1999).

Respecto de otras latitudes, se ha afirmado agudamente que la reconstrucción de solidaridades sociales que han sido vulneradas no debe ser entendida como la creación de una cohesión social protectora en torno a los bordes de un mercado egoísta, sino como la pretensión de reconciliar autonomía e interdependencia en las variadas esferas de la vida social, incluido el ámbito económico (Giddens, 1994, p.13). El

³ Los principios de solidaridad y universalidad postulan, en aras de la equidad, que aquellos usuarios que posean iguales necesidades tengan igualdad de oportunidad en el acceso a los servicios de salud, en tanto que sus aportes, sea mediante contribuciones a la seguridad social o mediante impuestos, se ajusten al ingreso. Por otra parte, que se asignen iguales recursos a iguales necesidades en salud, y se brinde una atención diferencial a grupos con más desventajas o con necesidades específicas.

razonamiento es válido también para nuestra región y, en esos términos, la interacción de aquellos tres principios de la política social puede contribuir a reconstruir solidaridades sociales y a reconciliar autonomía e interdependencia ya que, entre otras cosas, implica acuerdos sobre el espectro y calidad de las prestaciones, el financiamiento y la optimización de recursos, los derechos y los deberes ciudadanos.

Para analizar las búsquedas de eficiencia, puede prestarse atención fundamentalmente a las modificaciones de las combinaciones público privadas, por ejemplo, al aumento o la disminución de la participación privada. Sin embargo, ello por sí solo resulta limitado para caracterizar las reformas en el campo de la eficiencia y de la gestión, y requiere ser analizado en su contexto. Cabe recordar que en los países donde ha habido un desarrollo pleno del Estado de bienestar, los diversos sistemas y combinaciones públicas privadas mediante los cuales se han hecho vigentes los principios de universalidad y solidaridad han resultado de sendas transacciones y acuerdos políticos que, a lo largo del tiempo, han decantado verdaderas idiosincrasias de los sistemas. Es así como los sistemas de salud europeos que están regidos por los principios de universalidad y solidaridad, por ejemplo, exhiben una amplia gama de combinaciones públicas privadas.⁴

En el caso de la separación de funciones y del uso de contratos propios de los cuasimercados, éstos se insertan en modelos de salud que pueden ser disímiles respecto de: las responsabilidades del Estado, del sector público y del privado; la cobertura vertical, es decir, las tradicionales prestaciones implícitas o explícitas cuando se aplican postulados de racionamiento; la cobertura horizontal: población beneficiaria; los modelos de financiamiento y de aseguramiento que son tributarios a esos postulados; las formas de regulación. El análisis, en esos términos, de los cuasimercados en nuestra región muestra que se han promovido en el seno de modelos de salud diversos.

Para entender la racionalidad y la gravitación diversa de las acciones sistemáticas en el campo de la gestión y el desarrollo de cuasimercados, es promisorio distinguir tres escenarios de reforma en nuestra región, de acuerdo con las concepciones sobre la universalidad y la solidaridad del financiamiento, aseguramiento y prestación de la salud, y con las diversas combinaciones público privadas que les son concomitantes. Así, de acuerdo con los principios que guían la prestación pública o la combinación público-privada, se escinden los escenarios fundamentales, particularmente por la vigencia o impugnación de la universalidad de la prestación y de la solidaridad del financiamiento, principios con los cuales interactúan los planteamientos sobre eficiencia que dan sentido a los cuasimercados. El presente trabajo analiza los casos de Colombia, Costa Rica, Chile y Argentina.⁵

En América Latina y el Caribe los cuasimercados en la prestación pública de salud se encuentran en un estadio germinal y cuentan con una endeble base jurídica. En la mayoría de los casos –con la excepción quizá de Colombia, de manera parcial- los precios representan en lo fundamental una función “teórica” en la asignación de recursos, en tanto constituyen aún un sistema de referencia, y no son precios plenamente administrados, determinados por el contrato del cuasimercado.

Además, las formas de contratación del personal y la racionalidad de la entrada y permanencia en el servicio público son elementos condicionantes de su éxito, y en algunos casos ponen sobre el tapete modificaciones en el ámbito del servicio civil y, en general, de la normativa y de los estatutos que regulan las profesiones presentes en el sector salud y las dificultades políticas asociadas con ello.

⁴ Dorothy Porter (1999) entrega una rigurosa, detallada y amena visión histórica del Estado de bienestar en Europa Occidental y EE.UU. En Francia, cuna de los planteamientos iluministas sobre la salud como derecho ciudadano, los médicos han colaborado con el desarrollo del sistema de salud, pero ejerciendo una sistemática oposición a convertirse en asalariados del Estado; luego, se han retenido como principios la práctica liberal, la libre elección del médico por el paciente y su pago directo por acto médico, principios que emergieron ya a fines del siglo XVIII (Ib., pp. 103-4; 241). El sistema inglés, por su parte, sí ha garantizado ingresos estables a los médicos en el marco de amplias relaciones salariales.

⁵ En Trinidad y Tobago se han separado las funciones del sistema y las autoridades regionales de salud, a cargo de la función proveedora, responden ante el Ministerio de Salud, en tanto ente comprador, mediante acuerdos anuales de servicios que consideran su volumen, calidad y pertinencia. Pueden contratar a tal fin servicios de proveedores públicos y privados. En el Perú y en Guatemala también se ha iniciado recientemente la firma de compromisos de gestión, con énfasis en la atención primaria.

IV. Ajustes de gestión, cuando la solidaridad y la universalidad han sido socavadas

La perspectiva más radical de reforma en la región ha buscado de manera conjunta impugnar los principios de solidaridad del financiamiento y de la universalidad de las prestaciones, redefinir el papel de los sectores público y privado en el financiamiento y la provisión de servicios, modificar la oferta de prestaciones ampliando notablemente la participación privada, e introducir mecanismos de mercado en la asignación de recursos. En este caso, la separación de las funciones busca acotar las tareas del Estado que se establecen como fundamentales: el diseño global de la política de salud; la regulación y supervisión de los servicios; el financiamiento de la atención de los grupos más vulnerables de la población y de acciones de salud, con una definición reduccionista de bienes públicos.

En este modelo, para desplazar la demanda de servicios de salud del sector público al privado se considera necesario en el ámbito del financiamiento, sustituir los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, y adoptar distintas modalidades de seguros privados de riesgo. Para mejorar la eficiencia en la esfera de la provisión de servicios, se proponen distintos esquemas de recuperación de costos, nuevas formas de presupuestación y contratación, nuevos mecanismos de pago, presupuestos descentralizados y focalización del gasto público.

El impacto de estas reformas en cuanto a los requerimientos financieros del sector público depende tanto de los cambios que se introduzcan en el plano financiero, como de la capacidad para desplazar efectivamente la demanda de servicios de salud hacia proveedores privados. Dos factores fundamentales dificultan una transferencia significativa de demanda del sector público al privado: por una parte, los bajos ingresos que caracterizan a los países de la región y su grado de concentración, que contrastan con la tendencia alcista de los costos y con la creciente complejidad de la atención de la salud; por otra, las características del mercado de salud que fomentan prácticas de selección adversa (CEPAL, 1998).

Un diseño dual de la combinación público-privada, como el del sistema de salud chileno, hace que el sector público deba cubrir tanto a la población de mayores riesgos como a la de menores ingresos. Cuando la combinación público-privada incentiva la selección en función de riesgos e ingresos, ello conduce a una suerte de reforma tributario regresiva: la demanda de servicios de salud públicos y la consiguiente carga financiera para el Estado tenderán a crecer, al reducirse las contribuciones netas de los estratos de altos ingresos que se canalizan hacia el sector privado, e instaurarse subsidios implícitos del Estado a las entidades privadas mediante su función de reaseguro (*Ib.*).

Ahora bien, ¿cuál papel puede cumplir la reforma de gestión en el marco de los cambios aquí esbozados o en el caso del escenario, que trataremos posteriormente, en el cual la competencia se promueve sin impugnar los principios de solidaridad y universalidad?. En primer lugar, cabe señalar su papel respecto de la interacción entre el sector público y el privado, particularmente de la necesidad de promover relaciones de efectiva competencia y complementariedad entre los sectores cuando se modifica su combinación. Cambiar la gestión pública tiene como racionalidad, en este caso, impedir una exposición del sector público a la competencia en términos que lo deje inerme ante el sector privado. Por el contrario, una apertura de los prestadores públicos efectuada en ausencia de cambios en su gestión no representaría sino su solapado desmantelamiento, hecho que puede acarrear serias consecuencias, tanto en términos de una desordenada liquidación de recursos públicos, como de equidad, si se instauran barreras de acceso a las prestaciones de salud para los antiguos beneficiarios de las prestaciones públicas. La reforma de gestión puede posibilitar que el sector público tenga ventajas de costos y de calidad respecto de la competencia privada y contribuir a un mejor diseño de la combinación público-privada.

En segundo término, es pertinente reformar la gestión dado que no siempre va a hacerse efectiva la mayor participación del sector privado que se promueve. Por ejemplo, en economías con fuertes disparidades distributivas como las de la región, donde el mercado genera una atracción natural de la oferta privada -especialmente la de calidad- hacia los sectores de altos ingresos, puede sobrestimarse la oferta privada prestadora y aseguradora en entidades territoriales de menor desarrollo y tamaño y hacia determinados grupos de ingreso (Ocampo, 1996). En esas circunstancias, en aras de la equidad, debe apuntalarse el fortalecimiento de la oferta pública en esos espacios, con criterios tanto de equidad como de optimización del uso de recursos que forman parte de la batería de políticas de “subsidio a la oferta con criterios de demanda” (*Ib.*), actuando sobre la eficiencia y calidad de la oferta pública a sectores que no atraen a la oferta privada.

1. El marco histórico de la reforma de gestión en Chile

En Chile, las medidas que ambicionan mejoras en el plano de la gestión constituyen un ajuste que pretende mejorar la eficiencia y eficacia del subsistema público, sin modificar la arquitectura básica del sistema. Como reconociera no hace tanto una interesante pluralidad de actores, otrora

contrapuestos en su análisis,⁶ al nacer el sistema privado en los ochenta bajo una visión de Estado subsidiario en el marco de una reforma no democrática, éste se superpuso al modelo público existente, sin que mediara un acuerdo político-social respecto de las responsabilidades que debe asumir cada uno y de la forma en que sus acciones pueden complementarse en torno a un modelo de cuidado de la salud, situación que hasta hoy día ha llevado a una polarización en torno a la salud pública y el sistema privado (Baeza *et al.*, 1998, pp. 4 y 28).

Se conservó la cotización obligatoria, pero con cargo exclusivo al trabajador, que puede afiliarse al sistema público de salud mediante el FONASA o a una ISAPRE. El seguro público tiene una lógica de reparto que favorece la solidaridad, y el privado opera mediante cuentas y riesgos individuales. Los planes de las ISAPRES establecen una equivalencia entre el valor del plan, la contribución y la cobertura, y deben renovarse cada año, posibilitando así una selección de riesgo, en tanto el precio y contenido del plan se adecúa a la edad y sexo del asegurado, e inhibiendo que el asegurado establezca un suerte de ahorro en salud en aquellas etapas vitales de menor riesgo en salud para aquellas en que requiere un mayor uso de los servicios curativos. Este sector cubre a cerca de un 30% de la población; sus características, en cuanto a selección de riesgos, cobertura de corto plazo, endeble transparencia de planes y de beneficios, hacen que concentre a la población de mayores ingresos, más joven y de menor riesgo, y han coadyuvado a una elevación de precios que supera con creces la de otros sectores de la economía.⁷ Y condiciona que el Estado cumpla, en último término, una función de reaseguro que hace viable el sistema de salud dual.

La radicalidad del caso chileno, posibilitada por el marco político en que tuvo lugar, no tiene parangón. El contrapunto por excelencia es la suerte de la experiencia inglesa con Thatcher y Major, en tanto los conservadores impugnaban al inicio radicalmente la forma de financiamiento, el ámbito de prestaciones y la combinación pública privada del sistema nacional de salud británico (NHS). Sin embargo, después de variadas circunstancias políticas, padójicamente el NHS se vió fortalecido en ese período⁸, y modificado fundamentalmente mediante una profundización de la separación de funciones que promueve la competencia⁹, reforma que, tal como se ve, ha llegado a constituir un modelo con influencia en América Latina y el Caribe.

La reforma de gestión en salud en Chile se ha esgrimido como inevitable, para elevar la equidad, eficiencia y eficacia del sector público en el marco de un sistema dual. Tiene un importante papel respecto de la interacción entre el subsector público y el subsector privado, particularmente de cara a la necesidad de velar porque se instauren relaciones de efectiva competencia y complementariedad entre ambos, para impedir una exposición del sector público a la competencia en términos que lo deje inerte ante el sector privado, y ante la fragilidad del control de las remuneraciones como una fuente fundamental de competitividad del sector público. Debido a los trasvases entre ambos subsistemas, la dualidad del sistema de salud acota significativamente las capacidades de regulación, desde lo financiero o desde los compromisos de gestión, de elementos que en su marco resultan endógenos, tales como el ausentismo y el incumplimiento de las jornadas médicas. Es así como en el marco de una normativa inflexible que dificulta evaluar adecuadamente el desempeño y cumplimiento funcionario en el sector público y establecer

⁶ Cristián Baeza, Francisco Bayo, Rafael Caviedes, Mercedes Cifuentes, René Merino, Fernando Muñoz, César Oyarzo, Héctor Sánchez, Patricio Silva, Giorgio Solimano, Fabio Valdés, Marcos Vergara, Jorge Villegas (1998), "El sector de la salud en Chile: un diagnóstico compartido", mimeo, diciembre.

⁷ Algunas cifras ilustran esta afirmación: mientras que en 1990 la cotización adicional promedio para las cotizantes de las ISAPRES era del 0,7% de la remuneración promedio del sistema, en 1996 había aumentado al 1,3%. Entre 1990 y 1996, el valor de las consultas médicas privadas aumentó en 55% en términos reales (Baeza *et al.*, 1998, pp. 18 y 19).

⁸ Según *The Economist* (2000), durante los dieciocho años de gobiernos conservadores el presupuesto del NHS se duplicó en términos reales.

