

**SERIE POLÍTICAS SOCIALES**

**13**

**REFORMAS DE GESTIÓN EN LA  
SALUD PÚBLICA EN CHILE**

**Ana Sojo**



**NACIONES UNIDAS**  
**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**  
Santiago de Chile, 1996

LC/L.933  
Marzo de 1996

Este documento fue preparado por la señora Ana Sojo, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Es una versión revisada de la ponencia presentada en el seminario internacional organizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) sobre indicadores sociales y de gestión, Santafé de Bogotá, octubre 1995.

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.

## ÍNDICE

	Página
RESUMEN .....	5
I. LOS PUNTOS DE PARTIDA: UN PREÁMBULO NECESARIO .....	7
II. DIAGNÓSTICO DE ALGUNOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES DE GESTIÓN EN EL SECTOR SALUD .....	13
1. Débil integración institucional .....	13
2. Recursos humanos desaprovechados .....	14
3. Financiamiento ineficiente y asimétrico .....	15
4. Carencia de instrumentos de apoyo a la gestión .....	15
III. LAS REFORMAS .....	17
1. Institucionalidad armónica y descentralizada .....	17
2. Los compromisos de gestión .....	20
3. Elevación de la productividad de los recursos humanos .....	23
4. Financiamiento vinculado al desempeño y la equidad .....	30
5. Una gestión informada .....	31
IV. LOS MÁRGENES DEL CAMBIO .....	33
Notas .....	34
BIBLIOGRAFÍA .....	39

## ÍNDICE DE CUADROS

Recuadro 1. Evolución y tendencia del gasto social en América Latina .....	11
Diagrama 1. Descentralización funcional del sistema público de Salud .....	19
Diagrama 2. Compromisos de gestión .....	21

## RESUMEN

Antecedida por una larga fase de fuerte contracción del gasto que originó graves desequilibrios en el sector y rezagó sustancialmente la modernización de la organización sectorial, de sus recursos humanos y estilos de gestión, la actual reforma de gestión de la salud pública en Chile tiene lugar en un marco de expansión del gasto. La baja eficiencia del sector público y la inestabilidad del control de las remuneraciones como factor principal para competir con el sistema privado hace que esta renovación se esgrima como inevitable para mantener la ventaja de costos. Se ha acompañado de medidas destinadas a incrementar la equidad de la atención en salud, fundamentalmente en lo que atañe al financiamiento per cápita y al pago asociado a diagnóstico.

Siendo relativamente autónoma, se inserta sin embargo en iniciativas modernizadoras globales que promueven una superación gradual de las deficiencias fundamentales de la gestión pública chilena. Sus objetivos e instrumentos trascienden el ámbito sectorial y nacional: constituyen un prototipo de acciones que, habiendo voluntad política, pueden emprenderse en la región latinoamericana y del Caribe, para transitar desde ajustes eminentemente financieros de los programas sociales hacia el incremento de la productividad de sus recursos.

Los cambios pretenden, por una parte, construir cuasimercados, recordando ciertos aspectos de la reforma del Sistema Nacional de Salud británico de los ochenta. A tal fin, se profundiza la separación de funciones entre el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud y los servicios de salud. Se crea un instrumento que, rompiendo con la lógica de asignación de recursos según presupuestos históricos, convierte los resultados concretos de la gestión en el núcleo de la asignación del financiamiento: los "compromisos de gestión".

Para elevar la productividad de los recursos humanos se pretende modificar las modalidades de contratación y remuneración vigentes. Es el caso de un interesante y polémico proyecto de ley que permitiría 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 del institucional; condicionar a concursos la permanencia en el sistema.

La morfología dual del sector salud, al igual que el centralismo del sistema presupuestario de la nación, acotan significativamente el eventual impacto de las mejoras. Por otra parte, para medir calidad, sentido último de una reforma de gestión que aspira a la eficacia, es relevante la progresiva mejora de los indicadores de desempeño a fin de que sean superiores a los índices de actividad en uso, primordialmente cuantitativos y relacionados con los insumos y no con los productos.

## I. LOS PUNTOS DE PARTIDA: UN PREÁMBULO NECESARIO

No toda modernización o reforma del Estado se inscribe en el campo de la gestión: tal reforma abarca aquellas acciones orientadas primordial y significativamente a conseguir eficacia y eficiencia en el funcionamiento de las organizaciones públicas, pero en cuanto a la ejecución, al cómo lograrlo, y no al qué. La orientación hacia la eficiencia organizativa puede servir a muy diversos fines, ya que adquiere sentido en relación con otros valores que guían a las instituciones (Prats, 1992a, p.32 y 1992b, p.30). Los cambios de gestión son, en palabras de Paul Romer, una experimentación limitada en la búsqueda dentro de posibilidades virtualmente ilimitadas de formas de hacer cada vez mejor las cosas.

Podrías, por ejemplo, plantear una solución estrictamente técnica al desperdicio de recursos originado en múltiples fallas de la combinación técnica de insumos y de su uso que acaece en instituciones a cargo de las políticas sociales, tales como los hospitales. Sin embargo, ejecutarla puede ser inviable, en tanto superar el despilfarro técnico de recursos implica efectivamente un desafío organizativo y de gestión, ya que las ineficiencias generalmente se originan en factores tales como incentivos negativos inherentes al financiamiento de los servicios de salud, falta de incentivos para la gestión o para los trabajadores, ausencia de destrezas de gestión, información inadecuada o fallas de previsión en las inversiones. La imposibilidad de lograr una eficiencia económica, por su parte, se relaciona con causas semejantes y con otros elementos: rigideces presupuestarias que inhiben sustituciones de insumos, originan flujos inadecuados de recursos, o bien una organización sectorial inadecuada, cuya transformación escapa a las competencias de la institución individual (Barnum y Kutzin, 1993, p.110).

Ello en tanto la ineficiencia no está ubicada en un sitio preciso, o envuelta en algún "nítido paquete", sino en la forma cómo se hacen las cosas a lo largo y ancho de las instituciones (Osborne y Gaebler, 1992, p. 23). En Chile existe un sustancial rezago de la modernización del Estado en cuanto a su organización, sus recursos humanos y estilos de gestión. Durante el régimen militar, el Estado se consideró por definición ineficiente, y las políticas se abocaron en lo fundamental a reducir el sector público, asociado con lo anticuado, burocrático y anacrónico. Las condiciones de empleo y de remuneraciones se desmejoraron hasta un punto que conspiró contra una modernización de la gestión, y las empresas y la administración estatales sufrieron atrasos tecnológicos y falta de inversión (Marcel, 1993a y 1995).

En el mismo período, en aras de promover una economía privada de la política social y de coadyuvar a la estabilización económica en una perspectiva de ajuste recesivo, el gasto social en la salud y educación públicas sufrió sustanciales recortes, e ingentes recursos públicos se destinaron a privatizar el sistema previsional y consolidar las instituciones de salud previsional (ISAPRES). Se desestimó un ajuste expansivo del gasto social que, velando por los equilibrios macroeconómicos, elevara la productividad del uso de los recursos y, en cuyo caso, hubiesen sido medulares las mejoras de gestión (Sojo, 1992, p.9).<sup>1</sup>

En el caso del sector salud, deben agregarse algunos aspectos relativamente exógenos a la gestión interna de los recursos, por sus trascendentales efectos negativos sobre la eficiencia sectorial. En primer lugar, la expansión de la atención primaria se dio en contra del nivel terciario,<sup>2</sup> lo cual se tradujo en un severo recorte de recursos para la red hospitalaria y acarrió un desequilibrio del sistema de salud. En ese contexto tuvo lugar un fuerte recorte del gasto, al punto que el uso ineficiente de recursos en los hospitales públicos se veía exacerbado por los recursos limitados (World Bank, 1992, p. 13). Al recorte se suma la estructura del gasto, y la ostensible subinversión: en los ochenta del total, un 98% eran gastos corrientes y únicamente un 2% se destinaba a inversión.

El acusado deterioro se dio tanto en la infraestructura médica —incluso en áreas críticas como neonatología— como en la auxiliar: sistemas de comunicación e información y sanitarios, calefacción, cañerías, cocinas, lavanderías, bodegas, todo ello agravado por los fuertes daños causados por desastres naturales.<sup>3</sup> Graves desequilibrios de la combinación de insumos necesaria para brindar los servicios deprimieron la eficiencia interna, impidiendo una capacidad fluida de diagnóstico y tratamiento, tanto en la atención de emergencia como en la ambulatoria e intrahospitalaria. Se estima, por ejemplo, que ello redujo el uso de la capacidad instalada de camas en un 20%, e incidió en las largas estadías hospitalarias promedio (World Bank, 1992, pp. 9, 12 y 13). Tales orientaciones, por tanto, afectaron negativamente la eficiencia técnica y económica del uso de insumos.

Aunque con repercusiones y efectos negativos para la gestión interna menos trascendentales que lo anterior, cabe también destacar la forma en que un criterio de focalización afectó los equilibrios del sistema de salud: la prioridad asignada a la atención materno-infantil se dio en menoscabo de la atención de adultos y de tercera edad y de las respectivas acciones preventivas, hecho importante dado el avanzado estadio del país en la transición epidemiológica (ib., p.16).<sup>4</sup>

Las reformas de gestión del sector salud se insertan en el marco de políticas generadas durante los gobiernos de la Concertación que nacen de un diagnóstico general sobre las deficiencias fundamentales de la gestión pública chilena, las cuales se han atribuido a cuatro problemas estructurales, característicos de una cultura organizacional centrada en las políticas, procesos y métodos, antes que en los resultados (Marcel, 1995, pp. 11 y 12):

- a) ambigüedad de los objetivos de gestión de los organismos públicos;
- b) escasa responsabilidad individual de los funcionarios: las responsabilidades están diluidas y mediatizadas desde las autoridades superiores hasta el personal operativo;
- c) ausencia de una red de obligaciones y de relaciones recíprocas respecto del usuario, ya que el sector público es unilateral y autorreferente;
- d) carencia de evaluación de la gestión.

En 1994 se creó el Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública —integrado por los Ministerios del Interior, de Hacienda y Secretaría General de la Presidencia— para promover un "programa modesto y realista" de modernización de los servicios, actuando como vaso comunicante de las experiencias y respuestas específicas a los problemas de gestión de diversos servicios (Comité Interministerial, 1995). En 1995, cuarenta y tres servicios suscribieron con el Presidente de la República compromisos de modernización de gestión cuyo análisis somero evidencia un amplio espectro de propósitos: desde planteamientos muy generales respecto de clarificar la misión de los servicios hasta medidas muy concretas de modernización; el grado de avance y de sofisticación de las propuestas también es muy diverso.

Por su parte, en el proceso de formulación presupuestaria para 1995 el Ministerio de Hacienda solicitó por primera vez a las instituciones públicas sugerencias de indicadores

de gestión, adecuados a la realidad de cada sector, y que las solicitudes de nuevos recursos se respaldaran con proyectos concretos asociados al mejoramiento de tales indicadores (PAL, 1994, p.41).

La perspectiva gradualista de la modernización de la gestión pública en Chile busca acumular iniciativas administrativas y modificaciones legales parciales bajo un enfoque unificador, estableciendo a tal efecto tres ámbitos fundamentales de acción<sup>5</sup> (Marcel, 1995, pp.15-19):

El programa de mejoras de la gestión en servicios públicos específicos contempla un ejercicio de planificación estratégica, orientado a realizar un escrutinio de eficiencia, a partir del cual se plantean proyectos específicos para mejorar la gestión, tales como: la supresión de funciones innecesarias y la externalización de aquéllas consideradas secundarias, la reorganización de los procesos de trabajo, y el mejoramiento de la atención al público.<sup>6</sup> Por otra parte, se diseñan y ejecutan sistemas de información que permitan evaluar la eficacia, eficiencia y economía con que se brinda el servicio. El programa, aunque puede ser promovido por las autoridades centrales, es tarea de los servicios.

En segundo lugar, se han introducido germinalmente vínculos entre remuneraciones y desempeño en la política global de remuneraciones, que establecen estímulos y recompensas congruentes con una gestión pública orientada a los resultados.

Por último, se han incorporado indicadores de metas institucionales y desempeño en la discusión del presupuesto. La incorporación de estos parámetros en la discusión parlamentaria pretende transformar las restricciones presupuestarias propias de las finanzas públicas en un instrumento activo de gestión pública. En el presupuesto de 1995 se incluyeron cuatro categorías de indicadores: de cobertura, que identifican el número de usuarios atendidos o de prestaciones entregadas; de oportunidad de servicio, que miden el tiempo requerido para brindarlo; de eficiencia, que miden la relación entre productos o servicios y los insumos requeridos para su prestación; de autofinanciamiento, que miden la capacidad de los programas o servicios para generar recursos propios. En materias de indicadores se elaboró una guía.

Sobre la experiencia puede realizarse ya un cierto balance.<sup>7</sup> El objetivo fundamental del primer año —generar interés en el tema para enriquecer la discusión presupuestaria— parece haberse logrado, al haber tenido muy buena acogida en los parlamentarios, quienes pidieron ampliar el procedimiento a otros servicios y han solicitado las evaluaciones realizadas en el primer semestre.

En cuanto al cumplimiento de metas, se percibe que hubo improvisación al formular los indicadores y que la base de información no era adecuada; por ejemplo, había subestimaciones en los registros de aquello que quería mejorarse. Aunque las metas no fueron negociadas y se asumía que eran realistas, un 25% no se cumplieron.

En cuanto al programa de mejoras de gestión, que se inició con cinco servicios, después se emprendió autónomamente por muchos: actualmente más de la mitad de ellos está realizando ejercicios de planificación estratégica. No se conoce en algunos casos si el planteamiento de metas responde a un ejercicio de planificación estratégica. Hay experiencias en que el planteamiento de compromisos ha llevado a reformular los objetivos de la institución; por ejemplo, en Impuestos Internos se contempla la evaluación del servicio por parte de los usuarios.

Durante 1995 se quiere mejorar la calidad de los indicadores, y las tareas pendientes son muy importantes: cómo integrar los indicadores de desempeño en la discusión presupuestaria; cómo integrarlos en la gestión de los servicios, lo cual implica, entre otras cosas, articular los indicadores con las metas ministeriales y con los diversos compromisos adquiridos por los servicios; cómo integrar los compromisos a la actividad normal de un servicio para que no constituyan algo que simplemente se asigna a alguien para su

ejecución; cómo asegurar que los indicadores tengan una base de información sólida y que puedan someterse a auditorías; cómo asociar premios o castigos al no cumplimiento de metas, siendo ello muy complejo: por ejemplo, reducciones de presupuesto acarreadas por el incumplimiento, castigan en último término a los beneficiarios finales.

El efecto de las remuneraciones relacionadas con desempeño no puede evaluarse porque éstas apenas comienzan a tener vigencia. La actitud de los funcionarios ha sido en general negativa, sobre todo respecto de las gratificaciones individuales. Para enfrentar sus resistencias se ha subrayado que interesan las categorías relativas y no las absolutas y las gratificaciones se han vinculado con formas existentes, como el ascenso, planteándolos como una forma de anticipo de éste. La legitimidad se facilita, por su parte, al dictarse los reglamentos respectivos en forma descentralizada en los servicios, lo cual permite la negociación y la apertura hacia formas diversas de calificación.

Existen actualmente los incentivos individuales que se dan por racionamiento y los institucionales, y ello debe ser visto como un proceso: se parte con los individuales y se pretende ampliar la cobertura y mejorar la calidad del sistema de incentivos. Después vienen los institucionales, más complejos porque requieren evaluar metas institucionales. Se pretende que, en el plazo de cuatro o cinco años, la definición de los incentivos sea descentralizada y que para entonces sólo se estipule centralizadamente un monto de dinero para tales fines.

Por su parte, la reforma de gestión en salud ha sido relativamente autónoma en varios aspectos que, en la práctica, no tienen vínculos con las iniciativas modernizadoras globales. Al haber estado en marcha una reforma global en el sector, no se participó en la iniciativa del Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública, en la cual lo hicieron servicios individuales. Pero en la elaboración del proyecto de reforma de la ley 15 076, que tendrá trascendentales repercusiones para la gestión, sí ha habido una gran influencia interinstitucional.<sup>8</sup>

La temporalidad propia de la reforma de gestión en salud, respecto de aquélla de instituciones cuyos planteamientos son aún vagos o muy generales, expresa de hecho el carácter heterogéneo de la actual modernización de la institucionalidad pública que acarrea una tendencia a la diferenciación, en tanto las reformas de gestión precisamente deben reconocer diferencias y singularidades del quehacer público y brindar respuestas también específicas (Lahera, 1993, p.33). Por ser la primera reforma de gestión de carácter más global en Chile, la de salud posiblemente tendrá un importante efecto de demostración, al menos en el campo de la política social.

Como factores favorables al cambio se han señalado: la conciencia en el país de que el incremento de los recursos no se había traducido "de una manera razonablemente equivalente" en la mejora de los resultados; si bien ha habido autonomía en la generación de las ideas, en momentos difíciles se ha contado con un fuerte apoyo de todo el gobierno; al existir diversos programas de administración en salud, se ha formado un grupo de profesionales en el sector para quienes el tema de gestión es importante.<sup>9</sup>

Cabe destacar también otra causa del interés creciente por el desempeño y los resultados, que atañe en general a la política social en América Latina: la necesidad de transitar desde ajustes eminentemente financieros de los programas sociales hacia el incremento de su productividad mediante reformas de gestión. Desde los ochenta, el gasto social ha tenido en la región un papel eminentemente procíclico, en aras del ajuste fiscal y del restablecimiento de los equilibrios macroeconómicos básicos.<sup>10</sup>

RECUADRO 1

EVOLUCIÓN Y TENDENCIA DEL GASTO SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

La prioridad macroeconómica <sup>a</sup> y el gasto social real per cápita tendieron a crecer a lo largo de la década de 1980	Brasil Uruguay
La prioridad macroeconómica se mantuvo estable y el gasto social real per cápita tendió a crecer durante la década de 1980	Costa Rica Colombia
La prioridad macroeconómica estable se mantuvo pero el gasto social real per cápita tendió a decrecer en los años ochenta, aunque empezó a recuperarse a fines del período	Argentina Paraguay
La prioridad macroeconómica y el gasto social real per cápita tendieron a decrecer durante los años ochenta, pero empezaron a recuperarse a fines del período	Chile Bolivia México Venezuela
La prioridad macroeconómica y el gasto social real per cápita tendieron a decrecer a lo largo de la década de 1980 y no presentan signos de recuperación	Ecuador Perú

Fuente: CEPAL, Panorama Social, edición 1994.

<sup>a</sup> Gasto social como porcentaje del PIB.

A diferencia de un ajuste expansivo del gasto social, se implantó un ajuste eminentemente financiero, efectuado generalmente con escasas o nulas consideraciones microeconómicas y de gestión que velaran por elevar la productividad del uso de los recursos.<sup>11</sup> Sus efectos negativos en la disponibilidad y la calidad de los servicios públicos sociales han conducido a un agotamiento relativo del gasto social como expediente de ajuste fiscal: el imperativo de velar por la cobertura y por la calidad de los servicios determina que la gestión adquiera gran relevancia. Ello, en el marco de diversas holguras fiscales y de diversas prioridades macroeconómicas del gasto social, sea que los recursos se eleven, se mantengan o disminuyan.<sup>12</sup>

En la salud pública en Chile, la reforma se da en una fase de expansión del gasto sectorial, posterior a una larga y seria contracción (Oyarzo, 1995). Sus objetivos e instrumentos trascienden el ámbito sectorial y nacional, apareciendo como un prototipo del tipo de acciones que deberán emprenderse en la región de manera permanente.

Las reformas de gestión contribuyen a instaurar mecanismos de mercado en la prestación de servicios públicos (Gustafsson, 1991, p.6): la distinción entre comprador y vendedor; la autonomía de quienes proveen los servicios respecto de los políticos que los promueven<sup>13</sup>; la creación de relaciones de compra y venta dentro del propio sistema; el establecimiento de centros de costos y la distinción de costos dentro de las diversas unidades organizativas o los servicios.

En el caso del sector salud, los cambios aspiran a introducir criterios de economía de la salud que contribuyen a construir mercados, dotando a los agentes de un conjunto de normas que requieren: identificar oferentes y demandantes asignándoles ciertos

derechos de propiedad<sup>14</sup> sobre los activos y sobre los ingresos derivados de la explotación de estos activos; definir arreglos contractuales para motivar a los agentes a desplegar interacciones que conduzcan a situaciones socialmente deseables; establecer condiciones para que los precios actúen como señales que ayuden a tomar decisiones a los agentes; y cautelar que se cumplan los contratos y derechos de propiedad (Lenz y Fresard, 1995, p. 11).

## **II. DIAGNÓSTICO DE ALGUNOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES DE GESTIÓN EN EL SECTOR SALUD**

### **1. Débil integración institucional**

Diversos ámbitos de problemas se señalaban a inicios de los noventa. La ausencia de coordinación y complementariedad entre los niveles de atención, entre otros efectos perversos, ejercía presiones hacia los servicios de emergencia hospitalarios y limitaba el apoyo de la atención primaria. No se había desarrollado la atención ambulatoria especializada: los servicios ambulatorios primarios y terciarios eran limitados, y con problemas de cobertura. Prevalecía una concentración geográfica de médicos, había un desequilibrio entre médicos generales y especialistas a favor de los últimos y pocas enfermeras (World Bank, 1992).

El Ministerio de Salud (MINSAL), por su parte, al tener funciones operativas y ejecutoras, coartaba las funciones de los servicios de salud que para tomar decisiones, recurrentemente consultaban a diferentes dependencias del Ministerio que, al actuar descoordinadamente, generaban demandas duplicadas y traslapadas. Era también inadecuada la supervisión realizada por el Ministerio de las áreas de salud quienes, a su vez, no supervisaban adecuadamente la atención primaria municipalizada, debido a escasez de personal y a su inadecuada calificación para tales fines. De allí que fuera necesario reforzar la capacidad institucional y de recursos humanos del Ministerio de Salud y de sus agencias autónomas (Ib.).

No existía, por tanto, un sistema o cultura de la coordinación que garantizara una consistencia de las acciones, sino un comportamiento centralista arraigado en la organización, acompañado en ocasiones de desconfianza hacia los niveles directivos de los servicios, o bien, de una aversión al riesgo por parte de los últimos que originaba múltiples consultas para tomar decisiones (Vignolo et al, 1993, p. 58).

Por otra parte, con las reformas instauradas bajo el régimen militar se conformó un Sistema de Salud Dual, cuyos dos subsistemas se rigen por dos lógicas diversas y no compiten entre sí: un seguro público con una lógica de reparto que favorece la solidaridad, y uno privado que opera mediante cuentas y riesgos individuales. En uno se insertan las personas pobres y a él migran las de alto riesgo de salud, y en el otro las de mayores ingresos y bajo riesgo, lo cual inhibe una cobertura universal de la población y un uso eficiente de recursos (Oyarzo, 1995, punto II). Ello conspira contra una relación complementaria de la atención pública y privada, y su dualidad se debe no solamente a la propiedad sino a la propia lógica del diseño del sistema, que promueve la salida del subsistema público de quienes tienen mayores ingresos.

## 2. Recursos humanos desaprovechados

La ley 15 076 fue una pieza fundamental de la reforma del cincuenta. Numerosas modificaciones parciales han tergiversado su sentido original, generando incentivos negativos en materia de recursos humanos e introduciendo altos grados de inflexibilidad que han contribuido a instaurar el binomio "malas rentas con estabilidad", e impedido aplicar mecanismos serios de evaluación del rendimiento. El sistema de contrataciones no da cuenta de las diversas motivaciones e intereses de los diferentes profesionales que laboran en el marco de la ley.<sup>15</sup>

No existían sistemas para evaluar el cumplimiento de objetivos, el logro de estándares de calidad y la capacidad de gestión local, ni tampoco incentivos asociados con la calidad del desempeño y con los resultados. Por el contrario, el sistema de remuneraciones determinado por ley produce diferencias que no reflejan adecuadamente los diversos grados de complejidad, responsabilidad, participación y compromiso asociados con las diferentes tareas del personal.

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

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

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

No existe, además, una apropiada distinción de profesiones en los escalafones. El Colegio de enfermeras aduce que los escalafones deben estar separados por profesión, ya que cubren indistintamente a enfermeras, matronas, asistentes sociales, etc. (Corral en *Ib.*, p.134).

En cuanto a las plantas funcionarias de los hospitales, éstas se definen en los respectivos servicios de salud de una manera rígida, lo cual imposibilita flexibilizar la jornada de trabajo o bien, que los establecimientos cuenten con un "pool" de horas flexible para contratar diferentes estamentos de personal por jornadas parciales, mecanismo pertinente para personal escaso, como enfermeras y tecnólogos médicos (Montt y Artaza, en *Ib.*, p.114; Acevedo en *Ib.*, p.107; Corral, en *Ib.*, p.136).