⁹ Ya existía la contratación de la atención ambulatoria con los médicos generales (General Practitioners, GP), después se introdujo la autonomía de los hospitales para funcionar bajo contrato del sistema público de salud, lo cual dió paso a la agrupación de prestadores en "trusts". Sobre la reforma del sistema inglés, ver Ferlie *et al.* (1996), Walsh (1995), Bach (1999) y Winchester y Bach (1999). Un tratamiento detallado del proceso político en Porter (1999), pp. 236-259.

sanciones, las diferencias de remuneraciones respecto del mercado precisamente incentivan tales comportamientos.

2. Dimensiones organizativas asociadas al compromiso

Los compromisos de gestión se introdujeron en 1995, con la pretensión de asignar y transferir recursos a las entidades prestadoras, según un acuerdo anual de servicios a brindar, que establecía indicadores de desempeño, en una perspectiva que cubría las áreas programática, financiera, de recursos humanos e inversiones. Los compromisos de gestión entre el nivel central y los Servicios de salud promueven que estas entidades, a su vez, establezcan compromisos con los hospitales públicos y las municipalidades con los cuales se relacionan.¹⁰

Los compromisos debían contribuir a profundizar la distinción de las funciones reguladora, financiera y proveedora del sector público, y a fomentar una relativa oposición de intereses entre las respectivas instancias a cargo. Se trataba de concentrar la función prestadora en los Servicios de salud y en los hospitales y municipalidades con ellos vinculados, y de eliminarla del Ministerio; la persistencia de la función prestadora en el Ministerio de Salud ha sido señalada como un obstáculo importante de la reestructuración del sector salud.¹¹

Tradicionalmente, los Servicios de salud y cada instancia específica del nivel central generaban acuerdos bilaterales, formales e informales, lo cual acarreaba descoordinación, duplicaciones y contraposiciones, e insumía importantes recursos para efectuar tareas de "lobby". Los compromisos se establecieron también con el objetivo de cumplir un papel ordenador, al sintetizar la multiplicidad de relaciones que se daban entre el Ministerio y los Servicios de salud en un solo documento, que ordena y explícita las reglas del juego.

Visto en perspectiva, se observa que el ordenamiento que se ha logrado en esos términos con los compromisos ha sido gradual. Por ejemplo, al mantener el Ministerio funciones prestadoras, ello tuvo importantes consecuencias para la concepción inicial de los contratos, al condicionar una estructuración atomizada de los compromisos y de su evaluación, aspectos éstos que se han ido superando con el tiempo.

Es así como los contratos de gestión de 1995 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 los indicadores correspondientes posteriormente se analizaban 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.¹²

Las singularidades del sistema de salud y de la reforma han hecho del Fondo Nacional de Salud (FONASA) un importante protagonista de la separación de funciones, que ha visto consolidadas sus funciones aseguradora y compradora. Para definir las atribuciones respectivas de FONASA y del Ministerio de Salud, la compra de los bienes públicos estaría a cargo del Ministerio de Salud y la de los bienes asegurables está a cargo de FONASA.

La función de compra actualmente sigue siendo una función "teórica" dentro del sistema de salud. Con excepción de casos particulares y de limitado impacto en términos del presupuesto

¹⁰ Existen compromisos de gestión entre otras instancias en el sector salud. Como los compromisos con los servicios de salud representan el grueso del gasto en salud nos referiremos en adelante exclusivamente a estos contratos.

¹¹ Entrevista con César Oyarzo, ex-Director del FONASA, 22.8.1997

¹² Entrevista con Pedro Croco, entonces Director de la Unidad de gestión del Ministerio de Salud, 3.9.1997.

global, tales como los programas de prestaciones complejas o de oportunidad de la atención, los precios constituyen aún en lo fundamental únicamente un sistema de referencia¹³ y, por lo tanto, no son precios negociados o administrados que estén determinados por los términos del contrato del cuasimercado. Con los compromisos de gestión debiera llegarse en el futuro a transformar los resultados concretos y el desempeño en el núcleo de la asignación del financiamiento, y a determinar las metas de crecimiento.

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 exclusivo se daba entre el nivel central y los servicios de salud individualmente. A tal fin, el FONASA se ha constituido en un intermediario entre los servicios y se ha reestructurado en cinco zonas que abarcan varios servicios, para articular la red en las regiones. Se han creado "mesas" regionales, que le dan seguimiento a los compromisos.¹⁴ Por otra parte, en los compromisos de 1998 se contemplan actividades para fortalecer el Programa de oportunidad de la atención en la atención primaria y para reforzar programas de articulación de la atención primaria en comunas rurales.

3. Algunos rasgos de los compromisos de gestión

Si bien los indicadores de los compromisos de gestión chilenos cubren los tres niveles de atención, ellos enfatizan la atención primaria y preventiva. Las metas acordadas se expresan fundamentalmente en índices de actividad y en metas de cobertura.

Se ha avanzado en la mejora de sus indicadores sanitarios, 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 sus objetivos y metas. Las discusiones en el país han girado fundamentalmente en torno a los lineamientos de las políticas y marginalmente en torno a la gestión. Por ejemplo cuando se pactan ciertos ajustes con los directores de los servicios, generalmente vinculados con remuneraciones, tampoco el ajuste acordado se aprovecha para solicitar medidas en el plano de la gestión cuyo cumplimiento se verifique. En ese sentido, la ejecución -que en sentido estricto constituye el núcleo de la gestión- ha quedado en lo fundamental al libre albedrío de los Servicios, ya que este aspecto no ha sido integrado plenamente en los compromisos.¹⁵

Por otra parte, es fundamental considerar el status que tienen los temas de gestión propiamente tales dentro de los compromisos y la inclusión, en ese sentido, de objetivos organizativos o de productos intermedios a ser comprados. 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, aún en 1997 hay un fuerte énfasis

¹³ "Yo creo que los precios hoy día son míticos en el sentido de que son un sistema de referencia y eso es importante desde el punto de vista dinámico de la asignación, *porque en base a los precios sí se asigna la expansión, pero no tienen ningún peso específico respecto de la distribución del presupuesto histórico, sino como sistema de referencia.* A ningún servicio se le ha quitado ni un peso en base al sistema de brechas de equidad. *Han recibido los pesos que siempre han recibido,* de tal manera que a mí me da la impresión de que mucho de la discusión a nivel de los servicios es buscar un culpable, entonces se han encontrado que el mejor culpable en este sistema de subsidios a la oferta, son los precios. Porque además los fijamos nosotros. *Nosotros lo que fijamos son precios de un sistema de referencia, pero que no tienen un impacto presupuestario en el 95% de las platas que manejan los servicios.* ¿Dónde tienen impacto? En el margen, entonces en el margen podemos discutir. Pero justamente en el margen, es donde no se cuestionan los precios. Nadie discute los márgenes en el Programa de las Prestaciones Complejas, nadie los cuestiona en el Programa de Oportunidad de la Atención, nadie lo cuestiona en el Programa del Adulto Mayor. ¿Dónde lo cuestionan?. En donde hoy día no funcionan los precios. De tal manera que yo creo que la discusión ahí es más un volador de luces". Rony Lenz, en Chile, Ministerio de Salud, 1998b, pp. 193 y 194, destacados nuestros.

¹⁴ Entrevista con Rony Lenz, entonces Director del FONASA, 26.5.1998.

¹⁵ Este derrotero de los compromisos fue expuesto por Rony Lenz en la entrevista ya citada. Sus referencias sobre la debilidad que tienen los compromisos en términos de la gestión se dieron como respuesta a nuestro planteamiento crítico sobre el punto en la entrevista, con el cual coincidió.

en la realización de determinadas acciones en salud vinculadas con índices de actividad. En términos de la gestión, destacan en 1997 las actividades relacionadas con la reducción de las listas de espera. En 1998 se amplían los aspectos relacionados con la gestión al estipular: que se introduzca la elaboración y ejecución de un proyecto de modernización de un establecimiento hospitalario y de un proyecto de innovación en la calidad de atención al usuario; la aplicación de instrumentos de consulta al usuario; la aplicación de una metodología para medir el rendimiento de los recursos humanos; la elaboración de un diagnóstico y plan de desarrollo hospitalario que identifique brechas de gestión y sirva de base al Servicio de salud para establecer compromisos de gestión con el sistema hospitalario.

La débil integración de los aspectos netamente de gestión en los compromisos tiene consecuencias importantes. No en vano hasta se ha afirmado taxativamente que " Si uno revisa los cambios en materia administrativa en nuestro país, la verdad es que no se ha hecho prácticamente nada", o que respecto de "cambiar la relación con los establecimientos, como una forma de modernizar el sector... no hemos hecho nada en ese terreno" (Salinas, 1998, p.234). O bien que el sistema chileno tiene de todo: un poquito de reforma financiera; un poquito de reforma programática; un mínimo de reforma administrativa, pero la administrativa provocó la reacción de los gremios y otros actores. Entonces existe una asimetría clara al momento de reformar el sector. Frente a esta situación, debemos reconocer que existe una serie de iniciativas que se frenan tan rápido como se generan (*Ib.*, p.238).

Consideremos en este contexto, por ejemplo, que 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 percibido como una amenaza; pero colapsó cuando se quiso introducir de forma masiva, porque la diversidad de condiciones de partida y las condiciones de información la hicieron inviable. De allí que su uso se haya localizado en temas concretos, como prestaciones complejas y oportunidad de la atención; hay avances, porque actualmente la idea de "paquete" no es un concepto que suscite resistencias, y ya no se piensa en prestaciones aisladas.¹⁶ Justamente experiencias como ésta, evidencian la relevancia de consolidar el ámbito de gestión en la modernización del sector salud chileno, sea mediante los contratos con los servicios de salud u otras formas. En el ámbito de los PADs podría avanzarse, desde el punto de vista de la gestión, con el apoyo de procesos tales como la vigencia de protocolos clínicos acordada en el marco de los contratos.

El modelo de compromisos implantado hasta ahora en Chile privilegia en lo fundamental el cumplimiento de tareas, especificadas en metas y coberturas. El número de indicadores relacionados con aquello ha ido creciendo notablemente, lo cual dificulta una adecuada evaluación de los compromisos, representa altísimos costos de transacción para cumplir con la formalidad y más aún si efectivamente se cumple con su evaluación, y cimenta un uso ritualista de los mismos.

Ha sido marginal el interés por introducir o mejorar sistemas de información, hacer vigentes y optimizar procesos que no venían funcionando adecuadamente o bien, por desarrollar nuevos procesos que permitan conocer y sistematizar la prestación de servicios y dilucidar aspectos específicos de su eficacia. Los procesos organizativos no han tenido una presencia relevante y la mejora de los registros como instrumento para fortalecer la capacidad gerencial no ha sido considerada.

¹⁶ Esta trayectoria de los PADs nos fue planteada por Rony Lenz, en entrevista citada.

4. Por una adecuada integración de los compromisos en la reforma

Ya se han sistematizado algunos de los obstáculos principales con que ha topado la reforma. En el área de política arancelaria y de costos se destaca que la información base en los hospitales era deficiente; en el programa de patologías complejas, la ausencia de una red nacional de derivación explícita.

En esos ámbitos, por ejemplo, los compromisos de gestión podrían cumplir un papel. Quizá no resulta arriesgado opinar que la débil integración de los aspectos de gestión en los compromisos limita el impacto que los contratos tienen en la reforma sectorial, al coartar interacciones beneficiosas con otros aspectos de la reforma. Están pendientes modificaciones que permitan relaciones más eficientes con los otros componentes de la reforma. La débil integración de los aspectos netamente de gestión en los contratos limita su impacto, al coartar interacciones beneficiosas con otros aspectos de la reforma, fundamentalmente en tres aspectos (Sojo, 1999a):

- en el financiero, para avanzar hacia precios administrados: la función de compra es hoy estrictamente una función "teórica". Con excepción de casos particulares y de limitado impacto en términos del presupuesto global, tales como los programas de prestaciones complejas o de oportunidad de la atención, los precios en lo fundamental constituyen únicamente un sistema de referencia;
- permitiendo la apropiación de información relevante sobre la calidad y los costos de la atención, mediante introducción de procesos tales como el uso de protocolos clínicos y de nuevos sistemas de registro;
- implantando criterios de eficiencia y efectividad en el ámbito de la decisión clínica.

En síntesis, los compromisos de gestión pueden apuntalar la reforma del sector salud en varios aspectos: crear condiciones de información que coadyuven a ampliar el uso de los PADs; difusión del registro de prestaciones médicas; vigencia y actualización del sistema de información gerencial y de monitoreo (SIGMO). También para apoyar los esfuerzos de estandarización en el ámbito clínico, apoyar los esfuerzos de medición de calidad; mejorar la información base hospitalaria para la política arancelaria y de costos, y en el ámbito de patologías complejas, contribuir a explicitar una red nacional de derivación. Para fortalecer sus interacciones con otros aspectos e instrumentos de la reforma del sector salud es fundamental que los compromisos de gestión den un espacio relevante a la modificaciones de la ejecución, en aras de lograr mayor equidad, eficiencia y eficacia en el uso de los recursos.

Una metáfora que fue usada en la discusión sobre equidad es útil también, a nuestro juicio, para fundamentar la necesidad de estrechar las relaciones de los compromisos con otros ámbitos reformistas. Se decía que el financiamiento, que es un componente líquido y móvil, tipo "software", se coloca en un *hardware*, que es la red del sistema de servicios de salud, razón por la cual la distribución del financiamiento no se puede generar independientemente de cómo está estructurado la oferta de servicios (Lenz, en Chile, Ministerio de salud, 1998b, p.192). En ese sentido, fortalecer aspectos netamente de gestión de los compromisos puede contribuir a modificar la manera en que se estructura la oferta de servicios en aras de los objetivos globales de la reforma.

En otro ámbito de discusiones se ha planteado la utilidad de las guías de práctica clínica que, con base en evidencias científicas, establecen recomendaciones respecto de cuál es la asistencia más apropiada en circunstancias clínicas específicas y reducidas, y que cuestionan la inmensa variación existente en la clínica cotidiana. La evaluación científica de la efectividad real de las prestaciones requiere información respecto de las prestaciones efectivas para juzgarla (Ramírez *et al.*, 1998, pp.62-68). Por ejemplo en este caso, si el comprador estimara conveniente incorporar la evidencia al

proceso de toma de decisiones y a las evaluaciones de calidad en términos de evaluación de estructuras, procesos y desenlaces (*outcomes*), ello puede ser incorporado en los compromisos de gestión, integrando nuevos procesos, como la elaboración de guías clínicas y su uso por parte de los prestadores.