Existe un círculo vicioso entre fuentes espurias de competitividad, bajo nivel de rendimiento, gran ausentismo laboral, inflexibilidad y bajo nivel de remuneraciones. En ese marco de baja eficiencia, el control de las remuneraciones ha sido el factor principal del sistema público para mantener bajos los costos. Tal encadenamiento, sin embargo, enfrenta claros límites ante la competencia del sistema privado y el potencial incremento de salarios, ya que en los últimos años el fuerte control de las remuneraciones del sector público ha demostrado no ser un factor competitivo estable para abaratar costos, y en los

próximos años muy probablemente se tendrá que enfrentar un alza. Luego, la reforma de gestión del sector público se plantea en términos cruciales: ella es inevitable, como única forma de poder mantener la ventaja de costos (Oyarzo, en lb., pp. 96 y 97).<sup>16</sup>

### **3. Financiamiento ineficiente y asimétrico**

Se propiciaban distorsiones en la fijación de precios y en el patrón de utilización de servicios de salud, la transferencia de recursos no estaba vinculada a resultados, y había problemas en los mecanismos de financiamiento: el sistema de facturación por atenciones prestadas en municipalidades (FAPEM) originaba grandes déficits en las municipalidades pobres,<sup>17</sup> no promovía la eficiencia de costos unitarios ni un sistema de referencias adecuado. En el caso de los otros niveles de atención, el desajuste respecto de la inflación del sistema de facturación por atenciones prestadas (FAP), compensado por transferencias suplementarias acarreó una centralización de decisiones sobre el gasto, realizadas en función del marco presupuestario global y sin negociaciones que vincularan los recursos a los resultados.<sup>18</sup>

Ambos mecanismos tenían negativos incentivos hacia lo curativo, hacia el reembolso del acto individual y no de la atención global, y desincentivaban tratamientos baratos o cuyos costos no eran cubiertos; además tenían efectos adversos para el sistema de referencia de pacientes hacia y desde los hospitales (World Bank, 1992)

### **4. Carencia de instrumentos de apoyo a la gestión**

A inicios de la década, la información financiera se encontraba agregada en formas que imposibilitan usarla para incrementar la eficiencia del uso de recursos. Por ejemplo, es adecuada para identificar combinación de recursos y ámbitos de ahorro de costos.

Existía una plétora de datos, pero la información pertinente para evaluar la relación costo-efectividad, la eficacia de las intervenciones y su calidad era fragmentaria y de escasa confiabilidad. La información que integra aspectos técnico-médicos o financieros con los de gestión, y que permite evaluar productividad y costos, es escasa. La información muchas veces se procesa manualmente, imposibilitando su uso oportuno para análisis y la toma de decisiones (World Bank, 1992).

### **III. LAS REFORMAS**

Se orientan a incrementar la equidad del sistema, a hacer viables mejoras de la calidad y a consolidar una buena cobertura básica: en general están condicionadas por cambios en la cultura organizacional, legales, en los sistemas de apoyo tales como el entrenamiento del personal, y por mejoras en los sistemas de información.

#### **1. Institucionalidad armónica y descentralizada**

Durante el régimen militar por vez primera se comenzó a percibir la necesidad de separar funciones en el sector salud que hasta ese momento tenían un alto grado de concentración y centralización. Se definieron tres, a ser ejecutadas por organismos diferentes: la función normativa y de control se radicó en el Ministerio de Salud, la ejecutora en los servicios de salud (SNSS) y la financiera en un organismo creado a tal efecto, el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Sin embargo, los diferentes entes retuvieron ciertas funciones híbridas, porque la reorganización en el plano nacional dio cabida a ambigüedades respecto de las atribuciones y responsabilidades de los diversos organismos (Oyarzo y Galleguillos, 1995, p. 40).

Durante el actual gobierno se ha tratado de profundizar una efectiva distinción de funciones en el subsector público, en aras de promover una oposición de intereses —por ejemplo, entre comprador y proveedor— que contribuya a maximizar la eficiencia. Permitir que se expresen los intereses diversos de los agentes a cargo de las diferentes funciones debe también aumentar la eficiencia porque cada uno se concentra en las habilidades necesarias para ejecutar adecuadamente su función, contribuyendo a la especialización de recursos en el proceso productivo (Ib., p. 32).

Se redefinió la misión del Ministerio: en aras de su función supervisora y normativa, éste no deberá tener funciones ejecutoras. Se estructuró además en tres divisiones y un departamento: División de Programas de Salud, División de Planificación Estratégica, División de Programas de Apoyo a la Gestión y Departamento de Presupuesto y Administración, y se estableció un gabinete unificado del Ministro y del Subsecretario. El Departamento de recursos financieros desapareció, trasladándose su función al FONASA<sup>19</sup>, quien concentra la función financiera y compradora. La función proveedora y productora se concentra en los servicios de salud, en aras de una organización armónica y sistémica (véase Diagrama 1).

El FONASA, de administrar básicamente la modalidad de libre elección y de servir como ente recolector y pagador de los servicios de salud, pasa a asumir las funciones de administración, control y compra del seguro público de salud de carácter solidario. Destacan entre ellas: establecer contratos con prestadores públicos y privados para promover eficiencia técnica y asignativa en el uso de los recursos; fiscalizar el correcto uso del seguro por parte de beneficiarios y prestadores a fin de minimizar la filtración de

recursos públicos; supervisar la recaudación de cotizaciones para minimizar la evasión; proveer directamente o por medio de terceros un servicio de intermediación que facilite el acceso a los beneficios y la interacción de los prestadores con el sistema; manejar la estructura de beneficios y copagos de acuerdo con las prioridades político-programáticas, y dentro de un marco de equidad y eficiencia (Oyarzo y Galleguillo, 1995, p. 43).

En ese marco, el FONASA ha externalizado una serie de tareas; por ejemplo, las de informática que permiten identificar y registrar adecuadamente a los beneficiarios, para evitar filtraciones y proveer información para la administración del seguro. Se han separado las cuentas de indigentes y cotizantes, cuyo efecto práctico es bajo, pero de gran importancia para romper el mito sobre el subsidio a los indigentes que fomenta la migración hacia las ISAPRES, y cuyo cálculo —restar a las cotizaciones los gastos correspondientes a la modalidad de libre elección— subestima las prestaciones efectivas: la encuesta CASEN, por el contrario, evidencia un subsidio a los cotizantes.<sup>20</sup> Conocer a los propios beneficiarios y obtener de las ISAPRES el registro de los suyos ha permitido restringir los subsidios cruzados; el registro completo de los dependientes de los beneficiarios de las ISAPRES se tendrá en 1997.

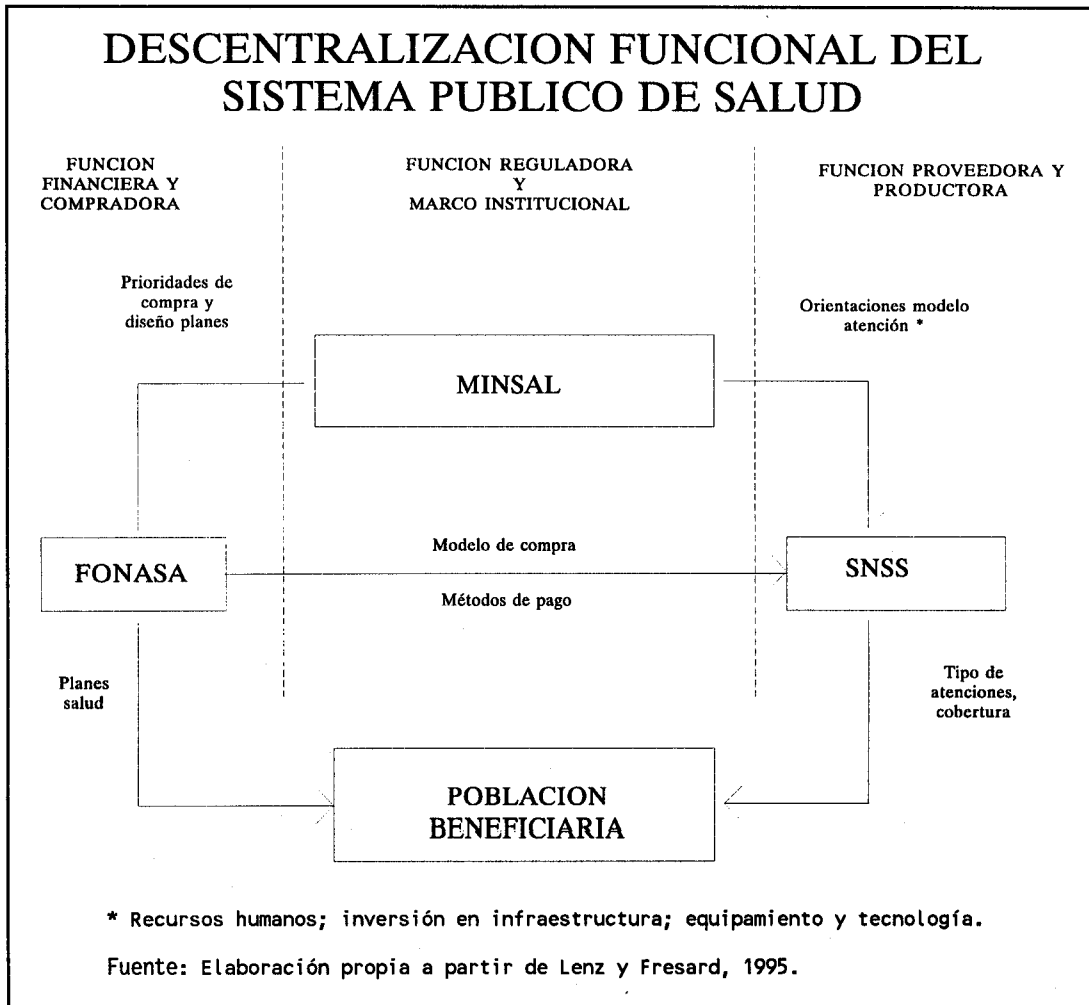
Por otra parte se ha establecido en el sector una nueva red de servicios ambulatorios especializados: los Centros de especialidades básicas, de referencia intercomunal desde los consultorios de atención primaria municipalizados, a cargo del Ministerio de Salud, y los centros de diagnóstico de alta complejidad, adjuntos a hospitales, pero con autonomía administrativa. Se han rehabilitado los hospitales, con un fuerte componente de inversión, y se han provisto recursos para su adecuada operación y mantenimiento. En relación con la atención primaria, el cambio fundamental atañe, como veremos, al financiamiento per cápita.

La descentralización ocupa un lugar central en los cambios y en el incremento de la equidad: la diversidad de los problemas de salud del país y las desigualdades propias de la transición epidemiológica polarizada<sup>21</sup>, son factores que acarrearán un crecimiento de la demanda y exigen una flexibilidad de la oferta. Luego, la descentralización debe permitir acercar las decisiones a las personas y adoptar cursos de acción más adecuados a las características epidemiológicas y geodemográficas propias de cada región, y se entiende como un proceso de distribución de poder, recursos, riesgos y oportunidades a los servicios de salud (MINSAL, 1994).

La reforma de la institucionalidad implica aún, por tanto, traspasar al nivel local una serie de actividades ejecutoras que sigue cumpliendo el Ministerio, lo cual debiera traducirse en una reducción de éste. Además, se plantea nuevamente la idea de profundizar la descentralización funcional en marcha, incrementando las capacidades descentralizadas de los servicios de salud que, a su vez, se transformarían de administradoras de la red pública en entidades reguladoras de unidades asistenciales autónomas que garanticen el derecho a la salud.<sup>22</sup> En ese contexto es interesante señalar que el Colegio Médico opina que los directores de servicio debieran nuevamente ser nombrados por concurso<sup>23</sup>, y que el señor Ministro afirma no tener inconvenientes para ello, siempre y cuando se pongan requisitos para el concurso en cuanto a materia de gestión y administración y que ellos sean removibles.<sup>24</sup>

Respecto del sector privado se ha tratado de limitar la selección adversa de beneficiarios, de garantizar mayor transparencia y equidad a las relaciones contractuales entre las ISAPRES y sus afiliados, y de controlar los subsidios cruzados e implícitos brindados por el sector público (Ministerio de Salud, 1995h). Se afirma que la persistente dualidad del sistema, expresada en la diversa lógica de sus subsistemas y en la ausencia de competencia entre ambos, origina regulaciones que podrían tener que ser crecientes y acarrear altos costos administrativos.<sup>25</sup>

Diagrama 1



Cambios institucionales de mayor raigambre en cuanto a la morfología del sector se encuentran en un estado germinal de discusión.<sup>26</sup> Por su trascendencia, se destaca la reciente propuesta de un Plan integral de salud con una solidaridad razonable y cobertura universal y obligatoria, que garantice efectiva libertad de elegir el seguro de salud y el proveedor de atenciones en el campo público y privado, sin posibilidad de rechazo por parte de las instituciones aseguradoras (Oyarzo, 1995, punto V).

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

El plan implicaría determinar: el organismo encargado de la función redistributiva que ejercería como seguro de segundo piso para garantizar los montos por persona que

financiarían el plan integral; los organismos que funcionarían como seguro de primer piso otorgando directamente la cobertura de salud; el organismo encargado de la función reaseguradora para eventos catastróficos; el organismo encargado de la regulación de la seguridad social de salud. También, evaluar la actual cotización obligatoria en lo que respecta a su monto y su vinculación al ingreso, y precisar el papel del aporte fiscal y de los copagos (Oyarzo, Ib.).

En aras de un sistema de seguridad social integrado y solidario, estable y viable en términos financieros, se transitaría de una lógica de seguro individual a una lógica de seguro colectivo creando un centro de regulación de seguros eficaz. Ello no implica una pérdida de importancia relativa del sector privado, y plantea un gran desafío para la red asistencial actual en términos de aumentar su eficiencia. Tendría que contemplar además mecanismos eficaces de contención de costos.<sup>27</sup>

## 2. Los compromisos de gestión

Se ha afirmado que en Chile los problemas de gestión no provienen esencialmente de limitaciones administrativas e institucionales, sino de la cultura organizacional que no favorece ni requiere un proceso ordenado de objetivos y evaluación de resultados, necesario para evaluar eficacia y eficiencia (Marcel, 1993a, p.12).

A contrapelo de esa cultura, se destaca una nueva herramienta tendiente a facilitar la delegación de autoridad y a permitir la evaluación y supervisión de lo delegado, a saber, los "compromisos de gestión", firmados entre el Ministerio y las direcciones de los servicios de salud, que descentralizan en los últimos la gestión. A su vez, los servicios negocian con los hospitales.

El acuerdo anual establece el tipo de servicios a brindar, el nivel de asignación y transferencia de recursos, las metas de crecimiento, así como indicadores de desempeño para evaluar las metas acordadas, que son fundamentalmente índices de actividad. Los resultados concretos de la gestión se transforman así en el núcleo de la asignación del financiamiento, establecido contractualmente (véase Diagrama 2).

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

Ello representa una ruptura con la lógica de remesas presupuestarias históricas. Durante la vigencia del compromiso 1995, los recursos entregados por el FONASA equivalen a las remesas históricas de los servicios a la fecha más, cuando así corresponda, recursos adicionales por criterios de equidad. Sin embargo, a partir de allí, todos los recursos estarán condicionados a la actividad desarrollada por los servicios, con lo cual con cada compromiso no se comprometen los recursos para los períodos siguientes.

La gama de objetivos generales<sup>28</sup> del instrumento es muy amplia, y contempla: incentivar la eficacia, resolutivez y calidad técnica en la prestación de servicios, y la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos; incorporar criterios de equidad al

asignar recursos; mejorar la cobertura y estimular la satisfacción del usuario; modificar la cultura administrativa, desde el interés por los procesos hacia aquel por lograr resultados, asignando valor a la planificación y al análisis de resultados.

Diagrama 2



El instrumento pretende establecer objetivos más claros, definir indicadores de monitoreo de las atenciones, y evaluar la gestión de lo delegado. Se trata de una estrategia participativa, ya que las áreas de salud definen conjuntamente con el Ministerio su misión y su identidad y las necesidades financieras concomitantes, reflejando también las metas del Ministerio. Involucra, por tanto, un juego de poder en su negociación.

Todo ello requiere modificar en varios planos las relaciones interinstitucionales: definir metas entre el nivel central y los respectivos servicios de salud, en forma libre y conjunta, para comprometer la asignación de recursos; coordinar y compatibilizar las áreas técnica asistencial y la administrativo-financiera; velar por la consistencia entre las

actividades de los SNSS y las prioridades y políticas nacionales en el ámbito de la salud (Lenz y Fressard, 1995).

Los compromisos tienen una perspectiva integral: incluyen las áreas programática, financiera, de recursos humanos e inversiones. En esta perspectiva, los servicios son vistos como "holdings"; el sistema de salud se concibe como un "macroholding" que consta de 27 servicios y de 4 instituciones autónomas. Están involucradas en su elaboración todas las unidades del Ministerio, más el FONASA y los directores de los servicios; el FONASA interviene como un comprador de acciones de salud, que supervisa el cumplimiento de metas de actividad.<sup>29</sup>

Los compromisos cumplen un papel ordenador fundamental: permiten sintetizar la multiplicidad de relaciones que se dan entre el Ministerio y los servicios de salud en un solo documento, que ordena y explicita las reglas del juego. Antes de su implantación, tradicionalmente los servicios de salud y cada instancia específica del nivel central generaban acuerdos bilaterales, formales e informales, lo cual acarrea descoordinación, duplicaciones, incoherencias y contraposiciones, e insumía importantes recursos para efectuar tareas de "lobby" (Ib., pp. 15, 16 y 37).

Es interesante que están previstos ajustes de precios del arancel de transferencia por localización o por efectuar tareas de docencia. Además, para desarrollar las acciones de salud en el marco de la política sanitaria del MINSAL, los servicios deben elaborar una propuesta de plan de salud que considere: mejorar el acceso a la salud, especialmente a los más pobres; mejorar la gestión hospitalaria; fortalecer acciones de promoción, prevención y protección de la salud, la participación social y mejorar acciones de salud en materia ambiental.

Por otra parte, cabe destacar que el compromiso de gestión como instrumento se está utilizando también con los organismos autónomos: en 1995 el FONASA, el Instituto de Salud Pública, la Central Nacional de Abastecimiento y la Superintendencia de ISAPRES suscribieron compromisos de gestión con el Ministerio. Además, en el mismo año las quince "fuerzas de tarea" que se crearon dentro del Ministerio con una acción transversal respecto de las estructuras formales, suscribieron con éste "compromisos de acción", al igual que las divisiones y el departamento que lo integran. Se está utilizando también en relación con la atención primaria municipalizada.

Dentro del ámbito de esos indicadores, lo pactado ha variado mucho de un servicio a otro; por ejemplo, en lo que respecta a metas de cobertura o a la población beneficiaria del examen preventivo. Actualmente el sistema está en una etapa inicial, de aprendizaje de la evaluación que se ha realizado en forma trimestral. Implícitamente se trata de una suerte de marcha blanca, pero su uso se ha percibido efectivamente en los SNSS como algo serio e irreversible y la evaluación va a tener consecuencias respecto de eventuales remociones de los directores de los servicios. También se está reflexionando sobre la calidad y pertinencia de los indicadores: los usados son más propios de la pretransición epidemiológica, y pueden ser reformulados para considerar especificidades locales y regionales, para lo cual un buen insumo serán los planes de salud elaborados por los servicios.<sup>30</sup>

De hecho, los planes locales de salud deberán convertirse en los ejes articuladores de los compromisos, por su vocación de integralidad y para hacer frente al perfil epidemiológico y a los problemas emergentes.

En cuanto a semejanzas con reformas en otras latitudes, cabe destacar la experiencia británica, y particularmente la del Sistema Nacional de Salud, una de las principales modernizaciones del sector público en los años ochenta. Fue entonces cuando se crearon mercados internos, diferenciando y separando el papel de las autoridades distritales de salud, en tanto compradoras de servicios, de aquél de los hospitales como prestadores de

servicios, y que se relacionan entre sí mediante acuerdos contractuales (Naschold, 1993, p.49).

### 3. Elevación de la productividad de los recursos humanos

Realizar una reforma en el plano de la gestión tiene fuertes componentes políticos. De allí que aspectos fundamentales, como el introducir formas alternativas de manejo de los recursos humanos, suponga intensos conflictos y negociaciones, proceso aún en marcha.

En agosto de 1994, el documento conocido como "Informe de Caldera" (contenido en: Colegio Médico, 1995), elaborado por el Ministerio del sector desató una fuerte discusión sobre la productividad de las horas médicas en las veintiseis áreas del Sistema Nacional de Salud. Mostraba una notable caída de ésta respecto de tres unidades de servicio: egresos, atenciones médicas e intervenciones quirúrgicas.

Mientras que en el período 1989-1993 las horas médicas contratadas se habían incrementado notablemente, al pasar de poco más de 180.000 por semana a más de 300.000, lo cual representa un aumento superior al 66%, los productos considerados aumentaron en una proporción muy distinta. Es así como los egresos aumentaron levemente, manteniéndose en cerca de un millón al año; medida la productividad como egresos por hora-médico, ella experimenta un drástico descenso del 34%. Por su parte, las atenciones médicas del SNSS se incrementaron de 13,6 millones a 14,7, es decir, en un 8,1%, lo cual significa una reducción del 34,8%. En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, que se redujeron de 939.000 a 851.000, el decrecimiento de productividad de las horas médicas, del 45%, resultaba el mayor.

Se trata, como se ve, de un cálculo que no introduce posibles ajustes, que pudieran dar una visión clara sobre las causalidades, los factores intervinientes y su ponderación. Por ejemplo, aquellos relativos al número de consultas que debían atenderse por hora antes y después de la ampliación de las horas médicas. Respecto de las intervenciones quirúrgicas, ajustes en el caso de que ello pudiera reflejar logros de eficiencia en otros niveles de intervención.

El gremio médico adujo que el cálculo no tomaba en cuenta la mejora lograda en la calidad de las prestaciones, expresada en ejemplos como la reducción de la mortalidad en Temuco, que el aumento de horas médicas habría tenido lugar para mejorar la calidad de la desmedrada atención y no la productividad. Además, que la responsabilidad general de la situación de los hospitales se hacía recaer en los médicos, y que se sobredimensionaba el aumento efectivo de horas médicas (Vacarezza, en Cámara de Diputados, 1995, pp. 127-128).

Los médicos arguyeron algunos elementos interesantes. Por ejemplo, estimar si el nivel primario había influido en la inelasticidad de la demanda; el distinguir subconjuntos en el numerador: por ejemplo, el aumento de la cirugía electiva vs. la disminución de la cirugía de urgencia; la necesidad de desglosar horas por especialidades; considerar el efecto del aumento de algunas horas profesionales, tales como de anestesistas, hematólogos, radiólogos, neonatólogos, en mejor calidad de la atención y disminución del riesgo y que no se refleja necesariamente en mayores egresos; la reducción de afiliados al SNSS como causa del descenso de la demanda. Se señaló que la generalidad del indicador, debido a la heterogeneidad de la materia estudiada, podría conducir a conclusiones engañosas: el incremento de intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, incluso puede reflejar fallas de calidad o de la oportunidad de la atención médica previa, mientras que su disminución puede relacionarse parcialmente con el manejo ambulatorio de pacientes de acuerdo con nuevos procedimientos y tecnologías (Colegio Médico, 1995, *passim*).

Se subrayó la ausencia de normalización en los cálculos de la pauta de consultas, que disminuyó entre 1989 y 1993 de seis a cuatro pacientes por hora, y se expresaron dudas sobre calidad de los registros. Se planteó lo erróneo de identificar número de egresos con igual número de pacientes: la disminución de egresos puede reflejar mejoras de las políticas de admisión hospitalaria y de la resolutivez de las intervenciones (Ib.).

Utilizando los estándares vigentes para calcular las horas médicas necesarias, incluso llegaron a concluir que existía un déficit de horas para realizar las tareas de acuerdo con estándares de calidad (Ib., p.7). CIEPLAN por su parte, para obtener un diagnóstico más detallado y contribuir a una visión de consenso sobre el problema aplicó la misma metodología, desglosando por servicios de salud. Si bien el déficit nacional estimado, de 30.000 horas, vale decir del 9.1% sobre la dotación efectiva, es menor del de 34.902 señalado por los médicos, lo más interesante es la contrastante singularidad de los servicios: mientras que Valdivia tenía un déficit equivalente a un 46% de su dotación, los servicios de salud de la región metropolitana, con excepción del Servicio Metropolitano Sur, tenían un exceso de horas médicas que fluctuaba entre un 7% y un 34% de la dotación efectiva. Ello pone sobre el tapete interrogantes respecto de cómo las cifras aluden al grado de cumplimiento de horas contratadas en la región metropolitana, a diferenciales de productividad de los médicos en las diferentes regiones, a diferencias de calidad de las prestaciones en los diferentes servicios etc. (Celedón, 1994).

El argumento sobre calidad se ha rebatido apuntando a que las mejoras de equipamiento e infraestructura introducidas en el período debieran haberse reflejado en una elevación simultánea de la calidad y de la productividad de las horas médicas.<sup>31</sup>

Los resultados del informe de Caldera, en todo caso, dan pie para reflexionar sobre la expansión irracional de las plantas<sup>32</sup> y, en general, sobre su inadecuada estructura. La disociación del crecimiento de las horas médicas respecto de la actividad, en tanto fenómeno global, evidencia importantes ámbitos de problemas:<sup>33</sup> la contratación excesiva en ciertas áreas donde no se veló adecuadamente por la combinación de insumos necesaria; el haber promovido la calidad, pero vista como un acto individual; la gran inflexibilidad del manejo de los recursos humanos y de su contratación que lleva a que todo cambio deba producirse por aumento; la inadecuación de los recursos al nuevo perfil epidemiológico y a las nuevas técnicas; la necesidad de introducir los 65 años como edad para pensionarse.<sup>34</sup>

Por otra parte, la aspiración del gobierno de vincular parcialmente el incremento de remuneraciones ambicionado por los profesionales del sector al logro de reformas de la ley 15 076 convirtió este ámbito precisamente en uno de los más polémicos, y la medición de la productividad devino un punto neurálgico. En ese marco, el Colegio Médico rechazó inicialmente en forma taxativa que las remuneraciones se ligaran con la productividad médica, "por cuanto no existe en el mundo ningún índice válido que permita medirla" (Vacarezza, en Cámara de Diputados, 1995, p. 125).

Que las modificaciones de la gestión de recursos humanos implican importantes costos de transición, se refleja claramente en las posiciones de los gremios.<sup>35</sup>

El ostensible componente político de la reforma permite reconocer ámbitos de problemas surgidos también en las experiencias de otros países. En la reforma inglesa de los ochenta, por ejemplo, fue difícil desarrollar indicadores cualitativos a pesar de la relevancia de medir adecuadamente el desempeño cualitativo en aras de mejorar la calidad en el marco de la modernización. Los sindicatos de funcionarios opinaban que la elaboración de tales indicadores no había tenido la misma prioridad que la de indicadores cuantitativos y de desempeño financiero, y el importante "Treasury and Civil Service Committee" también señalaba la importancia de difundir los objetivos, y de optar por indicadores

satisfactorios en consulta con los empleados y administradores (Hardy et.al., 1990, p. 107).