Es fundamental establecer sistemas de información en numerosos niveles que debieran permitir tanto al financiador-comprador como al prestador conocer cómo se realiza efectivamente la prestación de servicios; tener elementos de juicio para un diagnóstico sobre la eficiencia y eficacia del uso de los recursos y para modificar los procesos de gestión y prestaciones pertinentes; elaborar algunos indicadores de eficiencia y eficacia. El desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad ocupa un sitio preponderante.

Hay diversos procesos que permiten evaluar la efectividad comparativa de las prestaciones y recabar información al respecto. Algunos procesos como los protocolos clínicos, coadyuvan potencialmente por sí mismos a la reestructuración institucional, ya que implican sendas modificaciones de los procesos de trabajo. Instaurar protocolos clínicos implica exigencias técnicas y acuerdos respecto de cómo registrar los procedimientos, para aspirar a su estandarización e implica someter a escrutinio el modo cómo se efectúan las prestaciones, para determinar su eficiencia técnica, clínica y de gestión.

La inclusión de procesos en los contratos tiene una ventaja adicional, con impacto en la discusión que ha tenido lugar en Chile sobre la productividad de las prestaciones públicas de salud (Sojo, 1996 y 1999a). Los productos que provee el Estado generalmente son complejos y poco estandarizados, lo cual dificulta resumir las variaciones de eficiencia y eficacia en indicadores sintéticos únicos, y hace conveniente utilizar métodos de evaluación complejos y con criterios múltiples (Gadrey, 1996, p.219). Los contratos implican un esfuerzo por especificar el producto, y considerando la complejidad de éste, conviene que contemplen variados aspectos que inciden en la productividad, tales como procesos.

Otros aspectos de los compromisos hablan a favor de su modificación y de su interacción con otros aspectos de la reforma. Los compromisos tienen metas en cuanto al uso eficiente de recursos, tales como la reducción de las listas de espera en especialidades, el mejor uso de la capacidad instalada -ej., de los quirófanos- y la reducción del ausentismo de los médicos.

La significativa reducción del ausentismo es una de las metas más difíciles de lograr si se acude exclusiva o primordialmente al compromiso de gestión, y en ausencia de modificaciones sustanciales de las formas de contratación y de remuneración del personal (Sojo, 1996). Es así como la reducción de las tasas de ausentismo por licencias curativas en 1996 -primer año en que se pactó- fue significativa sólo en algunos Servicios de salud; en otros incluso se elevó. Esa tendencia se repitió en términos generales en el siguiente año y con reducciones menores como era previsible; además, en los Servicios individuales las reducciones no necesariamente se han mantenido.

Por otra parte, llama la atención la dificultad para capitalizar en forma sostenida las reducciones logradas en las listas de espera en especialidades. Por su orientación, el programa no se materializó en forma sostenida, no condujo al desarrollo de mecanismos que mejoraran la eficiencia productiva y el uso eficiente de los recursos (Sanhueza y Jarpa, 1998, p.114). De nuevo, un aspecto que evidencia la debilidad de integración de los aspectos de gestión en los compromisos.

Debe llamarse la atención sobre el hecho de que diversas determinaciones políticas en torno a los compromisos de gestión condicionan que ellos, por sí solos, no sean garantes de gobernabilidad dentro del sistema de salud: a tal fin, es crucial la fortaleza de los sistemas de incentivos y la regulación en materia de entrada y de permanencia en el sistema. Un ejemplo impresionista 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.¹⁷

El otro eje es el incremento de la productividad de los recursos humanos, para lo cual se pretende modificar las modalidades de contratación y remuneración vigentes. El proyecto de ley presentado hace algunos años al Congreso tenía como objetivo en el caso de los profesionales de los Servicios de Salud, entre otras cosas: flexibilizar y descentralizar significativamente la conformación de las plantas; sumar a la antigüedad de la carrera funcionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y la eficacia; promover la asignación de responsabilidades individuales y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el desempeño institucional; condicionar a concursos la permanencia en el sistema.

Sin embargo, se requiere cautela y sentido de las prioridades para dar este giro en los compromisos. Por una parte está pendiente que la adecuada articulación y consolidación de la función de compra se traduzca en una simplificación y notable reducción de los indicadores relacionados con el cumplimiento de tareas que se especifican en metas y coberturas. El número de indicadores relacionados con aquello ha ido creciendo notablemente, lo cual dificulta una adecuada evaluación de los compromisos, representa altísimos costos de transacción para cumplir con la formalidad y más aún si efectivamente se cumple con su evaluación, y cimienta un uso ritualista de los mismos.

Por otra parte, si se opta por incluir algunos productos intermedios, algunos procesos y sistemas de información ello debiera hacerse en una forma muy selectiva y para un período de tiempo que consolide su puesta en práctica. En este caso, cabe también afirmar que los compromisos no deben confundirse con una planificación por objetivos.

¹⁷ Entrevista citada con César Oyarzo.

V. La reforma de gestión en un marco de competencia para la solidaridad y universalidad: Colombia y Argentina

Puede apreciarse que algunas de las reformas con mayor grado de avance en la región se han centrado en modificaciones de las modalidades de financiamiento, que tienen consecuencias directas e indirectas para las prestaciones públicas. Es válido afirmar que la ausencia de iniciativas en el campo de la gestión puede obstaculizar el pleno avance de la reforma en esas latitudes.

1. Colombia: vulnerabilidades en la gestión

En Colombia, la reforma pretende elevar la eficiencia y equidad mediante mecanismos financieros y una organización integral del sistema, pero son urgentes acciones destinadas a incrementar la eficiencia microeconómica de las acciones en salud, y a superar formas tradicionales de gestión y una débil integración vertical y horizontal de los niveles de atención.

Cuadro 1

COLOMBIA, SECTOR SALUD OFICIAL
DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES,
ANTES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

| Función | Nivel central o nacional | Nivel departamental | Nivel municipal | Hospital |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|----------|
| Financiamiento | +++ | --- | --- | --- |
| Rectoría, Vigilancia y Control | +++ | --- | --- | --- |
| Nombramiento de Directores | +++ | --- | --- | --- |
| Planeación e Inversión | +++ | --- | --- | --- |
| Definición Salarial | +++ | --- | --- | --- |
| Nombramiento y Remoción | +++ | --- | --- | --- |
| Compra de Insumos | +++ | --- | --- | --- |

Fuente: cuadro elaborado por Londoño et.al. (1999)

Cuadro 2

COLOMBIA, SECTOR SALUD OFICIAL
DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES,
DESPUÉS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

| Función | Nivel central o nacional | Nivel departamental | Nivel municipal | Hospital |
|--------------------------------|--------------------------|--|-----------------|----------|
| Financiamiento | ++ | ++ | ++ | + |
| Rectoría, Vigilancia y Control | +++ | + | + | --- |
| Nombramiento de Directores | --- | ++ (Niveles II y III) | ++ (Nivel I) | --- |
| Planeación e Inversión | --- | ++ | ++ | ++ |
| Definición Salarial | +++ | --- | --- | --- |
| Nombramiento y Remoción | --- | ++ (*) (en los servicios seccionales) | + (*) | + (*) |
| Compra de Insumos | + | ++ | ++ | +++ |

(*) Sujeto a leyes laborales y condicionado por convenciones colectivas.
 +++: Plena competencia y responsabilidad.
 ++: Competencia y responsabilidad compartidas.
 +: Mínimo espacio de competencias y responsabilidades.
 ---: Ausencia de competencia y responsabilidad.

Fuente: cuadro elaborado por Londoño et.al. (1999).

a) El modelo de salud

La reforma colombiana busca lograr la cobertura universal de la prestación de servicios, unificando el régimen de beneficios y obligaciones en salud. En un marco de descentralización del gasto, se ha implantado una competencia regulada entre aseguradores y prestadores en un sistema de seguridad social solidario: se distingue un régimen contributivo, que se nutre de las contribuciones obrero patronales, de un régimen subsidiado, focalizado para los más pobres.

El régimen contributivo es un sistema de protección unificado en torno al Fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), en el cual la unidad de pago por capitación (UPC), ajustada a sexo y grupos de edad, debe velar por el equilibrio de recursos y las condiciones de igualdad. Se insta de manera uniforme la cobertura del grupo familiar, y se extiende la obligatoriedad de la afiliación hacia todos los trabajadores independientes con capacidad contributiva.

Las entidades promotoras de salud (EPS), que concentran la función financiera y aseguradora, vertebran el sistema de prestaciones y cumplen un papel integrador. Son entidades públicas y privadas que, por delegación del Fondo, son responsables de la afiliación, del registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, y que organizan y garantizan a sus afiliados la prestación del POS, debiendo ofrecer opciones de prestadores. El plan es brindado por las diversas instituciones prestadoras, públicas y privadas, de servicios de salud (IPS). Las EPS están obligadas a contraer un reaseguro para cubrir riesgos catastróficos, que tiene vigencia tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

Las prestaciones están reguladas por un Plan obligatorio de salud (POS), que para los afiliados principales sería, como mínimo, el que tradicionalmente había brindado el Instituto de los seguros sociales (ISS), que estaba ya regulado, e incluye todos los servicios de salud, excepto la cirugía estética y la ortodoncia. La cobertura del POS se ha visto ampliada también por fallos judiciales.

Por su parte, el régimen subsidiado es un subsidio a la demanda, focalizado hacia la población de escasos recursos que no tiene plena capacidad de contribución. El FOSYGA aporta la mitad de su financiamiento y el resto, paritariamente, las municipalidades y departamentos, con base en una UPC, que recientemente también ha sido ajustada por riesgo. Está administrado –valga la redundancia– por las administradoras del régimen subsidiado (ARS), que, aunque pueden desarrollar una red propia de servicios, deben privilegiar la contratación de prestadores públicos o privados; las EPS pueden ser ARS. El plan obligatorio de salud subsidiado (POSS) debe ir convergiendo progresivamente hacia el POS, mediante una incorporación gradual de los niveles de complejidad de las prestaciones; en la práctica, la convergencia se ha hecho de manera selectiva, integrando algunas prestaciones de todos los niveles, e incluso de las más complejas, debido a la vigencia del reaseguro.¹⁸

Si nos atenemos a la definición inicial del término cuasimercado, la complejidad del sistema colombiano admite varios ámbitos de análisis: las relaciones de intercambio entre las EPS y las IPS; las unidades de capitación que rigen ambos regímenes de financiamiento, como precios administrados; la relación del FOSYGA con los entes aseguradores y prestadores y con las demás fuentes de financiamiento del sistema; la adecuación de las EPS en tanto representantes del poder comprador y de las IPS en tanto prestadores. De esta amplia gama de aspectos, seguidamente sistematizamos algunos aspectos de la gestión de los hospitales públicos, que evidencian el rango secundario que la gestión ha tenido en la reforma. Las debilidades en esta materia deben ser enfrentadas, porque conspiran contra el avance general de la reforma. Entre otras cosas, la eficiencia asociada con mejoras en ese ámbito podría contribuir a liberar recursos que son indispensables. Por ejemplo, para ampliar la cobertura: esta se ha estancado desde 1998, en razón de imposterables

¹⁸ Para un detalle de la evolución de la cobertura del POSS ver Jaramillo (2000).

ajustes macroeconómicos, del incremento del desempleo, de cuestionamientos del régimen subsidiado y de vacilaciones en el plano nacional y departamental (Jaramillo, 2000, p. 88).

b) Complejidades y complicaciones del financiamiento hospitalario

En 1993, la alambicada arquitectura de la reforma incluyó la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado (ESEs), figura jurídica que designa una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Así, el hospital se vincula con el poder territorial departamental y municipal, se reduce el poder nacional sobre el hospital público, y se generan nuevas tensiones entre esos tres niveles que repercuten en él.¹⁹ Esto en un proceso descentralizador sobre el cual se ha afirmado que adolece de una frecuente invasión sectorial de los espacios de autonomía territorial, mediante normas nacionales que definen detalladamente el uso de los recursos territoriales destinados a salud (Vargas y Sarmiento, 1998).

Cuadro 3
COLOMBIA
HOSPITALES CONVERTIDOS EN EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO - ESES
(a junio de 1998)

| Hospitales | Total | ESEs | % |
|--------------|------------|------------|-----------|
| Nivel III | 28 | 23 | 82 |
| Nivel II | 125 | 120 | 96 |
| Nivel I | 354 | 194 | 55 |
| Total | 507 | 337 | 66 |

Fuente: Ministerio de Salud, Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, incluido

El financiamiento de los hospitales públicos colombianos proviene de diversas fuentes, cuyas lógicas, mecanismos de acceso, criterios de asignación, régimen presupuestal y flujo de recursos, también, son distintos. Los recursos que se otorgan por presupuestos históricos provienen de los niveles nacional y territorial. Y para “colmo de la complejidad, una misma clase de recurso puede tener varias rutas de flujo: el situado fiscal,²⁰ por ejemplo, puede llegar al fondo seccional de salud y de allí saltar al hospital de primer nivel, en otro caso puede ir al fondo local de salud y de allí a un centro de salud, existe además la opción que por vía de la descentralización el situado llegue directamente al municipio” (Jaramillo, 2000, p.108).

El presupuesto de los hospitales se ha incrementado notablemente: entre 1993 y 1997, el nivel I se multiplicó 2.6 veces; el nivel II, 1.9 veces; y el III, 1.5 veces. La planta médica en los hospitales públicos se duplicó en los diez últimos años, y la escala salarial de los funcionarios públicos se triplicó en ese mismo período, siendo esta alza real mayor que la promedio de los empleados públicos (*Ib.*, pp. 45-46).

El situado fiscal sigue siendo su principal fuente de financiamiento y con estos recursos debe atenderse a la población vinculada, es decir, carente de aseguramiento y sin capacidad de pago, que debe ser atendida por los hospitales y la red asistencial pública. Los hospitales han presionado para conservar el financiamiento histórico y ello, unido a los serios déficits de algunos hospitales, provocó que la sustitución del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda se congelara por tres años. La transición, sin bases sólidas de información, tolera dobles pagos a los hospitales mediante la confluencia de subsidios de oferta y subsidios de demanda, y duplicaciones en el aseguramiento

¹⁹ Sobre la interacción entre la descentralización y la reforma de la salud ver interesantes y detallados planteamientos en Londoño et.al. (1999).