La discusión sobre productividad en Chile evidencia la necesidad de aclarar conceptos en torno a indicadores de eficiencia. Productividad remite al uso eficiente de recursos para restaurar la salud o para realizar intervenciones preventivas que impidan cuadros de morbilidad o mortalidad. Sin embargo, en ocasiones, conceptualmente se identifica erróneamente elevación de la productividad con un incremento abstracto de prestaciones de salud o de acciones médicas, o con una extensión de la duración de las mismas.<sup>36</sup>

Por el contrario, aumentar prestaciones puede expresar reducciones de productividad o baja productividad; es el caso cuando factores tales como el modelo de financiamiento propician sobreprestaciones de servicios que incrementan innecesariamente las acciones destinadas a lograr un efecto curativo, acarreando escaladas de costos. O cuando se incrementan utilizando insumos que fueron concebidos para fines técnicos más sofisticados; tal ineficiencia técnica ocasiona de hecho una subutilización de la capacidad instalada y una baja de la productividad.<sup>37</sup> La productividad del incremento de actos médicos destinados a prevenir o curar debe analizarse como una función de producción: se deben considerar los costos que representa en el espectro de alternativas técnicas eficaces para cumplir con los objetivos de salud, el uso de la capacidad instalada, la pertinencia de los insumos utilizados y de su combinación.

Dialogando sobre productividad,<sup>38</sup> se han logrado acuerdos importantes en torno a la necesidad de "medir resultados en salud" para optimizar el uso de recursos y lograr eficiencia, buscar equidad, negociar recursos y adaptarlos a las exigencias del perfil epidemiológico. Diversos actores han coincidido respecto de que los estándares de calidad, metodologías e instrumentos de medición deben acordarse a priori entre los involucrados, al igual que indicadores de calidad para los compromisos de gestión. Han subrayado también la necesidad de considerar importantes elementos contextuales en la evaluación de productividad tales como: la calidad del servicio, la satisfacción de los actores involucrados en los procesos del quehacer en salud y de los usuarios (Taller productividad, 1994, pp. 11 y 13).

Por otra parte, iniciativas con otros sectores han contribuído al clima de negociación. En relación con los trabajadores de la salud municipalizada, fue el caso del apoyo al estatuto de atención primaria. Respecto de los trabajadores no profesionales agrupados en la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), se negoció en 1994 un programa de mejoramiento del entorno laboral, cuyas prioridades se definen en cada hospital y que han cubierto desde mejoras del casino, hasta uniformes y vestidores. Con estos sectores ya se está experimentando con incentivos al desempeño: se estableció recientemente el incentivo económico laboral, según el cual se da un sueldo extra al 16% de los mejores funcionarios, para llegar el próximo año a cubrir al 20%. A un contingente importante de personal paramédico le fue acreditada su condición de técnicos, con lo cual reciben asignación profesional.<sup>39</sup>

Tras el conflicto de noviembre de 1994, el Ministerio de Salud y el Colegio Médico acordaron participar conjuntamente en la instancia política técnica convocada por los presidentes de los partidos de la Concertación para tratar el proceso de reforma y modernización del Sistema de Salud chileno. Se proponía involucrar la totalidad del sistema de salud, incluida la salud privada, fortalecer el subsistema público, y realizar la reforma bajo los principios rectores de la equidad, la solidaridad, la participación, la responsabilidad del Estado y la descentralización.<sup>40</sup>

Un importante acuerdo marco con los médicos y profesionales regidos por la ley 15 076, permitió aunar criterios que engloban una pluralidad de objetivos unificados por

la eficiencia y vinculados con criterios de equidad.<sup>41</sup> En aras de la equidad, debe asegurarse en todas las localidades la presencia de los recursos humanos necesarios. La /administración de recursos humanos se flexibilizará mediante la fijación de reglas generales nacionales y la radicación local de la responsabilidad de gestión.

Se constata la necesidad de un sistema de remuneraciones y de incentivos que facilite cumplir con los objetivos, utilizar óptimamente los recursos y comprometer a los profesionales con los servicios de salud. La antigüedad, los méritos laborales, la calidad del desempeño, las características de la tarea, la capacitación y la experiencia se reconocen como elementos sustantivos de la carrera funcionaria.

Por otra parte, la necesidad de incluir incentivos variados para los distintos grupos de profesionales: el acceso a la capacitación y especialización en el caso de los jóvenes; estímulos para la permanencia de los grupos mayores que asuman la dirección del sistema y aseguren la estabilidad y excelencia de la atención; modalidades especiales de contratación para el segmento de alta calificación y experiencia. De allí que se proponga:

a) Racionalizar el sistema, vinculando las contrataciones con el plan de trabajo que desarrollen los servicios y establecimientos de salud, y ampliando los márgenes locales de flexibilidad.

b) Establecer una estructura de personal que reconozca la importancia de una dotación flexible de recursos humanos. Ella estaría constituida por un estamento de dirección y de soporte de las funciones permanentes, encargado de la asistencia, supervisión y formación; un estamento transitorio, asistencial en formación y desarrollo; un tercero, ocasional, para consultoría y apoyo. Mientras que los dos primeros conformarían dos plantas, el tercero dispondría de un volumen de horas ocasional, asignable según las necesidades.

c) Modificar los mecanismos de nombramiento. El acceso a los cargos de planta sería por concurso; el paso del estamento transitorio al permanente también sería por concurso. Para permanecer en el sistema, se requeriría además una acreditación cada cinco años.

d) Integrar la capacitación como parte de la carrera funcionaria y como responsabilidad de los servicios. Sería una obligación y un derecho de los funcionarios, y se ejercería en concordancia con el plan de trabajo.

e) Elaborar, en forma descentralizada y participativa, y partiendo de parámetros nacionales comunes, un sistema de evaluación que se utilice en la carrera funcionaria para la promoción y las remuneraciones, y sirva de base para elaborar el plan de trabajo del servicio o establecimiento.

f) Modificar el sistema de remuneraciones, que pasaría a tener dos componentes. El universal, igual para todos los profesionales, estaría compuesto por el sueldo base por hora semanal contratada independiente de las funciones desempeñadas, más una asignación por experiencia, que reconozca la antigüedad del desempeño funcionario y sea homologable a los trienios vigentes. Por su parte, el componente flexible sería un incentivo al buen cumplimiento del ejercicio de una determinada función y consideraría responsabilidad, turno y desempeño.

Pese a estos acuerdos, contenidos en la propuesta de la comisión técnica bipartita realizada en febrero de 1995, las discrepancias respecto del incremento de remuneraciones del personal del servicio diurno llevaron a que el Colegio Médico ordenara paralizar actividades en dos ocasiones durante el mes de abril. Una vez superado el conflicto, fue posible suscribir un Acta de acuerdos entre el Ministerio y el Colegio en julio de 1995, que fijó como áreas de acción: incorporar a los profesionales de la ley 15 076 a los mecanismos de participación que promovía el Ministerio de Salud; mejorar el ambiente de trabajo y la gestión del recurso humano; incrementar y optimizar los recursos financieros para el

sector público de salud; mejorar el marco legal que rige el otorgamiento de subsidios de enfermedad; reformar la ley 15 076. Posteriormente, una nueva Comisión Mixta Ministerio de Salud-Colegios Profesionales sobre la Ley 15 076 entregó en septiembre 1995 un informe que definía las principales orientaciones para la reforma de dicha ley, y en las cuales se basa el proyecto de ley presentado al Congreso. Subsisten discrepancias con los gremios médicos que, aún identificados con una acreditación por años de servicio, aducen que los concursos no garantizan la carrera funcionaria.<sup>42</sup>

El proyecto de ley presentado el 4 de octubre por el Ministerio de Salud a consideración de la Cámara de Diputados fija un nuevo estatuto para los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los servicios de salud y que no ocupen cargos de exclusiva confianza, reformando la ley 15 076 en lo referido al sistema de contrataciones, las remuneraciones y otros aspectos de la relación laboral de los profesionales de los servicios de salud. Se trata de un proyecto muy innovador, posiblemente en escala latinoamericana.<sup>43</sup>

La manera en que se establece la dotación de personal flexibiliza significativamente la conformación de las plantas de los servicios de salud. La dotación de personal de los servicios de salud se efectuaría mediante una asignación anual de horas cronológicas de trabajo semanal mediante resolución del Ministerio de Salud.

A la vez, se descentraliza la toma de decisiones en los directores de los servicios quienes, por ejemplo, al disponer de las horas liberadas al cesar en sus funciones por cualquier causa un profesional adscrito al ciclo superior pueden adecuar la planta a nuevos requerimientos. Cabe destacar también que las causales de cese en el servicio pueden ser determinados por su director.

En cuanto a la carrera funcionaria, si bien esta se basa en la antigüedad, a ello se suma el desempeño, el mérito y la eficacia en aras de metas de excelencia, mediante variados instrumentos. Por una parte, mediante la estructuración de dos ciclos en que estarían insertos los profesionales. En el ciclo de formación, se insertarían los profesionales que se encuentren en fase de perfeccionamiento y desarrollo de sus competencias. En el superior, los que desempeñen funciones que implican la aplicación sistemática de sus conocimientos y competencias, la formación de nuevos profesionales, o la coordinación y supervisión de equipos de trabajo; estaría conformado por tres niveles, de nueve años cada uno.

El ingreso a cada ciclo y la promoción entre los niveles del ciclo superior sería por concurso. Cuando un profesional no califique para acceder al nivel siguiente, se podría extender su contratación hasta por 3 años en el ciclo o nivel que se encuentre bajo las mismas condiciones contractuales, pudiendo seguir participando en los concursos y disfrutando de la asignación de antigüedad.

Se determina que los servicios de salud deben evaluar anualmente a sus funcionarios, teniendo como criterios de calificación del desempeño: distinción, normal, condicional y deficiente. La existencia de diversas bonificaciones suponen desarrollar procesos de evaluación que permitan aplicar mecanismos serios de calificación.

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

El sistema de contrataciones refleja un espectro diverso de tareas y de responsabilidades que permite acoger diversas motivaciones e intereses de los profesionales. El mejoramiento de la gestión se ve apuntalado por una distinción de funciones en la carrera con estímulos diferenciados, entre aquéllas de carácter estrictamente médico y las relativas a las llamadas "funciones de responsabilidad de gestión" que requieren destrezas

relativas a la capacidad de comprometer recursos humanos, físicos y financieros orientados al logro de los objetivos que establece el plan o programa del establecimiento asistencial. Ellas deben ser desempeñadas por profesionales pertenecientes a cualesquiera de los distintos ciclos y niveles que establece la ley, con una dedicación mínima de 22 horas de jornada semanal distribuidas a los menos en cinco días de la semana. Serán concursables cada cinco años.

En cuanto a las remuneraciones, se distinguen las permanentes y las transitorias. Las primeras son definidas como "aquellas retribuciones pecuniarias fijas y continuas, asignadas a los profesionales conforme a los ciclos y niveles estipulados en sus contratos o nombramientos" y que comprenden:

i) El sueldo base se define como retribución de carácter fijo y por períodos iguales para todos los profesionales regidos por esta ley. Constituye la única base de cálculo para el goce de las demás remuneraciones que se establecen. El sueldo base mensual por la jornada de 44 horas será de \$ 294.488, debiéndose reajustar en los mismos porcentajes y oportunidades que se determine para las remuneraciones del sector público.

ii) La asignación de antigüedad se concederá al profesional contratado o nombrado en los servicios de salud, por cada tres años de servicios efectivos, con un límite de 10 trienios

iii) La asignación de experiencia calificada, se concederá en reconocimiento a la alta calificación y nivel de competencia de los profesionales. Tendrán derecho a esta asignación los profesionales del ciclo superior en las siguientes proporciones: nivel 1: 40%; nivel 2: 82% y nivel 3: 102%.

El sistema de remuneraciones permanentes, al reconocer la antigüedad, estimula la permanencia de los funcionarios en el servicio, pero asociada con contratos cuya renovación depende de concursos periódicos. La asignación de experiencia calificada, que puede alcanzar hasta un 102% del sueldo base, también estimula la permanencia de personal de excelencia. Es significativo en este contexto la incorporación del concepto remuneraciones transitorias y las bonificaciones al desempeño individual del 25% de los mejores funcionarios.

Las remuneraciones transitorias, por su parte, "son aquellas retribuciones pecuniarias discontinuas, variables y a las cuales se tiene derecho en atención a la naturaleza de las funciones a desarrollar, las condiciones de trabajo, y a las características del desempeño". Son remuneraciones transitorias las siguientes:

i) Asignación de responsabilidad: cubre las horas profesionales desempeñadas en responsabilidades de gestión. A tal efecto, el reglamento establecerá niveles de complejidad de establecimientos, categorías de responsabilidades de gestión, y de jefaturas funcionales, que definirá el servicio de salud. Esta asignación no podrá ser inferior a un 10% ni superior a un 130% del sueldo base por las horas dedicadas a estas funciones.

ii) Asignación de estímulo: se otorga por las horas de la jornada semanal que los profesionales desempeñen en actividades, lugares o condiciones que el Servicio de salud correspondiente requiera para cumplir los planes y programas de salud. El reglamento respectivo, dictado por decreto supremo del Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministro de Hacienda, determinará las categorías y los montos porcentuales asignables.

iii) Bonificación por desempeño: se otorga anualmente en forma individual a los profesionales mejor calificados de cada establecimiento, y sobre una base colectiva a todos los profesionales de los establecimientos o de sus unidades de trabajo que cumplan las metas de desempeño institucional. La bonificación individual se pagará anualmente al 25% de los profesionales de mejor desempeño del año anterior de acuerdo con el siguiente sistema: 10% para el 15% de los profesionales mejor evaluados y 5% para el 10% que les siga en orden descendente de evaluación. La bonificación de desempeño colectivo

institucional podrá abarcar el 100% de los profesionales de un establecimiento o unidad de trabajo, y puede ascender hasta un 10% del sueldo base. El reglamento establecerá las normas necesarias para la adecuada concesión de este beneficio.

En cuanto a la asignación de estímulo, se preve una dictación centralizada del reglamento por parte del Ministerio de Salud y suscrita por el Ministerio de Hacienda, lo cual puede inhibir la flexibilidad de la gestión. Pudieran contemplarse, por el contrario, orientaciones generales del Ministerio de Salud con base en las cuales cada director del Servicio mediante resolución fundada estableciera las causales y porcentajes específicos de la asignación.

Por su parte, destinar hasta el 10% del presupuesto total de remuneraciones de los profesionales regidos por esta ley para contratar profesionales de alto nivel permite reclutar profesionales de excelencia con salarios competitivos. Sin embargo, la eficacia de la medida puede verse limitada porque se determina exclusivamente para acciones ocasionales o puntuales.

Como se ve, la estructura de la carrera funcionaria y el sistema de remuneraciones es compatible con la idea de asignar responsabilidades individuales en el proceso de generación del producto y con los incentivos al desempeño.

Se norma la capacitación a la cual pueden acceder los profesionales según las actividades contempladas en los planes anuales de los servicios de salud que incluye programas de especialización hasta de tres años. El beneficiario debe retribuir al servicio de salud su trabajo por un tiempo igual al utilizado en el programa de capacitación.

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

Resulta muy interesante el entrelazamiento que plantea el proyecto entre el desempeño individual y el desempeño institucional de los SNSS, presente en disposiciones tales como la bonificación al desempeño colectivo, o la relativa a la situación contraria, cuando una reducción del presupuesto del servicio puede conducir al egreso de un funcionario, la cual puede ser fundamental como mecanismo de ajuste de los recursos humanos a la demanda de servicios que limite la sobreoferta o bien la escasez de ciertos recursos humanos. Ello, mirado en la perspectiva de los compromisos de gestión, promueve la adecuación entre recursos humanos y los acuerdos pactados.

Como se ve, el contemplar tres niveles de concurso propone algo distinto a los acuerdos previos que planteaban sólo un concurso para acceder al estamento permanente conformado por los cargos de planta. De allí las discrepancias en torno a este punto: los médicos señalan que ello no garantiza una carrera funcionaria y representa una eliminación de funcionarios: el concurso debiera usarse sólo como vía de entrada, el ascenso debiera ser por acreditación, y quien no asciende debiera poder permanecer en el cargo. Objetan que se trata de debilitar al gremio cubriendo con el proyecto sólo a los profesionales que laboran en los SNSS, dejando por fuera a las universidades, atención primaria, fuerzas armadas. Impugnan que la autonomía de los directores para modificar el destino de los cargos según el proyecto es muy amplia, y que debiera tomarse en cuenta la opinión de los jefes de servicios clínicos y la de los directores de hospitales para garantizar un mayor criterio técnico. Afirman que se incluye un punto ilegal, que convierte la asignación de zona en un estímulo discrecional, siendo éste un reconocimiento en todos los regímenes públicos de contratación.<sup>44</sup>

Para las autoridades, lo más importante de los concursos es que el mecanismo permite determinar la estructura y racionalidad de las plantas: cuántas personas se

requieren en cada nivel. Por el contrario, la acreditación crearía una barrera técnica en ese sentido.<sup>45</sup>

Por otra parte, el debilitamiento de la figura de contratación de personal de alta calificación con remuneraciones extraordinarias, propuesta sólo para acciones ocasionales o puntuales en el proyecto, posiblemente refleja la incidencia de presiones de los gremios médicos.

En este marco cabe reflexionar sobre si las remuneraciones transitorias pudieran tergiversarse en el futuro dando paso a rupturas incontenibles de los salarios. Será fundamental, por ello, cautelar que los componentes flexibles de la remuneración al mérito actúen efectivamente como una gratificación individual y no catapulten presiones reivindicativas igualitarias por parte de los gremios,<sup>46</sup> lo cual, además de eliminar su exclusivo propósito, acarrearía una escalada de costos.

Ya que tal argumento podría esgrimirse contra las innovaciones, cabe reflexionar sobre la relación de los componentes salariales flexibles con los procedimientos de negociación salarial vigentes, y sobre si la instauración de remuneraciones flexibles debiera conducir en el futuro a modificaciones de las formas de negociación salarial. Se insertan aquí, por ejemplo, planteos<sup>47</sup> sobre sustituir la "triple" negociación actual de acuerdo con la cual se negocia primero centralizadamente con Hacienda, resultado que constituye un piso "perdido" para las negociaciones sectoriales y descentralizadas ulteriores: esta triple negociación debiera sustituirse por una negociación eminentemente descentralizada, en el marco de la cual se negocie con Hacienda estrictamente el reajuste por inflación.

Planteamientos como el anterior, de hecho, supondrían liberalizar el sistema presupuestario, ya que suponen como competencia de las autoridades sectoriales la toma de decisiones respecto de mejoras salariales vinculadas con el desempeño y con el incremento de la productividad de los servicios.

#### **4. Financiamiento vinculado con el desempeño y la equidad**

Por los problemas que se señalaron, los mecanismos de financiamiento tradicionales se encuentran en un proceso de sustitución por otros que buscan incrementar la eficiencia y equidad del uso de recursos.

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

Habiendo hecho un estudio de las prestaciones más frecuentes y de las más caras, se tipificaron cuarenta PADs, de los cuales se seleccionaron veinte, ya que sólo dieciocho de ellos representan el 30% de los egresos hospitalarios; lo demás se sigue financiando por prestación individual. Ello pretende limitar los costos de administración del sistema.<sup>48</sup>

Los PPs y los PADs se pagarán prospectivamente en el marco de los compromisos de gestión. Las diferencias entre los servicios planificados y efectuados se revisarán al

final de cada período. Inicialmente, sólo serán considerados los insumos no relativos a salarios, que seguirán siendo pagados por el gobierno hasta que se apruebe la nueva ley sobre personal de salud.

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

## **5. Una gestión informada**

El desarrollo de esta área, ahora incipiente, será fundamental, condicionado por las numerosas exigencias que implica usar instrumentos tales como los compromisos de gestión o la evaluación del desempeño para otorgar sanciones o reconocimiento. De allí que pueda afirmarse que todas las reformas enunciadas implican nuevos requerimientos de información, en aras de una adecuada microgestión de los factores.

Para instaurar una gestión informada, es crucial identificar baches de información, velar por su utilidad y oportunidad, su interrelación su uso para la planificación y la toma de decisiones. Por ejemplo, el poder vincular actividades y costos.

De allí la importancia de iniciativas tales como la creación del Sistema Nacional de Informática en Salud, el sistema de información para la gestión hospitalaria (Vergara y Loyola, 1993, p.17), o la estandarización de la información producida por los servicios de salud (Lenz y Fresard, 1995, p. 18)

#### IV. LOS MÁRGENES DEL CAMBIO

El modelo dual de salud vigente acota de manera significativa el margen de maniobra de las reformas de gestión. Ello porque fundamentalmente se trata de regular, desde lo financiero, elementos que son endógenos: por ejemplo, el ausentismo y el incumplimiento de las jornadas médicas, relacionados con los diferenciales de salarios entre ambos sectores. Tales medidas de equilibrio parcial, sin embargo, difícilmente pueden evitar la generación de transvases entre los dos subsistemas que reducen la eficiencia y eficacia del sector público: en general, en un sistema dual el eslabón más débil pierde, teniendo que adaptarse al otro.<sup>49</sup> De allí la relevancia de superar la dualidad del modelo, por ejemplo, en favor de una lógica de seguro colectivo, en cuyo caso la gestión también sería crucial para garantizar la competitividad del subsistema público. Sin embargo, las determinaciones políticas de la viabilidad del cambio de lógica son fuertes.

Las excesivas regulaciones legales y reglamentarias a que deben ceñirse los servicios, y la ausencia de incentivos para hacer mejor las cosas han sido señalados como los obstáculos principales para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios en Chile. Por ejemplo, las regulaciones presupuestarias, incluso para realizar pequeñas transacciones o cambios de gasto, que son muy rígidas y requieren de la aprobación externa.<sup>50</sup>

Se reclama que prevalece un centralismo a nivel interministerial y una relación de desconfianza por parte del Ministerio de Hacienda, quien determina la destinación del gasto limitando la gestión sectorial (Ministerio de Salud, s.f.). Se ha propuesto, por ejemplo, dejar de lado la forma discrecional con que el FONASA recibe los recursos desde el Ministerio de Hacienda y que debiera establecerse una forma de asignación per cápita global, asociada al logro de ciertos compromisos o a la provisión de un conjunto de planes de salud (Oyarzo y Galleguillos, 1995, p. 45).

Las reformas de gestión entran en tensión con los marcos legales vigentes. Las autoridades de salud afirman que, si bien hay limitaciones del marco presupuestario razonables, es necesaria una reforma de Hacienda a fin de viabilizar una mayor capacidad de gestión de los recursos: cuando todo el presupuesto, como ahora, se desglosa en ítems específicos, la capacidad de gestión de los recursos es igual a cero porque ello impide adaptar su uso a circunstancias que son, por definición, cambiantes. Por el contrario, todos los controles deberían ejercerse ex-post, y el de la calidad de los gestores debiera ser el fundamental, quienes por esa misma razón deben ser removibles.<sup>51</sup>

Por esta razón, el éxito de la reforma de gestión del sector salud estará vinculado no solo con la superación del dualismo de su actual morfología y con la eficacia de los nuevos instrumentos de gestión y de manejo de los recursos humanos, sino también con las reformas del sistema presupuestario chileno. Por ahora se han tomado algunas iniciativas sectoriales en aras de flexibilizar y aumentar la discrecionalidad del uso de los recursos: por ejemplo a partir del presente año, la transferencia de recursos a los servicios de salud es global en cuanto a remuneraciones y bienes de consumo. Los pagos per cápita y asociados a diagnóstico son también más flexibles que los sistemas anteriores (MINSAL, s.f.).

Por otra parte, los indicadores de desempeño que se han introducido a efectos de mejorar la gestión en Chile se relacionan principalmente con los insumos y no con los productos, lo cual imposibilita medir calidad, sentido último de la reforma de gestión.<sup>52</sup>

Se intenta crear una cultura organizacional en lo público que centre el interés en los resultados y no en los procedimientos<sup>53</sup>, o bien, que subordine éstos a aquéllos. Los indicadores de desempeño propuestos en general para los servicios públicos, son de naturaleza primordialmente cuantitativa.<sup>54</sup> En el sector salud, el financiamiento se ha vinculado fundamentalmente con metas de desempeño traducidas en índices de actividad. Luego, puede afirmarse que en esta etapa inicial el énfasis ha estado en la eficiencia en tanto desempeño microeconómico, más que en la eficacia, lo cual requeriría entre otros aspectos mediciones y estandarizaciones de desempeño relativas a la calidad del servicio, y hacia lo cual debe transitarse.<sup>55</sup> Ello es muy importante porque además fuerza a establecer cuáles resultados se esperan en ese plano.<sup>56</sup>

La viabilidad y profundidad de las reformas financieras y de gestión tienen también como factor crítico de éxito la modernización logístico-operativa de entidades tales como los hospitales, y en general la profundización de la especialización de las instituciones en lo propio, externalizando funciones secundarias. El incremento de eficiencia debe ir asociado con un incremento de las competencias de los organismos involucrados y de la libertad de elección, lo cual implica fortalecer el proceso descentralizador.

La reforma naturalmente siempre estará en tensión con las voluntades políticas. En el caso de la salud, a diferencia de los sectores involucrados en otro tipo de servicios públicos, es muy relevante el poder del gremio médico. Un comportamiento corporatista, que subestime los imperativos que debe enfrentar el sector, puede imponer grandes obstáculos, en tanto que la colaboración creativa puede contribuir a respuestas genuinas y concertadas. Crucial será también la actitud de los sectores vinculados con las ISAPRES en cuanto a la viabilidad política de la superación eficiente y equitativa del dualismo actual.