²⁰ El situado fiscal es el aporte de la nación, en este caso a los hospitales.

en ambos regímenes. Igualmente, los costos de la atención en muchos asegurados pueden estar siendo facturados por los hospitales públicos contra recursos vía oferta (Londoño *et al.*).

Por otra parte, están los recursos que genera la venta de servicios a poblaciones aseguradas, de manera que la capacidad de los hospitales para generar recursos propios y tener una efectiva autonomía financiera está condicionada parcialmente por esta variable que escapa a su control, a saber, la ampliación de la cobertura de aseguramiento de la población (*Ib.*, p.62). La venta de servicios ascendía en 1996 a una quinta parte de los ingresos de los hospitales y de esta, casi la mitad se hacía al régimen subsidiado (Jaramillo, 2000, p.101).

La transición en materia de descentralización municipal también complica el acceso de los hospitales a recursos y por tanto su desarrollo en tanto ESEs. En el caso de recursos vinculados con los municipios no certificados²¹, la cadena de financiamiento que proviene del situado fiscal al hospital y a sus proveedores es verdaderamente tortuosa: “deben pasar por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud, el Departamento y su Asamblea Departamental, el Municipio y su Consejo Municipal, la ARS y el hospital público, antes de pagar los servicios a un prestador o los insumos a un proveedor” (Londoño *et al.*, *op.cit.* pp.11 y 50). En ese sentido, los rezagos en el desarrollo organizativo de los municipios pueden inhibir el desarrollo de los hospitales como ESEs.

Se habla de cómo la complejidad de la asignación de recursos puede redundar en que se premie la pereza fiscal local asociada a que recursos fiscales de la nación transferidos al municipio finalmente no lleguen al sector salud (Jaramillo, *op.cit.*). O, por el contrario, se presentan fenómenos tales como problemas de oportunidad en el flujo de recursos que fuerzan al nivel territorial a endeudamiento con créditos puente para solventarlos.

Se han eliminado los llamados “auxilios”, es decir, aquellos contratos con el Estado para la atención de los pobres, que ocultaban transferencias incondicionales. Para atender a la población no asegurada, principalmente en Antioquia y Bogotá, se han establecido contratos entre los fondos territoriales de salud y los hospitales públicos y privados, que condicionan el financiamiento a incrementos efectivos de la productividad y eficiencia. Han conducido a experiencias exitosas, tales como la del Hospital El Tunal de Bogotá o del Hospital San Vicente de Paul en Medellín, a la bancarrota de instituciones como el hospital Lorencita Villegas, o bien a profundas reestructuraciones como la del San Juan de Dios en Bogotá (Londoño, *op.cit.*, pp.19 y 62). En este contexto, cabe también reflexionar sobre cómo la relativa indivisibilidad de la producción hospitalaria, por una parte, y la diversidad de las fuentes de financiamiento, por otra, han interactuado, y sobre cuándo y cómo ello constituyó un obstáculo para la transformación institucional y organizativa.

Aún no se ha solucionado debidamente el denominado pasivo prestacional, es decir, las enormes deudas que habían acumulado los hospitales públicos con sus empleados, debido a que no reservaban los montos destinados a previsión (*Ib.*, pp.23 pp.38 y 59). Además, la mora en el pago de los entes territoriales y aseguradores (EPS y ARS) ha provocado un déficit presupuestal en los hospitales, e iliquidez de un número importante de entidades de los niveles II y III. Lo insólito en el caso del pasivo creciente de las ARSs con los hospitales, es que se da en circunstancias en que ellas han tenido resultados superavitarios en el manejo del régimen subsidiado: en 1996, los recursos no ejecutados ascendieron al 60% (Jaramillo, 2000, p.104).

La situación de los hospitales evidencia una gran diversidad de sus estados financieros: sus balances en 1998 y 1999 muestran superávits, déficits o puntos de equilibrio. Para cubrir los déficits

²¹ Aunque la distinción ha tenido un carácter más discrecional, se trata de los municipios que al no reunir requisitos de desarrollo técnico, financiero e institucional para recibir transferencias automáticas, reciben las transferencias de manera condicionada, por medio de sus respectivos departamentos.

hospitalarios se han destinado incluso fondos del FOSYGA, de las subcuentas de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito y de la subcuenta de solidaridad (Londoño *et al.*, *op.cit.*).

La complejidad y multiplicidad de los productos ofrecidos en el marco de los establecimientos hospitalarios presenta retos para obtener indicadores sintéticos de *output* que puedan asociarse a estructuras de uso de recursos o de conjuntos de servicios, semejantes en cuanto a su complejidad, volumen e intensidad. Además, en los hospitales hay importantes grados de indivisibilidad de la producción. Por tanto, crear condiciones que faciliten especificar productos y establecer estándares y mediciones de desempeño se vuelve aún más difícil si existen fuentes atomizadas de financiamiento. En relación con la temática de la gestión, nos interesa destacar que tanto la complejidad como la diversidad del financiamiento de los hospitales públicos colombianos obstaculizan vincular la transferencia de medios al logro de determinados niveles de eficiencia y de logros de desempeño, y pueden debilitar extraordinariamente los incentivos que tengan ese sentido. Cuando tienen un carácter parcial aquellos mecanismos de pago basados en pagos prospectivos o el traspaso de recursos que está condicionado al logro de determinados estándares de desempeño, metas de actividad o de cobertura en el marco de un contrato, ya que otros recursos importantes se transfieren de manera automática o al menos no condicionada a objetivos de productividad semejantes, esas otras fuentes de financiamiento toleran o promueven la perpetuación de bolsones de ineficiencia que impiden dar un salto en materia de eficiencia y eficacia tanto debido a la relativa indivisibilidad de la producción hospitalaria, como a que se promueven inercias ajenas al desempeño en la cultura de la organización.

c) El déficit regulatorio como obstáculo al desempeño y a la eficacia global

La falta de transparencia y las imperfecciones de mercado en razón de la competencia imperfecta, los límites de la soberanía del consumidor, las asimetrías de información, los diversos mecanismos de exclusión, la atomización y las dificultades de asociación que enfrentan los consumidores, plantean con fuerza el tema regulatorio. La regulación de los servicios sociales ²² debe establecer parámetros y estándares relativos a gestión, acceso, costos, tarifas y calidad de los servicios, congruentes con los principios generales de la política social. Para que sea efectiva, debe contar con una capacidad de supervisión y sanción eficaz.

En el marco de la combinación pública privada, la regulación debe velar porque se establezcan condiciones de competencia, que creen incentivos para un desempeño eficiente y para el logro de equidad. Se trata de eliminar o regular obstáculos a la competencia, tales como el abuso de posición dominante, las distorsiones que puede provocar la integración vertical, y otras barreras a la entrada.

Respecto de la protección al usuario, la regulación debe velar por: la garantía de una cobertura efectiva y transparente, la calidad del servicio, el acceso a información veraz y oportuna, la capacidad de libre elección, la sanción de prácticas discriminatorias, la seguridad en el consumo, la garantía de reparación e indemnización.

En la participación privada en política social deben imperar buenas prácticas en cuanto a medición de rendimiento. En el ámbito de los servicios públicos financiados por el Estado o por cotizaciones obligatorias, y que son realizados por privados, si bien ello no puede regularse directamente, se debe promover indirectamente, en tanto se exige rendición de cuentas, cumplimiento de metas y eficiencia.

²² Estos planteamientos generales sobre regulación de los servicios sociales se proponen en CEPAL (2000).

En presencia de un modelo de salud de competencia regulada, son numerosos los ámbitos en que la regulación debe posibilitar y supervisar la operación eficiente y competitiva del mercado. En el caso colombiano, de acuerdo con los principios que guían el sistema de salud: universalidad, integralidad, descentralización, concertación, obligatoriedad, solidaridad, libre escogencia, gradualidad, eficiencia y calidad.²³ Pero en esos términos, se avizoran fenómenos que delatan debilidades en materia regulatoria que atentan contra una gestión eficiente y contra la equidad.

Al no existir normas claras, es así como han proliferado entidades aseguradoras que posiblemente no reúnen condiciones de eficiencia debido a sus características y deseconomías de escala: de 200 ARSs, tan sólo el 4% tiene una cobertura mayor a los 25000, el 84% tiene un número de afiliados entre los 5000 y los 25000, un 8% tiene menos de 5000. Su número, por sí solo, evidencia además altos costos de transacción (Londoño et al., *op.cit.*, p. 48). Este fenómeno recuerda la hipertrofia, ineficacia y encarecimiento de la intermediación en salud en Argentina asociadas, entre otros factores, a los altos costos administrativos y a la restricción de servicios de salud efectivos garantizados por las administradoras de cápitas (Sojo, 1997, p.47).

Hay claros indicios de abusos de posición dominante por parte de los entes aseguradores que hacen perentorio establecer reglas y sanciones. Así, se observa el “abuso por parte de algunos aseguradores, especialmente ARSs, que actúan realmente como intermediarios costosos, en lugar de como aseguradores valiosos; por ejemplo, se da el caso de ARSs que simplemente toman una fracción considerable de la UPC y trasladan enteramente el saldo a una segunda entidad intermediadora, la cual a su vez subcontrata con prestadores de servicios”. O bien, cuando no existen relaciones de competencia entre los aseguradores se evidencian, además de las demoras en los pagos, prácticas abusivas en cuanto a imposición de tarifas a aquellos hospitales que tienen débil capacidad negociadora. Las prácticas abusivas de las ARSs se han dado algunas veces en asocio con las autoridades municipales (Londoño et al., *op. cit.*, pp.23, 49 y 50; destacado nuestro).

Por su parte, el caso ya mencionado de los atrasos en pagos a hospitales incurridos por las entidades aseguradoras, tanto del régimen contributivo como del subsidiado llama la atención sobre un grave déficit en materia regulatoria, que provoca problemas al sistema hospitalario público, más allá de cualquier forma de desempeño.

Se critica además la débil capacidad regulatoria del Ministerio de salud en cuanto a normas generales que unifiquen la dinámica descentralizadora. Se afirma que no existen sólidos lineamientos y mínimos que respalden criterios a escala nacional para desarrollar contrataciones, normas de calidad de la información o gestión financiera. De allí que los entes territoriales adopten criterios de manera atomizada, por lo cual incluso se afirma que “antes que una reforma nacional, se puede plantear la existencia de múltiples reformas territoriales, con avances dispares y poco intercambio horizontal” (*Ib.*, p. 59).

Otra carencia regulatoria es el logro de equidad territorial en el acceso a la salud y de una adecuada integración vertical y horizontal de los niveles de atención, aspectos que están interrelacionados. La coordinación regional o territorial de la red de oferta de servicios está en manos de las direcciones regionales y municipales de salud, que deben velar por una buena resolución y relaciones complementarias entre los prestadores públicos y privados.

Sin embargo, se sobrestimó la capacidad de respuesta de la oferta privada prestadora y aseguradora en entidades territoriales de menor desarrollo y tamaño, fenómeno comprensible en economías con fuertes disparidades distributivas, donde el mercado genera una atracción natural de la oferta privada —especialmente la de calidad— hacia los sectores de altos ingresos (Ocampo, 1996). Ello unido a los problemas de las instituciones públicas ha llevado a graves y costosos desequilibrios en el afinamiento territorial de la oferta (Londoño et al., *op.cit.*, p. 63).

²³ Ver un desglose de los principios en Londoño et. al., *op.cit.*, p. 83.

También emergen desde ya las paradojas de un autofinanciamiento hospitalario librado a sí mismo, cuya superación requiere de regulaciones que bien pudieran estar insertas en instrumentos de gestión tales como los contratos. Experiencias como la de Cataluña o, más recientemente en la región, la de Costa Rica, demuestran la posibilidad de velar por la integración de los niveles de atención y de las redes de referencia y contrareferencia mediante los contratos con entidades públicas y con entidades privadas (Gallego, 1999, pp.55-57, 76-77; 265; Franch, 2000; Sojo, 1998, pp. 94 y 95). Sin embargo, en Colombia la reforma acusa un inexplicable descuido de los factores epidemiológicos, de la promoción de programas preventivos, de la integración de los niveles de atención y de la conformación de redes de referencia y contrareferencia asociadas con ella.

Es así como la reestructuración del hospital público no se pensó en relación con la oferta territorial, sino de manera aislada, razón por la cual el rango de servicios a brindar se dejó simplemente a criterio de los hospitales, cosa que la mayoría de ellos aún no ha llegado a definir explícitamente. Además, de manera análoga al sector privado, la necesidad de autofinanciamiento del hospital público parece propiciar barreras de acceso a prestaciones para sectores vulnerables que no son rentables. Los hospitales públicos, inclusive los del primer nivel, al buscar adaptarse al nuevo entorno, si bien desarrollaron instrumentos gerenciales tales como la facturación y consideraron variables de rentabilidad, sesgaron su gama de servicios y descuidaron el perfil epidemiológico como uno de los determinantes de su accionar, con lo cual programas preventivos tales como vacunaciones, detección precoz de patologías, atención integral de ciertas enfermedades han decaído sustancialmente. Estos factores, aunados a la segmentación de la vigilancia epidemiológica y a la fragmentación de los programas, llevaron a que las coberturas de vacunación contra BCG, DTP y polio disminuyeran precisamente en los años de la reforma, incluso hasta niveles considerados ineficaces (Londoño *et al.*, *op.cit.*, pp. 66, 70, 71).²⁴

Se muestran así algunos desafíos que deben ser atendidos en la descentralización. La denominada invasión sectorial de los espacios de autonomía territorial mediante normas nacionales que definen detalladamente el uso de los recursos (Vargas y Sarmiento, *op.cit.*) no ha garantizado, en este caso, una integralidad de los programas preventivos y una consistencia de la vigilancia epidemiológica con una perspectiva territorial y nacional.

Naturalmente hay excepciones, como el Departamento del Huila, donde se promovió una redistribución de las atenciones en los tres niveles hospitalarios, con un refuerzo del nivel I y una concentración de las atenciones más especializadas en los otros dos (Londoño *et al.*, *op.cit.*, p.54).

d) De las estrategias defensivas a la reforma de gestión

El estatus de las ESEs es ambiguo y tensado por dos racionalidades: pueden regirse por el derecho privado y recurrir a cláusulas de contratación de la administración pública. Cabe aclarar que en Colombia, la contratación acorde con el derecho privado permite convenciones colectivas de trabajo y el desarrollo concomitante de sindicatos, en tanto que los funcionarios públicos no pueden hacer convenciones colectivas.

El gerente y la Junta Directiva de una ESE pueden contratar personal no permanente, comprar insumos, e invertir en equipamiento, decidir sobre el uso de excedentes operacionales para nuevos desarrollos institucionales o para bonificaciones para el personal. Los excedentes se pueden usar para bonificaciones para empleados, para inversiones, o para subsidios cruzados entre sus servicios. La compra de insumos, de medicamentos o de servicios de técnicos puede hacerse de acuerdo con el régimen privado. No obstante, la ley autoriza a la entidad pública a usar cláusulas de

²⁴ Este sesgo se evidencia también en el crecimiento de los recursos humanos del sector salud. La tasa más alta es la de los odontólogos, que se duplica (52%), seguida de los médicos (47%), mientras que los promotores lo hacen en un 19% y los técnicos de saneamiento en un 18% (Londoño *et al.*, *op. cit.*).

la contratación pública denominadas “exorbitantes”, las cuales permiten, por ejemplo, terminar unilateralmente los contratos.²⁵

El uso de la discrecionalidad en materia de contratación para enfrentar un marco de rigideces ha llevado a que la mayoría de los nuevos empleos en los hospitales no sean permanentes: la mayor parte de los nuevos empleos son por contratos temporales, solo un 18% de los nuevos empleos son de planta, lo cual ha dado lugar al término “planta paralela” de las instituciones, que ascendió de 3000 a 10000 y permite un manejo flexible del personal (*Ib.*, pp. 23 y 43).

Por su parte, la flexibilidad en materia laboral de los funcionarios está acotada por el hecho de que la planta de personal continúa contratada bajo las categorías de empleados públicos y trabajadores oficiales conforme con el régimen público de selección, nombramiento y contratación, regida por las leyes laborales vigentes y convenciones colectivas con altos beneficios extralegales. La legislación laboral es bastante inflexible y los incrementos salariales los pacta el gobierno central a escala nacional para todo el personal de planta en los hospitales y centros asistenciales (*Ib.*, pp. 17-19, 60-66 y 88-90).

En casos exitosos de reorganización hospitalaria, tal como los de Antioquia, emergen tres factores cruciales: flexibilización oportuna de las plantas de personal, que permite racionalizar estos gastos; fortalecimiento del liderazgo y de la capacidad de gestión de los equipos directivos; un entorno en el cual se ha fortalecido el aseguramiento (*Ib.*, p. 65).

La reforma organizativa de los hospitales públicos, tendiente a modificar la estructura tradicional de incentivos, mediante experiencias piloto tales como las del Hospital Garcés Navas, el Hospital El Tunal y la Clínica del Niño Jorge Bejarano contempla entre los instrumentos: el uso de contratos; nuevos mecanismos de “accountability”; mayor autonomía en aspectos financieros y administrativos, tales como la adquisición de insumos y en la contratación de personal; posibilidad de retener ahorros de eficiencia y de canalizarlos a bonos de productividad; introducción de sistemas de información para monitorear desempeño y productividad; uso de encuestas para medir satisfacción de los usuarios; modificaciones de la composición de la planta del hospital y de sus jornadas; introducción de sistemas de facturación. Hay fluctuaciones en los ingresos de estos hospitales debido a la relación con los compradores, o a las restricciones que impone el paquete básico de prestaciones para financiar servicios terciarios más sofisticados.

Se afirma que, con excepción de las experiencias piloto, ha habido poca innovación en las formas de contratación. No hay indicadores de desempeño generales sobre logros en eficiencia y equidad de los hospitales autónomos; no ha habido concertación al usar pagos prospectivos y presupuestos históricos; más del 60% de los municipios está bajo investigación por desviación y uso indebido de recursos destinados a salud (*Ib.*, pp. 50 y 59).

Cuando la solidaridad y universalidad se promueven en un marco de competencia, como en Colombia, la reforma de la gestión pública debe fomentar relaciones de efectiva competencia y complementariedad entre los sectores público y privado. La reforma de gestión puede posibilitar que el sector público compita en costos y en calidad, y contribuir a un mejor diseño de la combinación público-privada.

Hemos señalado que una apertura de los prestadores públicos a la competencia efectuada en ausencia de cambios en su gestión los puede dejar inermes ante el sector privado, y puede acarrear serias consecuencias tanto en términos de una desordenada liquidación de recursos públicos, como de equidad si se instauran barreras de acceso a prestaciones no rentables. Pero tampoco parecen convenientes estrategias defensivas y proteccionistas del sector público ante la competencia, que llevan a postergar o a suplantar impostergables reformas de gestión, como algunas adoptadas en el

²⁵ Esta información nos fue suministrada por Iván Jaramillo.

sector salud en Colombia, cuyo fracaso se ha hecho patente, y que se esbozan seguidamente. De allí que sea perentorio sistematizar los aspectos positivos y negativos de las experiencias piloto para, al menos gradualmente, acometer la reforma de gestión del conjunto de la red hospitalaria.

Tal fue el caso del Instituto de los seguros sociales: para propiciar su adaptación a la competencia dentro del régimen contributivo, en lugar de impulsar al mismo tiempo una profunda reforma en materia de gestión que elevara la eficiencia y eficacia de su acción se adoptó, por el contrario, una estrategia fundamentalmente defensiva. Luego, se le otorgaron ciertas ventajas o privilegios protectores: reunir las funciones aseguradora y prestadora; no exigencia del cobro de copagos; autorización para brindar un plan ampliado de beneficios, sin que se aplicaran los períodos de carencias²⁶ establecidos por la ley (*Ib.*, p. 47). Sin embargo, el ISS ha presentado déficits y deterioros patrimoniales y debido a la magnitud de su crisis, desde mediados de 1998 le fueron prohibidas nuevas afiliaciones.

Por otra parte, para dar mayor garantía y protección a la red pública y hacer más atractivo prestar servicios de salud a los más pobres, la ley 344 de 1996 estableció que las ARSs debían contratar un mínimo obligatorio con los hospitales públicos, equivalente al 40% de los recursos del régimen subsidiado. En algunas regiones del país, se ha dado un rechazo de los hospitales o bien de sus sindicatos a convertirse en ESE y a renunciar al financiamiento por presupuesto histórico y se ha presionado por atar el régimen subsidiado a la red hospitalaria pública. Los hospitales del nivel I han sido los más reticentes a la transformación legal en ESEs (Cuadro 3). La congelación de la transformación de los subsidios a la demanda se hizo como respuesta a la iliquidez de algunos hospitales públicos (Jaramillo, 2000, pp.37, 38, 58).

A fines del 98 se estimaba que un tercio de de los hospitales de alta y mediana complejidad mostraba reticencias a la modernización. No habían adoptado su estructura orgánica al nuevo marco legal y, en muchos casos, estaban a cargo de direcciones interinas que, por su carácter inestable, no podían garantizar un proceso de transformación y mejoramiento. Y así, instituciones hospitalarias han debido cerrar, agobiadas por antiguas estructuras inflexibles y altamente ineficientes que les impiden insertarse en el nuevo modelo y otras, como se han visto ante la posibilidad de ser liquidadas, han presionado por incrementos de recursos independientemente de su productividad (Londoño *et.al.*, pp. 49 y 64).

Hay que resaltar también aquellos cambios de gestión que son importantes para apuntalar otros aspectos de la reforma. Por ejemplo, para afinar el costo de las unidades de capitación y avanzar en los precios negociados, es indispensable desarrollar registros fiables sobre actividad, costos y calidad y sistemas de facturación que fortalezcan la capacidad gerencial. Los sistemas de información en numerosos niveles deben permitir conocer cómo se realiza efectivamente la prestación de servicios; tener elementos de juicio para un diagnóstico sobre la eficiencia y eficacia del uso de los recursos y para modificar los procesos y las prestaciones. Es fundamental contemplar instrumentos, indicadores o actividades destinadas a medir costos, que permitan avanzar directamente en la medición del desempeño financiero y económico, y en imputar costos a los productos (Sojo, 1998).

Estos retos, sin embargo, son posibles de asumir en la medida que se logren consensos. En este ámbito pueden realizarse afirmaciones análogas a las realizadas respecto de la descentralización en Colombia, en cuanto a reconocerla como realidad política para lograr consensos en torno a la solución de los nuevos retos y problemas, ya que la fragmentación de responsabilidades entre los diferentes niveles gubernamentales o la complejidad o confusión de la

²⁶ Al contraer inicialmente un aseguramiento, existen los períodos de carencia, que establecen una cotización mínima previa al derecho a demandar ciertos servicios y beneficios, y durante los cuales no se puede gozar de ellos. Se establecen a fin de promover y garantizar la estabilidad de las cotizaciones.

normativa que rige el proceso descentralizador, han sido, a menudo, el producto de negociaciones mal pactadas o precarias entre intereses contrapuestos que son afectados (Chiappe, 1999, p.3).

2. Argentina: el gran abanico de la descentralización hospitalaria

a) Espíritu e instrumentos de la reforma hospitalaria

En Argentina se impulsa la autogestión hospitalaria para elevar la eficiencia, con importantes retos dados por un contexto de sobredimensionamiento de las estructuras hospitalarias, de existencia de subsidios cruzados hacia las obras sociales, de sistemas de referencia y contrareferencia inadecuados, de arraigadas prácticas tradicionales de gestión, y de indefiniciones respecto de cómo financiar funciones tales como las docentes en el marco de la autogestión (Sojo, 1997; Tafani, 1997).

En 1993, un decreto instauró el marco jurídico general para la autonomía hospitalaria. El espíritu de la reforma concibe al hospital público de autogestión dentro de un sistema de redes de servicios de salud centradas en el hospital, que deben articular y coordinar los servicios de salud de los prestadores públicos y privados en un sistema de cobertura universal y obligatoria, con una estructura pluralista, participativa y de administración descentralizada. Se estableció que las obras sociales debían pagar a los hospitales los servicios recibidos por sus beneficiarios, y un mecanismo para deducirles automáticamente de las transferencias que reciben por concepto de cotizaciones aquellas deudas que contrajeran con los hospitales.

La idea de la participación pluralista está presente en la conformación de los directorios. Por ejemplo, en el caso de una aseguradora pública como el Instituto del Seguro Provincial de Salud de Salta, el Directorio está integrado por un presidente y cinco directores. El Presidente es designado por el Poder Ejecutivo a propuesta del Ministerio de Salud Pública. Los directores se nombran para representar respectivamente a los prestadores públicos, a los prestadores privados, a las obras sociales con mayor cantidad de beneficiarios de la provincia, a los municipios con autonomía institucional y a los asegurados forzosos. El Ministerio propone al Ejecutivo los candidatos que ha seleccionado de las ternas propuestas por las entidades relacionadas. En ese mismo caso, también está presente en la conformación de la Comisión permanente de concertación, presidida por el Secretario de servicios de salud o su delegado, e integrada por representantes del directorio del Instituto del Seguro Provincial de Salud y de las entidades representativas mayoritarias de los prestadores en el ámbito provincial (Argentina, 1998b).

La separación de funciones se ha hecho de acuerdo a las realidades provinciales. Su regulación se concibe, en ciertos ámbitos, de una manera autónoma que puede involucrar los riesgos de una regulación fragmentaria y atomizada, carente de un marco normativo a escala nacional que respalde los criterios, lineamientos y estándares mínimos respecto de las relaciones de contratación entre aseguradores y prestadores, de la calidad de prestaciones, o de la gestión.

Por ejemplo, también en el caso de Salta, el directorio de la entidad aseguradora debe dictar las normas que regulen las distintas modalidades en sus relaciones contractuales con los prestadores e intervenir en la elaboración y actualización de los instrumentos utilizados para la regulación de efectores y prestadores. Y se pone en manos de la Comisión permanente de concertación, la elaboración de las normas, procedimientos y estándares de utilización a que debe ajustarse la prestación de servicios, y de las modalidades y valores retributivos. En este último ámbito, el papel de esta instancia pudiera introducir una inconveniente confusión en la separación de las funciones

financiera y prestadora, ya que se confunde la concertación en torno a estos temas con su regulación, potestad que debiera permanecer en manos de la entidad compradora.²⁷

La reforma de gestión contempla mejoras de procesos, tales como la implantación de un registro único de salud (RUS) en el caso de Mendoza, base de datos que debe permitir identificar la población atendida, entregar a cada cual una credencial que lo vincula con los centros médicos pertinentes y mantener su historia clínica actualizada. También, en ese caso, la elevación de los estándares de calidad mediante las Cartas de compromiso con el ciudadano, que difunden el tipo de prestaciones y estándares de calidad (Neirotti, 1999).

Como elementos que han favorecido tanto los consensos en torno a la reforma hospitalaria entre actores influyentes, como el entrenamiento de los profesionales involucrados en la reforma de gestión, se mencionan las tempranas actividades formativas sobre la reforma hospitalaria y de las obras sociales.²⁸ También el desarrollo de experiencias piloto con un fuerte apoyo en términos de desarrollo organizativo en Buenos Aires y en las provincias de Buenos Aires y Mendoza y, con menor intensidad, en otros lugares (Abrantes, 2000, p.17).²⁹

Los hospitales que se acogen al régimen de autogestión pueden establecer contratos con aseguradores, y con prestadores para servicios que no proveen. Dentro de la planta de personal pueden designar, promover y transferir personal; ejercer ciertos controles sobre su plan operativo y presupuesto anual. Pueden vender servicios, cobrar copagos según grupos de ingreso y disponer de estos ingresos, al igual que de aquellos pagados por las obras sociales, para incentivos a la productividad del personal, inversiones o mantenimiento. Se está ensayando el financiamiento independiente de las funciones de entrenamiento y de educación realizadas por los hospitales.

b) Los contratos de gestión de los hospitales

Los contratos de gestión para el financiamiento hospitalario, que deben sustituir al financiamiento por presupuestos históricos, se están implantando gradualmente desde 1998, con características de “ficción jurídica”, para posibilitar el aprendizaje. Debido a la descentralización, los hospitales ya pertenecían a las provincias y a algunas municipalidades. Por ello, la autogestión hospitalaria ha adquirido matices de uno a otro lugar, y no se implantó un modelo único de contrato de gestión: se desea adaptarlos a cada realidad provincial, según la organización de la separación de funciones propia de cada una (Sánchez de León, 1998, p.50).³⁰

Por ejemplo, la perspectiva de cambio es más radical en Salta, ya que el contrato debe coadyuvar a transformar la modalidad de asignación de recursos hacia lo que en Chile y Colombia se ha denominado subsidio a la demanda, es decir, hacia financiar la demanda de la población que es cubierta por el Estado. Mientras que en La Pampa, el énfasis se ha puesto en los incentivos económicos que podían redistribuirse en el hospital de autogestión a partir de la facturación a las obras sociales. Y en Santa Fe, se trata de consolidar un modelo de descentralización que funciona desde hace varias décadas regulándolo con el contrato (PRESSAL, 1998, p.11). Dentro de cada provincia, se han elegido algunos hospitales para trabajar con contratos de gestión (*Ib.*, p.32).