## Notas

<sup>1</sup> En ocasiones, las reformas de gestión incluso pueden ocasionar en el corto plazo algunos costos financieros (Task Force, 1992, p.31).

<sup>2</sup> Ello se ha denominado "criterios de priorización", y se ha fundamentado en la siguiente manera: "*El nivel primario de atención fue prioritario sobre los niveles secundario y terciario, pues dicho nivel permite atender a un mayor número de personas a un costo unitario menor, permitiendo la solución oportuna de la gran mayoría de los problemas de salud*"; "*La madre y el niño desde su gestación fueron beneficiarios preferidos sobre el resto de la población. Esta priorización se fundamenta en el hecho de que los problemas de la niñez tienen secuelas para toda la vida, por lo que conviene evitarlos a tiempo.*" (Cifuentes, 1991, p. 64. Los subrayados son del texto). Hay que señalar al respecto, las graves desigualdades generadas por los sistemas de financiamiento FAP y FAPEM, que se abordarán más adelante, y que atentan precisamente contra criterios de focalización.

<sup>3</sup> Sobre los límites de los márgenes de sustitución entre los gastos de mantenimiento y otros y su efecto en la eficiencia ver Barnum y Kutzin (1993), p. 113.

<sup>4</sup> De allí las modificaciones introducidas en los énfasis: "En cuanto a los programas de salud, están siendo reorientados, para reconocer las características actuales de nuestra población. La principal modificación ha consistido en cambiar la consideración de la mujer en su carácter de madre en los programas materno-infantil, y darle un enfoque global, no sólo en su aspecto de madre, sino que como trabajadora, como dueña de casa, etc. Los programas que están en aplicación son: infantil, del adolescente, de la mujer, del adulto, incluido el adulto mayor." (Massad, en Cámara de Diputados, 1995, p.91).

<sup>5</sup> En ese sentido, estas reformas de gestión fundamentalmente se refieren al aparato de producción de los servicios públicos, es decir, al control de la producción en aras de elevar su eficiencia y eficacia y no a redefinir cuáles son las tareas del sector público (Gustafsson, 1991, p.4).

<sup>6</sup> Parece existir un paralelo con la primera fase de la reforma de gestión británica de 1979 cuando se promovieron evaluaciones puntuales (escrutinios) en el seno de los ministerios, para identificar economías realizables e identificar mejoras de gestión en los ámbitos seleccionados por los ministros. A partir de las constataciones efectuadas en esa fase, se estructuraron las reformas generales. Ello se sustentaba en la hipótesis de que el proceso de reforma en gran parte era interno, y de que eran cruciales las acciones destinadas a promover la movilización de los funcionarios a favor de las reformas (Hardy *et al*, 1990, p.104).

<sup>7</sup> Este balance, contenido en seis párrafos, fue realizado por el señor Mario Marcel en entrevista realizada el 7 de noviembre de 1995.

<sup>8</sup> Esta perspectiva fue manifestada por el Sr. César Oyarzo en entrevista del 5.9.1995.

<sup>9</sup> Opiniones del Sr. Massad en entrevista 21.11.1995. Como un ejemplo del apoyo, señala la solución del reciente impedimento de la Contraloría a pagar bonificaciones de desempeño al sector administrativo; la ley necesaria fue aprobada en un plazo record y sólo con un voto en contra, lo cual no tiene precedentes.

<sup>10</sup> Ver al respecto Cominetti y Di Gropello (1994).

<sup>11</sup> Sobre la distinción entre ajuste recesivo y expansivo del gasto social ver Sojo (1992).

<sup>12</sup> Por todas estas consideraciones, es inadecuado atribuir la creciente importancia que adquieren los indicadores de desempeño de los sectores sociales a un presunto aumento del porcentaje del gasto público destinado a los sectores sociales (Newman, 1995, pp. 2 y 3).

<sup>13</sup> Se crea aquí un interesante y difícil ámbito de conflictos. Por ejemplo, los relativos al desempeño de los gerentes públicos y a su eventual remoción por incumplimiento de compromisos de gestión, y de cómo ello entra en tensión con las determinantes políticas de su nombramiento.

<sup>14</sup> Propiedad, entendida como relación económica de disposición sobre los recursos y no de propiedad jurídica, ya que se trata de instituciones públicas.

<sup>15</sup> Este diagnóstico y el del siguiente párrafo está contenido en las consideraciones sobre la reforma de la ley emitidas por una comisión bipartita integrada por el gobierno y el Colegio Médico, instaurada luego del acuerdo entre ambas instancias de diciembre de 1994.

<sup>16</sup> "Con incrementos de remuneraciones del orden del 25% en promedio, los costos de la atención en el sistema público quedan por sobre los del sistema privado. Algunos estudios realizados sobre los exámenes de laboratorio y otros han demostrado que, en el sistema público, su costo es superior a los que podría comprar el FONASA en el sistema privado. Las ventajas aún existen en aquellas áreas en que hay una alta densidad en salarios y, especialmente, en prestaciones como las de día-cama e intervenciones quirúrgicas, ya que en éstas los honorarios son notoriamente inferiores a los del sector privado. El problema se visualiza como grave a la luz de la presión que actualmente existe sobre las remuneraciones, por cuanto, una vez que se produzca un aumento, el sector público puede perder una de sus mayores ventajas." (Oyarzo, en *lb.*, p. 97)

<sup>17</sup> Ver Fielbaum, 1991, División desarrollo social comunal, 1990 y Duarte, 1995.

<sup>18</sup> Es necesario además señalar que la cobertura financiera del FAP siempre fue parcial, ya que se aplicaba sólo a insumos intermedios -los gastos en bienes y servicios de consumo-, en tanto lo correspondiente a remuneraciones, inversiones y subsidios por incapacidad laboral eran asignados presupuestariamente con base retrospectiva (Miranda *et al*, 1991, p.10).

<sup>19</sup> Entrevista con Sr. Cleofe Molina, 14.9.1995.

<sup>20</sup> Entrevista con Sr. César Oyarzo, 5.9.1995.

<sup>21</sup> El término polarización epidemiológica remite a diferencias de distribución del bienestar en salud en los diferentes grupos de la población en detrimento de los pobres. En los países donde ello tiene lugar, se da un mutuo traslapo de las eras epidemiológicas, siendo necesario enfrentar, por razones técnicas y de equidad, sus problemas en forma simultánea. Al respecto ver Bobadilla *et al*, pp. 19 y 20).

<sup>22</sup> Planteado por Carlos Massad, en *El Mercurio*, 7.10.1995, p.C15. Ver un antecedente de esta propuesta realizada por Héctor Sánchez en *El Mercurio*, 10.8.1991. Algunos han planteado taxativamente "el eje central de la mejoría del sector debe ser la autonomía de los establecimientos manteniendo la propiedad estatal y los controles mixtos ya descritos" (Baeza, 1994, p. 53).

<sup>23</sup> Entrevista con Sr. Ricardo Vacarezza, 7 de noviembre de 1995.

<sup>24</sup> Entrevista Sr. Carlos Massad, 21 de noviembre de 1995.

<sup>25</sup> Idea planteada por Oyarzo en el seminario "La salud en el proceso de desarrollo chileno" organizado por el MINSAL, la OPS y la Asociación de Isapres en octubre de 1995.

<sup>26</sup> Es interesante considerar que en Colombia se impulsó una reforma de salud muy inspirada en la experiencia de privatización chilena, pero con modificaciones interesantes que promueven la competencia entre los subsistemas público y privado. Según Iván Jaramillo en el seminario "Eficiencia y equidad en las reformas sociales de los años noventa", organizado por la CEPAL en agosto de 1995, se distinguen en Colombia las empresas promotoras de salud, encargadas del financiamiento y las empresas proveedoras de los servicios. Hay dos regímenes: el contributivo, que se nutre de las contribuciones obrero patronales y el régimen subsidiado, que es focalizado para el 40% de los más pobres. Existe además un sistema de compensación entre las entidades privadas; con base a un cálculo per cápita se establece un monto del superhábit que va a un fondo de compensación y garantía. Hay diversos mecanismos de control de costos: se ha establecido un monto de \$150 por persona; el pago por diagnóstico atendido; se ha establecido un listado de medicamentos genéricos y obligatorios. Para velar por la equidad y evitar engaños al consumidor se ha establecido un plan obligatorio de salud y se han establecido también mecanismos de control de la selección adversa contra mujeres, enfermos crónicos y catastróficos y de la tercera edad mediante un per cápita ajustado a grupos de edad. El seguro de salud se plantea, por otra parte, como un beneficio privado e individual.

<sup>27</sup> Entrevista con Sr. Marcos Vergara, 8.11.1995. En el primer semestre de 1995 se desarrollaron en CIEPLAN talleres de salud a solicitud del MINSAL; en las conclusiones destaca también la referente al Plan integral de salud (Talleres de salud, 1995).

<sup>28</sup> Los objetivos generales se plantean en el Protocolo compromisos de gestión 1995.

<sup>29</sup> Entrevista con Sr. César Oyarzo, 5.9.1995.

<sup>30</sup> Entrevista con Sr. Cleofe Molina, 14.9.1995, y con Sr. Mauricio Jelves, 25.9.1995.

<sup>31</sup> Entrevista con la Sra Susana Pepper, 18.8.1995: en el caso de las intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, la tecnología más sofisticada disminuye notablemente el tiempo necesario para realizar algunas intervenciones, como la operación de vesícula. Por su parte, el Presidente del Colegio Médico afirma que la introducción de nuevas técnicas de intervención laparoscópica, por ej. para operar vesícula, no reducen notoriamente el tiempo que se utiliza al operar y que la intervención requiere de dos o tres cirujanos (Entrevista con Sr. Vacarezza, 7. 11.1995).

<sup>32</sup> Fue la Dra. Susana Pepper quien inicialmente llamó nuestra atención sobre este problema.

<sup>33</sup> Entrevista con Sr. César Oyarzo, 5.9.1995.

<sup>34</sup> Hay diversos ejemplos de estas irracionalidades. Servicios que cuentan con excelentes cardiocirujanos, pero no con un equipamiento adecuado. En otros, los internistas empiezan a ser redundantes. Habiendo ocurrido una notable disminución de partos en el país, en el caso de un hospital un 30% de los médicos son obstetras. Por otra parte, a pesar del nuevo perfil epidemiológico, escasean los intensivistas y los médicos en las UTIS (Entrevista con Sr. César Oyarzo, 5.9.1995).

<sup>35</sup> Sin ambages se defiende en ocasiones la situación vigente. Es así como plantea la FENATS: "En lo tocante a los incentivos económicos o la vinculación de las remuneraciones con la productividad, dice que la autoridad de salud no ha explicado de manera concreta cómo se efectuaría tal vinculación y que sólo ha señalado que ello se ligaría con la calificación. Este planteamiento abstracto es rechazado por los trabajadores, especialmente porque en estos momentos el 92% de los funcionarios está calificado en lista 1, de acuerdo con la legislación vigente, ya que no se ha dictado un reglamento sectorial de calificaciones y se desconoce cómo se realizará ésta en el futuro puesto que se ha dicho que el número de funcionarios calificados en lista 1 debe disminuir" (FENATS, en Cámara de Diputados, 1995, p. 139; subrayado nuestro).

<sup>36</sup> Es el caso en el análisis de la OPS (1994), pp. 40,45,46.

<sup>37</sup> Para una argumentación sobre el tema ver Barnum y Kutzin, 1993, capítulo 3.

<sup>38</sup> En el taller sobre "Productividad, cobertura y calidad" realizado en Santiago del 20 al 22 de octubre de 1994 participaron representantes del Ministerio de Salud, del Colegio Médico de Chile, de las Universidades, de la Federación de Colegios Profesionales, de la Sociedad Chilena de Salubridad y de otras instituciones. En agosto de 1995, el Consejo Regional Santiago del Colegio

Médico organizó un seminario sobre gestión en salud.

<sup>39</sup> Entrevista con Sr. Cleofe Molina, 14.9.1995.

<sup>40</sup> La sistematización de las negociaciones políticas realizadas hasta noviembre de 1994 se ha resumido de PAL, 1995b.

<sup>41</sup> La siguiente síntesis de los objetivos y de las políticas acordadas la hemos tomado de PAL, 1995a.

<sup>42</sup> Declaraciones en El Mercurio, 7.10.95, p. C15.

<sup>43</sup> El análisis del proyecto de reforma se basa fundamentalmente en PAL, 1995b y en nuestra lectura del proyecto ley a la luz del presente trabajo.

<sup>44</sup> Entrevista con Sr. Vacarezza, 7 de noviembre 1995.

<sup>45</sup> Entrevista con Sr. Carlos Massad, 21 de noviembre de 1995.

<sup>46</sup> Aunque relacionada no con el mérito, sino con la realización de una función determinada, la negociación lograda hace algunos años para la atención de emergencia condujo más tarde a una espiral de reivindicaciones, y alzó notablemente el piso sobre el cual negociaban los profesionales debido a su disparidad respecto de la remuneración de otras funciones.