Los contratos de gestión comprenden a veces metas bastante acotadas, con índices de actividad y eficiencia tales como promedio de días de estada, número de egresos, número de cirugías, y de calidad: días de estadía quirúrgica, tiempo de espera en prediagnóstico y laboratorios, conformación de comités de infecciones hospitalarias. En cuanto al personal,

²⁷ Es el caso del Proyecto de ley orgánica del Instituto del Seguro Provincial de Salud de Salta (Argentina, 1998b)

²⁸ Puede consultarse la documentación respectiva en <http://www.msal.gov.ar/pressal>

²⁹ Los hospitales piloto recibían un equipo de consultores en administración de hospitales residentes, que junto con la administración del hospital definían su misión y objetivos, desarrollaban un plan de mediano plazo y coordinaban consultorías cortas sobre temas específicos (*Ib.*).

³⁰ Ver algunos ejemplos de propuestas teóricas y de experiencias provinciales en PRESSAL (1998).

generalmente buscan disminuir el ausentismo e impulsar la capacitación (Argentina, 1998a; Neirotti, 1999; Abrantes y Dias Legaspe, 1999; Abrantes 2000).

Otros contratos, por su parte, contemplan un mayor espectro de aspectos relativos a la mejora de procesos y a la inserción en la red de prestadores, asemejándose a los complejos compromisos de gestión de Costa Rica. Es así como en el caso de La Pampa, con énfasis distintos en cada hospital, los contratos contemplan: cumplimiento de protocolos diagnósticos y terapéuticos; procedimientos de referencia y contrareferencia; capacidad de resolución de acuerdo a su nivel de complejidad; adecuación de las historias clínicas y del sistema de registros; consolidación de un médico orientador –suerte de gatekeeper-; mediciones de satisfacción del usuario; programas educativos hacia la comunidad; cumplimiento de programas preventivos (PRESSAL, 1998, p.40).

Los pobres sistemas de facturación se están mejorando. Se ha incrementado la recuperación de costos ante las aseguradoras, que permite ofrecer bonos al desempeño individual que, en algunos casos, pueden hasta duplicar el ingreso de los médicos. Al estar la reforma hospitalaria inserta en un marco de disciplina fiscal vinculado con los proyectos de reforma provincial, las provincias han coartado a los hospitales su autonomía financiera y la capacidad de contratar personal. El margen para los incentivos ha dependido esencialmente de las ganancias de eficiencia, de los ingresos por servicios prestados a las aseguradoras, de los copagos, y de las posibilidades de reducir la proporción de gastos en personal para crear holguras financieras (Abrantes, 2000).

Como se ha destacado, financiar el sistema de incentivos a partir de lo que se factura y cobra en seguridad social, aunque inicialmente puede alentar la producción, es un esquema que tiene implícito un incentivo de selección adversa contra la población no asegurada, lo cual revela la importancia en aras de la equidad de diseñar presupuestos con componentes flexibles destinados a los incentivos (PRESSAL, 1998, p.51). También se ha llamado la atención sobre el hecho de que, en ocasiones, los complementos salariales financiados con el cobro a los diferentes aseguradores no se han vinculado con incentivos al desempeño; por ejemplo en Mendoza, en 1998 se aplicaba para los profesionales y no profesionales y se excluía a los directivos, pero en un esquema de distribución de “más por lo mismo” (*Ib.*, p.38).

c) Los grados de autonomía hospitalaria

De acuerdo con los grados de autonomía, a grandes rasgos pueden distinguirse tres situaciones básicas en el territorio.³¹

En las provincias de Entre Ríos, Formosa, La Rioja, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán, la mayoría de los hospitales siguen siendo financiados por presupuestos históricos, y su autonomía es muy restringida.

Sin embargo, en Salta y San Juan, los hospitales tienen carácter de consorcios públicos (*trusts*), regidos por el derecho público y privado, con un manejo autónomo del personal y de los activos, y disposición sobre los recursos que generen. Se han establecido contratos de gestión entre los hospitales y las provincias y dentro de los hospitales; los contratos incluyen algunos indicadores de desempeño relativos a eficiencia y calidad del servicio. Los hospitales deben competir con otros prestadores públicos y privados, y la clientela es segmentada: los asegurados y quienes pagan los servicios por una parte, y los pobres no asegurados que reciben atención gratuita, por otra. Los directores tienen contratos a plazo fijo, independientes del ciclo político. Los ingresos propios pueden dedicarse a inversiones, mantenimiento e incentivos de desempeño para el personal. En Salta, Tucumán y San Juan, a partir del 2003, los pobres y los no asegurados deberán poder elegir entre proveedores públicos y privados.

³¹ Esta distinción es realizada por Abrantes (2000), pp.7-8; 14-21.

En una situación intermedia están los hospitales más importantes de Corrientes, Catamarca, La Pampa, Mendoza y Río Negro que, financiados por presupuestos históricos, tienen consejos administrativos y técnicos que nombran a los directores, y han adquirido grados de autonomía sobre los insumos no referentes a recursos humanos. Hasta un 80% de los ingresos por servicios a asegurados pueden retenerse para destinarlos a incentivos de desempeño, inversiones y mantenimiento. En materia de personal, si bien pueden promover empleados e incentivar jubilaciones anticipadas, no pueden contratar ni despedir empleados. Aunque los contratos tienen indicadores de desempeño, solo en Río Negro su cumplimiento se vincula con bonos al desempeño individual. Por su parte, en las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe, a pesar de contar con una legislación similar, la dinámica ha sido más lenta o inconsistente.

Por su parte, el Hospital Nacional Pediátrico Dr. Juan Garrahan de Buenos Aires, de tercer nivel de referencia, y el Hospital Clínico José de San Martín, hospital docente de la Universidad de Buenos Aires, son empresas públicas que tienen control total de sus presupuestos e ingresos propios, y responsabilidad total por las deudas que contraigan, aunque recientemente el San Martín logró que se le financiara una significativa deuda acumulada. Ambos destacan por los ingresos propios que están logrando para inversión y mantenimiento, que ascienden a casi un tercio de sus presupuestos.

VI. Compromisos de gestión en un escenario eminentemente público: Costa Rica

Cuando el Estado sigue siendo el prestador fundamental de servicios, la reforma de gestión tiene como fin optimizar el uso de los recursos. De ser exitosa, al elevar la productividad del sector público y su eficacia, debieran disminuir las presiones hacia el aumento del gasto social en salud en el marco de la transición epidemiológica. En este caso, su objetivo es mejorar la eficiencia y competitividad de las instituciones públicas que prestan servicios de salud. Entre otros aspectos, en este caso, puede promoverse la formación de cuasimercados mediante precios negociados o administrados y un contribuir a promover promover contrato entre comprador y prestadores.

En el marco de una avanzada transición epidemiológica y demográfica, Costa Rica, país que ha logrado una efectiva cobertura universal en salud de la población mediante un sistema de salud público solidario, ambiciona mejorar la eficiencia y eficacia de las instituciones públicas que prestan servicios de salud. La reforma tiene como eje la introducción de compromisos de gestión, y se ha ejecutado en forma gradual desde 1996, cuando se logró un efectivo deslinde de competencias entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que permitió superar viejos conflictos. El Ministerio de Salud quedó a cargo de la función rectora del sector salud, en tanto que la CCSS, entidad a cargo del aseguramiento, que a lo largo de su historia venía asumiendo crecientemente la función prestadora, asumió todas las actividades operativas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y, con ello, las acciones de atención primaria que tradicionalmente había realizado el Ministerio.

1. Objetivos e instrumentos

Se pretende superar el patrón implícito y explícito de gestión tradicional de la CCSS y su sistema de incentivos negativos subyacente: desigual oferta de servicios que ha respondido a la capacidad de presión de cada centro; indiferencia hacia la insatisfacción de los usuarios; agendas médicas que constituyen una suerte de mercado cautivo en manos de los especialistas; control administrativo del presupuesto y desconocimiento de los costos de los servicios; remuneraciones determinadas por la antigüedad y ausencia de evaluación del desempeño de los funcionarios; alto grado de ausentismo y de sustituciones e incapacidades; autoregulación de los profesionales en el ámbito de la gestión clínica.

Para mejorar la calidad y eficiencia de la prestación pública, se plantea una distinción y especialización de las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios en el propio seno de la CCSS, sin crear entidades exógenas. Desde 1997, ésta ha separado internamente sus funciones financiera y prestadora, y ha articulado una función compradora, que aún está en una etapa de gestación y de decantamiento respecto de la función financiera.

Es un cuasimercado orientado hacia adentro, y altamente regulado en términos internos, ya que el nivel central de la CCSS reúne los poderes recaudadores directos, de regulación, de fijación de reglas y de nombramiento de puestos claves. Pero implica fuertes negociaciones internas al respecto, ya que los acuerdos fundamentales son tomados en el marco de la Junta Directiva de la CCSS. La función compradora es monopsónica, ya que no se establecen micro o mesocompradores, en tanto que la función prestadora se desconcentra en una multiplicidad de entidades de la CCSS y de las cooperativas. Se establece un nuevo modelo de financiamiento, que tiene como principios rectores la solidaridad, la universalidad y la equidad. De manera gradual y selectiva se han implantado los compromisos de gestión con los hospitales y áreas de salud.

En 1997 se incorporaron 7 hospitales y 5 áreas de salud; en 1998, 14 áreas de salud, 4 cooperativas y 10 hospitales; en 1999, 34 áreas de salud, 21 hospitales y 6 cooperativas, y en el 2000 estarán incluidos todos los establecimientos, a saber, 90 áreas de salud, 29 hospitales y 6 cooperativas (Guzmán, 1999, p. 71). Los recursos destinados en la CCSS a la función de compra, sin embargo, no se han incrementado en el período de manera correlativa.

Para iniciar el cambio, se asumieron los presupuestos históricos, y con datos de 1994 se construyó una función de producción. Se inició desde entonces una etapa de “marcha blanca”, en la cual la entrega de recursos aún no se ha vinculado al cumplimiento de los compromisos y al nuevo modelo de financiamiento. El modelo de financiamiento contempla un componente presupuestario variable, que se condiciona al logro de los objetivos y metas, que asciende a un 10% del presupuesto total y se divide paritariamente en un fondo de incentivos y en un fondo de compensación solidaria que compensa imprevistos en la ejecución presupuestaria.

En el primer nivel de atención, el financiamiento histórico deberá evolucionar hacia un pago per cápita ajustado al patrón de uso de servicios según tasas de mortalidad infantil, sexo y estructura de edades de la población atendida, que revierta las desigualdades vigentes en la asignación territorial de recursos.

En el segundo y tercer nivel de atención, la actividad global del hospital en una primera fase se desglosa en cuatro áreas -hospitalización; atención ambulatorio en consultas especializadas y no especializadas; urgencias; programas asistenciales especiales, docentes y de investigación- para las cuales se determina una unidad de producción homogénea, que consiste en un coeficiente estándar de equivalencia denominado unidad de producción hospitalaria (UPH), muy estrechamente relacionada con la estancia hospitalaria, y cuyos valores se estipulan en una tarifa que es invariable para el período de vigencia del compromiso. En estos niveles se pretende avanzar después hacia el

pago por casuística o combinación de patologías atendidas, es decir, *case mix*, o de grupos relacionados de diagnóstico (GRD).

2. Paradojas de la complejidad de los compromisos de gestión

El simple uso de indicadores de eficiencia y eficacia usualmente traiciona el logro de resultados organizativos. Por el contrario, la medición de desempeño que orienta estos compromisos da un espacio relevante a la innovación de procesos, que puede contribuir a sistematizar la prestación de servicios, a dilucidar aspectos específicos de su eficacia y a reestructurar las organizaciones prestadoras y modificar su cultura de gestión. También da importancia al desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad, y de sistemas de información que pueden fortalecer la capacidad gerencial. Se apuntala el uso de instrumentos interesantes y de gran potencial, tales como el uso de protocolos clínicos. Los compromisos de gestión de la CCSS son específicos para las áreas de salud, y para el segundo y tercer nivel de atención, aunque se ha dado una convergencia de los aspectos considerados.

A diferencia de Colombia donde, tal como vimos, se ha incurrido en un descuido de la salud preventiva y de los sistemas de referencia, los contratos de la CCSS reúnen elementos orientados a mejorar la organización del sistema de salud y de la prestación de servicios, particularmente en cuanto a la interacción de los tres niveles de atención. En cuanto a las áreas de salud, premian su capacidad de resolución y la disminución de referencias e incentivan acciones de prevención y promoción, que a mediano y largo plazo permitan disminuir la morbilidad y mortalidad y consolidar condiciones de salud deseables. En cuanto a los hospitales, reglamentan un sistema de referencias y en algunos casos se especifica una red hospitalaria a consolidar. Promueven que el segundo nivel de atención realice actividades de interconsulta y de capacitación para el primer nivel de atención, y la sistematización de la población adscrita y de la efectivamente atendida en los diferentes centros.

La calidad de la atención, concebida como un proceso continuo de mejoramiento, tiene un espacio importante en los contratos. La medición de calidad 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. Y la preocupación subyace a aspectos relacionados con la oportunidad y el acceso a la atención que pretenden optimizar el uso de recursos, y para los que se han establecido algunos índices de eficiencia -reducción de listas de espera, resolución de urgencias, mejor uso de la capacidad instalada -ej., de los quirófanos-, reducción del ausentismo de los médicos, agilización de servicios de apoyo tales como farmacia. Hay medidas orientadas a identificar procesos y responsabilidades funcionarias, y se establecen formas para conocer la satisfacción de los usuarios y para resolver reclamos.

Hay avances respecto de la creación de condiciones para efectuar facturación, indispensable para el nuevo modelo de financiamiento, pero ella aún no ha sido puesta en práctica. Se han ido uniformando los criterios de evaluación. Se han refinado criterios para tipificar la producción y para depurar el presupuesto de producción según actividades de los prestadores.³²

Sin embargo, el creciente rango de indicadores utilizados y la amplia gama de objetivos que incluyen, podría conspirar contra el avance de los compromisos, dificultar una evaluación que

³² Por ejemplo, en relación con los hospitales, se ha discernido sobre el grado de comparabilidad de los centros y se han segregado para la asignación cuatro conjuntos de actividades: a) elemento asistencial, que se plantea como comparable y medible en UPH; b) actividades especiales claves, tales como las del San Juan de Dios en quemados, del Calderón Guardia en trasplante de hígado o del México en trasplante de corazón; c) actividades extraordinarias, como combatir el dengue o el cólera; d) inversiones, para lo cual antes no se establecía un financiamiento sistemático. Entrevista con René Escalante, Gerente de la División administrativa de la CCSS, 10.12.1998.

trascienda lo cuantitativo para adentrarse en identificar las condiciones que posibilitan o no el cumplimiento, y significar excesivos costos de transacción. Este aspecto llama la atención sobre la necesidad de jerarquizar indicadores y de limitar su número, al igual que de velar por su continuidad, para consolidar los cambios de procesos y de los sistemas de información.

En ese sentido también, los objetivos y metas de los compromisos debieran compactarse. Tanto el formato de los compromisos, con una gama tan amplia de aspectos e indicadores, como el que la transferencia de recursos no se haya subordinado aún a su cumplimiento, asemejan los compromisos hasta ahora en cierto sentido a una planificación por objetivos, que sedimenta o cristaliza algunas prioridades y aspectos organizativos y de prestación de servicios que quiere exigirse a los prestadores.

Posiblemente ello pueda relacionarse también con la gradualidad del proceso, opción que llevó a ser “conservador” en la definición de productos a comprar en una primera etapa. En términos cuantitativos, al asumir inicialmente los presupuestos históricos, y también en cuanto a la tipificación por factores de esos productos, para determinar tanto los objetivos como los indicadores a evaluar. Si bien esa opción puede contribuir a evitar el caos en las unidades al garantizar la coexistencia de elementos tradicionales que se vinculan con la reforma mediante los compromisos (Guzmán, 1999, p. 60), esa sedimentación histórica puede revertirse en una complejidad excesiva de los compromisos, difícil de manejar adecuadamente a lo largo del tiempo en cuanto a su evaluación, y cuyos altos costos de transacción, traducidos por ejemplo en la información que se debe requerir a los proveedores, lleven a que la reforma degenere hacia un formalismo o letra muerta.

El financiamiento por capitación, por casuística o combinación de patologías atendidas, “case mix”, o por grupos relacionados de diagnóstico (GRD) sin duda permitirá evolucionar hacia un perfil de los compromisos que vela esencialmente por eficacia y eficiencia de las prestaciones mediante estos *proxis*. Y otros aspectos de la reforma de gestión, tales como el afianzamiento del uso de la medicina basada en evidencia podrán vincularse con otros aspectos de la reforma de gestión, que usen otros instrumentos y que se integran a aspectos irrenunciables como la vigilancia epidemiológica. Sin abandonar entonces la inclusión de aspectos organizativos y de productos intermedios, éstos indudablemente deberán limitarse en los compromisos.

3. El asidero jurídico

La fortaleza del marco legal de los contratos y mercados es fundamental ya que determina, entre otros aspectos, la posibilidad de sanciones efectivas en caso de incumplimiento, las formas de resolución de conflictos dentro del mercado; el rango de las autoridades involucradas en el cuasimercado; los mecanismos previstos para enfrentar el carácter incompleto e imprevisiones del contrato y para resolver disputas (Walsh, 1995).

El Servicio Nacional de Salud británico, por ejemplo, es un mercado interno que opera en realidad con cuasicontratos: una organización, al no poder establecer contratos consigo misma, no dispone de los mecanismos normales legales para enfrentar tales aspectos, por lo que ha habido limitaciones para sancionar a los ineficientes, y tampoco los contratos han creado, en sentido estricto, nuevos derechos para los ciudadanos. Al no existir una ley específica, se argumenta sobre la necesidad de reconocer el carácter especial de los contratos del sector público mediante una ley de contrato público que los rija. Por el contrario, en Nueva Zelanda las metas de desempeño de las autoridades a cargo de las agencias se especifican en contratos que tienen fuerza legal (Walsh, 1995, pp.160, 188, 219; Ferlie et.al., 1996, p.162).

Los contratos de gestión de la CCSS tuvieron primer asidero legal cuando fueron aprobados por la Junta Directiva de la institución. Pero se trataba, en términos jurídicos, de “cuasicontratos”, ya que los hospitales y las clínicas no gozaban de una personalidad jurídica propia. Un paso crucial

para su fortaleza legal se dio con la “Ley de desconcentración de los hospitales y las clínicas de la CCSS”, que convierte al compromiso de gestión en el instrumento articulador y delimitador de la desconcentración de los hospitales y las clínicas, ya que determina que éstas gozan de una “personalidad jurídica instrumental” para el “manejo presupuestario, la contratación administrativa, la conducción y la organización de los recursos humanos dentro de las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión”. Según nos aclaró su gestor, la personalidad jurídica instrumental es una figura más fuerte que la que tendría un ente desconcentrado, pero menor que una entidad descentralizada, ya que se ejerce estrictamente en los campos determinados por la ley y delimitados por el compromiso.³³

La ley determina también que las entidades serán administradas por el Director, que deberá actuar conforme a los objetivos y obligaciones señalados en el compromiso de gestión, los reglamentos generales y los lineamientos de política que emita la CCSS.

Pero la realidad siempre ofrece resistencias a los cambios, y en este caso ello ha cristalizado en las orientaciones de la reglamentación de la ley que translucen reacciones a cambios de las reglas formales. Los cambios jurídicos han sido promovidos desde la Presidencia Ejecutiva, quien conduce el proceso sin un plazo determinado, buscando que el cambio no sea traumático. Pero las expectativas e interpretaciones del alcance de la ley no son homogéneas entre distintas instancias de la CCSS, y predomina una interpretación limitada del proceso en términos de desconcentración administrativa, mientras que los prestadores tienen expectativas a muy corto plazo de una elevada autonomía. Los reglamentos, que están siendo elaborados por los propios órganos del nivel central, están más cercanos a la visión restrictiva de la desconcentración administrativa que a la descentralización de competencias y la autonomía de gestión (Guzmán, 1999, p.82).

Están pendientes también temas fundamentales para consolidar un marco jurídico coherente con las nuevas formas de evaluación del desempeño en lo que respecta a recursos humanos. En ese sentido, debieran modificarse los estatutos de los servicios médicos y de los servicios médicos de enfermería que rigen a los profesionales en sus colegiaturas y que determinan su reclutamiento y evaluación mediante el sistema del Servicio civil.³⁴

La regulación de las profesiones mediante tales estatutos obstaculiza su gestión en el seno de la CCSS. Por ejemplo, el estatuto respectivo determina que la supervisión del personal de enfermería deba ser ejercida exclusivamente por profesionales de esa disciplina. O bien, que el personal auxiliar en los consultorios comunales debe ser supervisado por personal de enfermería. Los efectos de tales rigideces se muestran con gran claridad, por ejemplo, en circunstancias extremas como cuando en los equipos básicos de atención en salud (EBAIS), que no contemplan como personal a esos profesionales, se originan conflictos de supervisión entre los gremios de profesionales en medicina, que manifiestan que el personal auxiliar labora directamente con ellos, y los profesionales en enfermería. La rigidez de los estatutos dificulta el desarrollo efectivo de las tareas y promueve una actitud gremialista de los funcionarios;³⁵ los profesionales de enfermería parecen ser más apegados a su cumplimiento que los médicos (Ortiz y Sequeira, 1998, p.99 y 100).

³³ Entrevista con Rodolfo Piza Rocafort, Presidente ejecutivo de la CCSS, 7.12.1998.

³⁴ Se refiere a Fundación de la Universidad de la Costa Rica para la investigación (1998) “Estudio de las principales normas de administración del recurso humano de la CCSS con base en el ordenamiento jurídico vigente, para determinar su congruencia y forma de adaptación al proceso de modernización institucional”, San José, Costa Rica, citado por Ortiz y Sequeira, 1998, pp.36 y 37.

³⁵ Las autoras fundamentan sus afirmaciones en entrevistas realizadas a personeros del Hospital San Juan de Dios, del Área de salud de Barranca y del nivel central de la CCSS.

4. El desempeño funcionario

La presencia preponderante de las profesiones médica y de personal paramédico determinan estrechamente la propia naturaleza de los servicios provistos. En el sector salud tradicionalmente han estado fuertemente imbricadas la jerarquía y la profesión, lo cual ha originado sistema de carreras y de valores que han implicado un gran control por parte de los proveedores y gran aceptación de valores profesionales y de ortodoxias, elementos todos que dificultan especificar y controlar sus servicios (Walsh, 1995, p.14). Por ejemplo, el personal médico incide fuertemente en las decisiones relativas al uso de los otros factores de la producción clínica: la asignación de recursos en un hospital están fuertemente determinadas por decisiones iniciadas por los médicos. Sin embargo, la responsabilidad financiera frente a tales elecciones no es asumida por este grupo de actores o por los administradores, particularmente cuando sus modalidades de remuneración son independientes del desempeño de la institución (Béjean, 1994, p.60).

Los nuevos sistemas de incentivos modifican la manera en que se cristalizan su poder y su margen de maniobra. Por ejemplo, criterios de eficiencia y equidad deben impedir que las agendas médicas constituyan una suerte de "mercado cautivo" en manos de los especialistas, que originan barreras de acceso y largas listas de espera cuando no hay una escasez efectiva, o bien la autoregulación médica se modifica al establecer nuevos procesos como los protocolos clínicos.

No tienen sentido estrategias de confrontación. Por ejemplo, el personal médico dispone de una independencia respecto de los administradores o gerentes debido al monopolio que tiene sobre la información médica y por su discernimiento profesional, o por el poder que ejerce respecto del personal paramédico, que no puede subestimarse (Béjean, 1994, p.222). También las dificultades asociadas a la medición del desempeño en productos complejos hablan a favor de un acercamiento cooperativo, más que basado en castigos o sanciones (Walsh, 1995, p.114).

De allí que sea fundamental el diálogo con las profesiones: se trata precisamente de nutrirse del juicio y del discernimiento profesional, en aras de una transformación que permita mejorar la calidad y eficacia de las prestaciones públicas. En cuanto a las organizaciones gremiales y sindicales, cabe destacar su papel central en el diálogo, y la importancia de que gremios y sindicatos no defiendan prácticas de gestión tales como la ausencia de evaluación del desempeño.

A tal fin, es crucial el marco institucional de normas y relaciones que trascienden el indispensable marco legal: cifrar la realización del contrato estrictamente en éste resulta lento, inflexible y caro. Las relaciones continuas y eficientes requieren relaciones de confianza, adecuadas desde el punto de vista social, técnico y legal, y se trata de acotar los costos de transacción con una estructura de incentivos positivos. Pero el desarrollo de la confianza se basa en procesos de reclutamiento y de selección, en el desarrollo de una cultura y de valores, en la naturaleza de las carreras en la organización y en la disponibilidad de sanciones, en la importancia que tenga la reputación (Walsh, 1995, pp.42, 49, 51, 114).

Pero para crear las bases para las relaciones de confianza de un nuevo modelo de gestión como para realizar un adecuado monitoreo del desempeño funcionario, es perentorio modificar los procesos de reclutamiento y de selección de personal y las regulaciones sobre su permanencia que están vigentes en la CCSS. La estabilidad funcionaria ajena al rendimiento, la carrera funcionaria condicionada por la antigüedad y no por el mérito, el pacto de atender de cuatro a cinco pacientes por hora, los tortuosos procesos para cesar a un funcionario³⁶, la imposibilidad de elección médica

³⁶ 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. Elías Jiménez, entonces Director general del Hospital Nacional de Niños, en entrevista 5.2.1998.

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. En ese sentido, la rigidez de las contrataciones es un elemento crucial que puede obstaculizar la innovación de la gestión.

Para cumplir con los objetivos, utilizar óptimamente los recursos, y comprometer a los funcionarios con su trabajo es necesario continuar asignando y determinando responsabilidades individuales en el proceso de generación del producto. Nuevos sistemas de remuneraciones, con componentes flexibles e incentivos deben facilitar el vincular remuneraciones al desempeño y a la calidad de la prestación, es decir a productividad y resultados: no solo la antigüedad, sino los méritos laborales, la calidad del desempeño, las características de la tarea, la capacitación y la experiencia serán elementos sustantivos de la carrera funcionaria. Deben ampliarse los márgenes locales de flexibilidad de contratación, para facilitar el desarrollo de los planes de trabajo de los servicios y establecimientos.

Debe modificarse, por tanto, la racionalidad de la entrada y permanencia en el servicio público³⁷: promover el acceso a los cargos de planta por concurso; evaluar la carrera funcionaria para la promoción y las remuneraciones; simplificar las posibilidades de cesar funcionarios, unificar las formas de contratación. Los ahorros en eficiencia y productividad pueden contribuir a una mejora de las remuneraciones, asentada en los nuevos criterios. Se tendrá que velar por la presencia equilibrada en todas las localidades de los recursos humanos necesarios, en aras de la equidad.

Por otra parte, actualmente se está ampliando el espectro de prestaciones privadas con financiamiento de la CCSS, para acortar listas de espera en especialidades. En este ámbito, cabe velar porque el trasvase de profesionales entre ambos sectores no conduzca a conductas de riesgo moral por parte de los profesionales dentro de la CCSS, sea disminuyendo intencionalmente su productividad, o descuidando tareas tales como el adecuado mantenimiento de los equipos. Resulta preocupante en estos términos que la apertura consagre bolsones de ineficiencia en las prestaciones de la CCSS, cuya superación, por el contrario, debiera contribuir a acortar las listas de espera. Y por último, tampoco ella debiera conducir a limitar las inversiones en infraestructura y equipo de la CCSS, lo cual conduciría a una solapada restricción de la prestación pública y eventualmente a una escalada de costos, si los precios pagados a los privados exceden aquellos que debe alcanzar la CCSS en condiciones de eficiencia. También debe impedirse la introducción de copagos, por ejemplo, para obtener prestaciones más expeditas en el sector privado, que socavarían la solidaridad del sistema.

³⁷ 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 No. 15 076 que rige las modalidades de contratación y remuneración de los profesionales de los servicios de salud. Así, se vió 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 funcionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y de la eficacia; promover la asignación de responsabilidades individuales, y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional; condicionar a concursos la permanencia en el sistema (Sojo, 1996).

Bibliografía

- Abrantes, Alexandre (2000) "Contracting Public Health Care Services in Latin America", en prensa en Preker and Harding, *Innovations in Health Care Delivery*, mimeo.
- Abrantes, Alexandre y Alberto Días Legaspe (1999), "Contracting Public Health Care Services in Latin America", ponencia presentada en el First Europe and Latin America and the Caribbean Forum on Health Sector Reform, Paris, mayo, mimeo.
- Argentina (1998a), "Anexo. Modelo de contrato de gestión. Estructura base. Borrador de trabajo".
- Argentina (1998b), "Proyecto de ley orgánica del Instituto del seguro provincial de salud de Salta", enero.
- Bach, Stephen (1999), "Trends in European Health Sector Reform: Implications for Human Resource Management", ponencia presentada en OPS, Reunión constitutiva del Observatorio de los recursos humanos en las reformas sectoriales de salud, Santiago, junio.
- Baeza Cristián *et al.* (1998), "El sector de la salud en Chile: un diagnóstico compartido", mimeo, diciembre.
- Bartlett, Will y Julian Le Grand (1993), "The Theory of Quasimarkets", en Le Grand Julian y Will Bartlett, *Quasimarkets and Social Policy*, The Macmillan Press, Londres.
- Béjean, Sophie (1994), *Économie du système de santé. Du marché à l'organisation*, ECONOMICA, Paris.
- CEPAL (1998), *El pacto fiscal*, Santiago de Chile, abril.
- ___ (1999), "Principios generales y pautas de buenas prácticas en política social. Una propuesta de la CEPAL para la discusión", mimeo, octubre.
- ___ (2000), *Equidad, desarrollo y ciudadanía*, Santiago de Chile, febrero, <http://www.eclac.cl/>
- Chiappe, Clemencia (1999), "Elementos de análisis para una estrategia educacional de Colombia", documento elaborado para la División de Programas Sociales del BID, mimeo.

- Chile, Ministerio de salud (1998a), *Estrategias innovadoras en salud. La reforma programática y financiera chilena*, Santiago de Chile, abril.
- ___ (1998b), *Políticas y estrategias innovadoras en salud. Reforma programática 1998*, Santiago de Chile, agosto
- Consorci Hospitalari de Catalunya S.A. y HBL Consulting S.A. (1997), Estudio diagnóstico del Instituto de previsión y seguridad social de la provincia de Tucumán, Documentos del PRESSAL, <http://www.msal.gov.ar/pressal>
- Consultora ASENSA (s.f.), “Consultoría para el proyecto de fortalecimiento institucional “Hospital Dr. Eduardo Castro Rendón, Provincia de Neuquén, Resumen.”, Documentos del PRESSAL, <http://www.msal.gov.ar/pressal>
- Cornia, Giovanni Andrea (1999), “Social Funds in Stabilisation and Adjustment Programmes”, Studies on internacional monetary and financial issues for the Technical Group Meeting of the Group of Twenty-Four, Colombo Sri Lanka, marzo, mimeo.
- Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional (1998), *Gobernando en tiempos de cambio. La Administración Figueres Olsen*, abril, San José de Costa Rica.
- Economist, The (2000), “A new prescription”, edición 25 marzo, p.55
- Fasano, Vicente y Mario Alvarez (1997), “Sistemas de información en salud. Marco conceptual”, Documento PRESSAL, <http://www.msal.gov.ar/pressal>
- Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald y Andrew Pettigrew (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.
- Franch, Luís (2000), “Compromisos entre financiador público y proveedores de servicios”, en prensa en APRESAL (Proyecto de apoyo a la reforma del sector salud en Guatemala), *Reformas del sector salud*, Ciudad de Guatemala, mimeo.
- Gadrey, Jean (1996), *Services: la productivité en question*, Desclée de Brouwer, Paris.
- Gallego, Raquel (1999), “New Public Management” *Reforms in the Catalan Public Health Sector, 1985-1995*, Ph.D. Thesis, London School of Economics and Political Science, Government Department, mimeo.
- Garnier, Leonardo y Mario Mora (1999), “Compromisos de resultado en el sector social. Su aplicación en Costa Rica”, *Reforma y democracia* No.13, Revista del CLAD, Caracas, febrero.
- Giddens, Anthony (1994) *Beyond Left and Right. The Future of Radical Politics*, Stanford University Press, Stanford.
- Güendell, Ludwig (1997), “Gestión de la reforma de las políticas de salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento”, en UNICEF, *Costa Rica. Las políticas de salud en el umbral de la reforma*, Serie de Políticas Sociales No.1, San José de Costa Rica.
- Guzmán, Ana (1999), “Los compromisos de gestión en Costa Rica, 1997-2000”, Tesis de Maestría en dirección y gestión de los sistemas de seguridad social, Universidad Alcalá de Henares, Madrid, julio, mimeo.
- Jaramillo, Iván (2000), “¿Qué es y qué pasa con el régimen subsidiado de salud?. Descripción y diagnóstico preliminar.”, Ministerio de salud de Colombia, Programa de apoyo a la reforma de salud, préstamos BID 910/OC-CO-Proyecto 04-99, mimeo, enero.
- Le Grand, Julien (1999), “Los nuevos desafíos de la política social: Estado, mercado y equidad. La experiencia del Reino Unido”, en Jorge Carpio e Irene Novacovsky (compiladores), *De igual a igual. el desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales*, FCE/SIEMPRO/FLACSO, Buenos Aires.
- Londoño, Beatriz, Iván Jaramillo y Juan Pablo Uribe (1999), “Descentralización y reforma en los servicios de salud: el caso colombiano”, documento preparado para el Banco Mundial, mimeo, Bogotá, diciembre.
- Murray Christopher y Julio Frenk (2000), “A WHO Framework for Health System Performance Assessment”, mimeo, en <http://www-nt.who.int/whosis/statistics/menu.cfm?path=evidence>
- Neirotti, Nerio (1999), “Control de gestión en políticas de salud. El caso de Mendoza, Argentina”, mimeo.
- Ocampo, José Antonio (1996), “Participación privada en la provisión de los servicios sociales: el caso colombiano”, ponencia presentada en la Conferencia de América Latina y el Caribe sobre Privatización, organizada por el Banco Mundial, el SELA y la Comisión de Promoción de la Inversión Privada (COPRI) del Perú, Lima, enero, mimeo.
- ___ (1999), Exposición en el Foro de celebración de los 40 años del BID, Río de Janeiro, 2 de diciembre.
- Ortiz Karen y Sonia Sequeira (1998), *Análisis de los compromisos de gestión como instrumentos facilitadores del cambio organizacional en la Caja Costarricense del Seguro Social*, Trabajo final de graduación para optar por el grado de Maestría profesional de salud pública. Mención gerencia en salud, Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, diciembre.

- PRESSAL (1998), "Contrato de gestión. Su implementación en las provincias", *Cuadernos del PRESSAL* No.1, Santa Rosa, La Pampa, abril <http://www.msal.gov.ar/pressal>
- Porter, Dorothy (1999), *Health, Civilisation and the State. A history of public health from ancient to modern times*, Routledge, London and New York.
- Ramírez, Gloria, Miguel Araujo, Soledad Ubilla, Rodrigo Salinas y Patricia Kramer (1998), "Evaluación de tecnologías sanitarias y cuidado de salud basado en evidencias: herramientas para la reforma", en Chile, Ministerio de Salud (1998b).
- Salinas, Hugo (1988), "Conferencia de clausura", en Chile, Ministerio de Salud (1998b).
- Sánchez de León, Adolfo (1998), "Implementación de los contratos de gestión", en *Cuadernos del PRESSAL* No.1, Santa Rosa, La Pampa, abril <http://www.msal.gov.ar/pressal>
- Sanhueza, Gonzalo y Cecilia Jarpa (1998), "Costo-efectividad en la toma de decisiones en salud" en Ministerio de Salud (1998b).
- Scally, Gabriel y Liam Donalson (1998), "Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England", *British Medical Journal* 31 7:61-65, 4 de julio.
- Sojo, Ana (1996), "Posibilidades y límites de la reforma en la gestión en la salud en Chile", *Revista de la CEPAL*, No.59, agosto, Santiago de Chile. Versión electrónica como *Serie de Políticas Sociales de la CEPAL* No.13 en <http://intranet.eclac.cl/dds/series.htm> - sojo, ana.
- ____ (1997), "La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumentos", en UNICEF, *Costa Rica. Las políticas de salud en el umbral de la reforma*, Serie de Políticas Sociales No.1, San José de Costa Rica, pp.35-66.
- ____ (1998), "Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa", *Revista de la CEPAL*, No.66, diciembre, Santiago de Chile. Versión electrónica como *Serie de Políticas Sociales de la CEPAL* No.27 en <http://intranet.eclac.cl/dds/series.htm> - sojo, ana.
- ____ (1999a) "Los compromisos de gestión en salud de Chile: formas de reintegración en el rompecabezas de la reforma", en FONASA, *FONASA: ¿Una reforma en marcha?. Una mirada interna y externa a las políticas y planes del Fondo nacional de salud*, Santiago de Chile, julio.
- ____ (1999b), "Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica: algunas lecciones de un cuasimercado germinal", en CEPAL, *Taller sobre evaluación de la gestión del gasto público en salud. Compendio de documentos 1999*, Brasilia, enero.
- ____ (2000), "¿Qué son los compromisos de gestión?" y "Cómo lograr equidad en las reformas de salud?", en prensa en Rony Lenz y Hugo Salinas (editores), *Salud pública y economía de la salud para no iniciados. Glosario para las reformas de salud en Latinoamérica*, en prensa, Santiago de Chile.
- Tafari, R. (1997), "Reforma al sector salud en Argentina" *Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL* No.53, Santiago de Chile, julio.
- Vargas, Jorge Enrique y Alfredo Sarmiento (1998), "Descentralización de los servicios de educación y salud en Colombia", en Emanuela Di Gropello y Rossella Cominetti (compiladoras), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL, Santiago de Chile.
- Walsh, Kieron (1995), *Public Services and Market Mechanisms*, Macmillan Press/Public Policy and Politics, England.
- Winchester, David y Stephen Bach (1999), "Britain. The transformation of public service employment relations", en Stephen Bach, Lorenzo Bordogna, Giuseppe Della Rocca y David Winchester (1999), *Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, modernisation or inertia?*, Routledge, London.



Serie políticas sociales

Números publicados

- 1 Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
- 2 Ignacio Irarrázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
- 3 Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
- 4 Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
- 5 Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
- 6 Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
- 7 María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
- 8 Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
- 9 Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
- 10 John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
- 11 Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
- 12 Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
- 13 Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.
- 14 Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
- 14 Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996/Add.1), diciembre de 1996.
- 14 Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.
- 14 Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
- 15 Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
- 16 Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
- 17 Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.
- 18 Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
- 19 Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
- 20 Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
- 21 Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
- 22 Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998. [www](http://www.cepal.org)

- 23 Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998. experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999.
- 24 Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Marco conceptual, Vol.I,(LC/L.1114), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Metodológica para su análisis, Vol.II, LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998. [www](#)
- 26 Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998. [www](#)
- 27 Ana Sojo, Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135) julio de 1998.
- 28 John Durston, Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual (LC/L.1146), octubre de 1998. [www](#)
- 29 Carlos Reyna y Eduardo Toche, La inseguridad en el Perú (LC/L.1176), marzo de 1999.
- 30 John Durston, Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999. [www](#)
- 31 Marcela Weintraub y otras, Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile (LC/L.1190) abril de 1999.
- 32 Irma Arriagada y Lorena Godoy, Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa (LC/L.1179-P), Número de venta: S.99.II.G.24 (US\$ 10.00), agosto de 1999.
- 33 CEPAL PNUD BID FLACSO, América Latina y las crisis (LC/L.1239-P), Número de venta: S.00.II.G.03 (US\$10.00), diciembre de 1999.
- 34 Martín Hopenhayn y otros, Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile (LC/L.1247-P), Número de venta: S.99.II.G.49 (US\$ 10.00), noviembre de 1999.
- 35 Arturo León, Desempeño macroeconómico y su impacto en la pobreza: análisis de algunos escenarios en el caso de Honduras (LC/L.1248-P), Número de venta S.00.II.G.27 (US\$10.00), enero de 2000.
- 36 Carmelo Mesa-Lago, Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI (LC/L.1249-P), Número de venta: S.00.II.G.5 (US\$ 10.00), enero de 2000.
- 37 Francisco León, Modernización y comercio exterior de los servicios de salud (LC/L. 1250-P), Número de venta S.00.II.G.40 (US\$ 10.00), marzo de 2000.
- 38 John Durston, ¿Qué es el capital social comunitario? (LC/L.1400-P), Número de venta S.00.II.G.38 (US\$ 10), julio de 2000.
- 39 Ana Sojo, Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica (LC/L.1403-P), Número de venta S.00.II.G.69 (US\$10.00, julio de 2000.

Otras publicaciones de la CEPAL relacionadas con este número

Hacia unas nuevas reglas del juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa, Ana Sojo (LC/L.1135) Serie Políticas Sociales No.27, Santiago de Chile, julio de 1998.

El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la División de Desarrollo Social, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile. No todos los títulos están disponibles.

- Los títulos a la venta deben ser solicitados a Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
- **WWW:** Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

| |
|--------------------------------------|
| Nombre: |
| Actividad:..... |
| Dirección:..... |
| Código postal, ciudad, país: |
| Tel.: Fax: E.mail: |