<sup>47</sup> Tal fue la opinión del Sr. César Oyarzo en la entrevista efectuada cuando le planteamos ese problema.

<sup>48</sup> Entrevista con Sr. Cleofe Molina, 14.9.1995.

<sup>49</sup> Esta idea nos fue sugerida por Jorge Katz.

<sup>50</sup> Entrevista con Andrew Edwards, 17.11.1995.

<sup>51</sup> Opiniones expresadas por el Sr. Ministro Massad, en entrevista el 21.11.1995. Los servicios de salud han expresado opiniones en el mismo sentido en aras de promover una mayor descentralización de las decisiones y mayor eficiencia. Al respecto ver MINSAL, s.f.

<sup>52</sup> Entrevista con Andrew Edwards, 17.11.1995.

<sup>53</sup> Nos parece mejor hablar de procedimientos y no de procesos como se hace usualmente en este contexto, ya que los procesos son considerados muy importantes en un cambio de gestión.

<sup>54</sup> Ver Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. (s.f.), "Guía para la construcción de indicadores de desempeño en los servicios públicos", Alfabetá impresores.

<sup>55</sup> En Suecia se han tratado de vincular los cambios de productividad y de calidad ocurridos en el período 1960-1990, llegando a algunas conclusiones interesantes sobre la dificultad de medir cambios de calidad relacionados con los diagnósticos y tratamientos médicos que afectan la morbilidad y la mortalidad; se ha medido la morbilidad aguda y de largo plazo y el surgimiento de complicaciones. Las mejoras de calidad parecen relacionarse claramente no sólo con el tipo de tratamiento sino con las enfermedades, ya que en algunas sistemáticamente no se muestran mejoras. Por otra parte, pareciera no existir una correlación entre logros de calidad e incrementos de costos: algunas enfermedades se tratan con mejor calidad y menores costos, otras con mejor calidad y costos más altos, y otras con altos costos y poco incremento de calidad. Otra conclusión remite a las dificultades de ciertos indicadores de medición de productividad, tales como el número de visitas al médico y las admisiones, ya que no reflejan adecuadamente el tratamiento recibido: si el número de visitas y admisiones se aumenta sin un incremento correspondiente de tratamientos otorgados, se subestima el decrecimiento de la productividad; por el contrario, si los tratamientos se han elevado sin un incremento correspondiente del número de visitas y admisiones, las medidas sobreestiman la declinación de la productividad (ESO, 1994, pp. 145 y 146).

<sup>56</sup> De allí que el establecimiento de estándares de desempeño modifica, en una manera sutil pero importante, la pregunta central de la evaluación de impacto: en lugar de preguntarse por cuáles han sido los efectos o el efecto, lo central es establecer si se han cumplido los estándares de desempeño (Newman, 1995, p. 6).

## BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, Cristián (1994), "Sector salud en Chile: un gran desafío", en Felipe Larraín (editor), *Chile hacia el año 2000. Ideas para el desarrollo*, CEP, Santiago de Chile, diciembre.
- Baeza, Cristián (1994), "La crisis de los sistemas de salud: problemas y desafíos para Chile en los 90", en *Serie Diagnósticos*, PEP, Corporación Tiempo 2000.
- Barnum, Howard y Joseph Kutzin (1993), *Public Hospitals in Developing Countries. Resource Use, Cost, Financing*, publicación del Banco Mundial, The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, primera edición, abril.
- Bobadilla, José Luis *et al* (1990), "The Epidemiologic Transition and Health Priorities", Banco Mundial, Health Sector Priorities Review, julio, mimeo.
- Cámara de Diputados de la República de Chile (1995), "Informe de la Comisión de Salud acerca del proyecto de acuerdo aprobado por la H. Cámara sobre problemas del sector salud y eventuales soluciones de los mismos", Legislatura 330a, extraordinaria, Sesión 59 del martes 18 de abril, Redacción de sesiones, publicación oficial.
- Celedón, Carmen (1994), "Comentarios sobre la polémica entre el Ministerio de Salud y el Colegio Médico", documento interno de CIEPLAN, setiembre, mimeo.
- Cifuentes, Mercedes (1991), "Sector salud", en Cristián Larroulet (editor) *Soluciones privadas a problemas públicos*, Instituto Libertad y Desarrollo, Santiago de Chile.
- Colegio Médico de Chile (1994), "Productividad médica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Controversia entre el Colegio Médico de Chile y el Ministerio de Salud", mimeo.
- Cominetti, Rossella y Emmanuela Di Gropello (1994), "El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo", en CEPAL *Cuadernos de la CEPAL* N° 73, Santiago de Chile, diciembre.
- Comisión Ministerial de Seguimiento y Capacitación de los Compromisos de Gestión 1995 (1995), "Plan de trabajo para el seguimiento y evaluación de los compromisos de gestión 1995", mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995), "Compromisos de gestión 1995. Descripción del proceso de elaboración", mimeo.
- Comité Interministerial de la Gestión Pública (1995), "Chile. Compromisos de modernización de la gestión de servicios públicos 1995", mimeo.
- Covarrubias, Alvaro (1991), "El sistema de salud en Chile: una visión crítica y una solución", en *Serie documento de trabajo CPU* N° 28, Santiago de Chile, julio.
- División de Desarrollo Social Comunal, Departamento Municipal, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo del Ministerio del Interior (1990), "Informe N° 1 del sector salud 1990".
- Duarte, Dagoberto (1995), "Asignación de recursos per cápita en la atención primaria. La experiencia chilena", en *Serie documentos de trabajo del CPU* N° 8/95, mayo.

- ESO [Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi] (1994), Abstract del estudio "*Kvalitets- och produktivets- utvecklingen i sjukvården 1960-1992, Produktivitet i offentlig sektor*", Finanzdepartementet, DS 1994:22, Estocolmo.
- Fielbaum, German (1991), "Análisis del mecanismo de asignación de recursos para la atención primaria municipal", Documento de trabajo, Santiago de Chile, enero, mimeo.
- Gobierno de la República de Chile (1995), "Proyecto de ley que fija nuevo estatuto para los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los establecimientos asistenciales de los servicios de salud".
- Gustafsson, Lennart (1991), "Marketising Public Services -transitions for politicians, clients and staff", discussion paper prepared for Work Life in Transition, Estocolmo, octubre.
- Hardy, Vincent *et al* (1990), "La responsabilisation comme strategie de modernisation", en *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 8, N° 3, septiembre.
- Lahera, Eugenio (1993), "Políticas públicas: un enfoque integral", en Eugenio Lahera (editor), *Cómo mejorar la gestión pública*, CIEPLAN/FLACSO/FORO 90, Santiago de Chile.
- Lenz, Rony y Christian Fresard (1995), "Compromisos de gestión: algunos aspectos conceptuales y empíricos", en *Serie documentos de trabajo del CPU* N° 14/95, Santiago de Chile, julio.
- Marcel, Mario (1993a), "Modernización del Estado y gestión de recursos en el sector público en Chile", ponencia quinto seminario-taller sobre "Modernización del Estado" I/La administración pública, PNUD/MIDEPLAN, Santiago de Chile, setiembre.
- \_\_\_\_\_ (1993b), "Mitos y recetas en las reforma de la gestión pública", en Eugenio Lahera (editor), *Cómo mejorar la gestión pública*, CIEPLAN/FLACSO/FORO 90, Santiago de Chile, noviembre.
- \_\_\_\_\_ (1995), "Modernización de la gestión pública en Chile. Antecedentes, orientaciones actuales y avances", ponencia seminario "Experiencias internacionales de modernización de gestión pública y su relevancia para Chile", Santiago de Chile, marzo.
- Massad, Carlos (1995a), "Prioridades estratégicas del sector", Ministerio de Salud, marzo, mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995b), "Principios orientadores para la reforma de salud", en *Serie documentos de trabajo del CPU* N° 15/95, agosto.
- Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos, (s.f.), "Guía para la construcción de indicadores de desempeño en los servicios públicos", Alfabetá impresores.
- Ministerio de Salud, República de Chile (1994), "Bases para un plan de fortalecimiento del sector público de salud. Propuesta", octubre, mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995a), "Modelo de atención de salud para Chile. Propuesta", Consejo Consultivo Nacional de Salud, versión corregida con aportes recibidos al 5 de enero de 1995, mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995b), "Protocolo compromisos de gestión 1995", mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995c), "Compromisos de gestión 1995. Aspectos relevantes para el análisis y llenado del Protocolo de compromiso", mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995d), "Consolidado Compromisos de acción. Divisiones. Programación 1995", mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995e), "Consolidado Compromisos de acción. Fuerza de tarea. Programación 1995", mimeo.

- \_\_\_\_\_ (1995f), "Consolidado Compromisos de gestión. Organismos autónomos. Programación 1995", mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995g), "Plan de salud 1996. Componente programático", con anexos, mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1995h), "Análisis y propuesta subsidios cruzados", Documento de trabajo, Fuerza de tarea Superintendencia de ISAPRES, FONASA, DIPAG, octubre, mimeo.
- \_\_\_\_\_ (s.f.), "Propuesta de modelo de gestión descentralizada para el sistema público de salud", Informe final de Fuerza de tarea, mimeo.
- Miranda, Ernesto *et al* (1991), "Diagnóstico del sistema actual de asignación de recursos financieros", Informe de avance N° 2 de estudio sobre "Asignación de recursos financieros al interior del sistema público de salud", marzo, mimeo.
- Naschold, Frieder (1993), *Modernisierung des Staates. Zur Ordnungs- und Innovationspolitik des öffentlichen Sektors*, Modernisierung des öffentlichen Sektors, Band 1, Sigma Verlag, Berlin.
- Newman, John (1995), "Performance Standards in the Social Sectors", Ponencia presentada al seminario organizado por el DANE sobre Indicadores sociales y de gestión, Santafé de Bogotá, octubre, mimeo.
- OMS/OPS (1994), "Comentario respecto a la evaluación de productividad de los servicios de salud", elaborado por Secretaría Técnica del taller, en OMS/OPS (editores) *Taller productividad, cobertura y calidad. Rumbo a la gestión social de la salud*, Santiago de Chile, noviembre.
- Osborne, David y Ted Gaebler (1992), *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, A William Patric Book, Reading, Mass.
- Oyarzo, César (1995), "El financiamiento de la salud", exposición en Foro panel "La salud en el proceso de desarrollo chileno" organizado por el MINSAL, la OPS y la Asociación de ISAPRES de Chile, Santiago, octubre, mimeo
- Oyarzo, César y Silvia Galleguillos (1995), "Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del FONASA", en *Cuadernos de Economía* N° 95, Santiago de Chile, abril.
- PAL (1994), "La productividad en la salud pública", en *Bitácora Legislativa* N° 127, Santiago de Chile, agosto.
- \_\_\_\_\_ (1995a), "El conflicto en salud: entre la modernización del sistema y la elevación de las remuneraciones", en *Bitácora Legislativa* N° 148, Santiago de Chile, abril.
- \_\_\_\_\_ (1995b), "Proyecto de ley que fija nuevo estatuto para los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los establecimientos asistenciales de los servicios de salud", en *Bitácora Legislativa* N° 167, Santiago de Chile, octubre.
- Prats i Català, Joan (1992a), "La modernización administrativa en las democracias avanzadas: las políticas de los 80: contenidos, marcos conceptuales y estrategias", reelaboración de ponencia presentada al Primer congreso de administración pública de la comunidad valenciana, Barcelona, febrero, mimeo.
- \_\_\_\_\_ (1992b), "Elementos para la elaboración de una estrategia a largo plazo en materia de cooperación técnica internacional al desarrollo de la capacidad gerencial de los gobiernos del área latinoamericana y del Caribe", versión preliminar, ponencia al Taller MDP sobre desarrollo gerencial del sector público en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, marzo.
- Shand, David (1995), "Are we reinventing government?" ponencia presentada al seminario "Experiencias internacionales de modernización de gestión pública y su relevancia para Chile", Santiago de Chile, marzo.
- Sojo, Ana (1992), "El bienestar de la población en América Latina y el Caribe: oportunidades, constricciones y voluntades en los linderos del siglo XXI", en Soledad Loaeza

- y Ludolfo Paramio (editores), *La reforma del Estado y las nuevas aristas de la democracia en Iberoamérica*, Colegio de México, México, en prensa.
- Steinwachs, Donald (s.f.) "Redesign of Delivery Systems to Enhance Productivity" en Stephen Shortell y Uwe Reinhardt (editores), *Improving Health Policy and Management. Nine Critical Research Issues for the 1990s*. The Baxter Health Policy Review. Research Syntheses from The Foundation for Health Services Research.
- Taller Productividad, cobertura y calidad. Rumbo a la gestión social de la salud (1994), en OMS/OPS (editores), *Taller Productividad, cobertura y calidad. Rumbo a la gestión social de la salud*, Santiago de Chile, noviembre.
- Talleres de salud (1995), "Modelos alternativos de organización de la salud: hacia un esquema solidario de salud", CIEPLAN, Documento para discusión, mimeo.
- Task Force on Management Improvement (1992), *The Australian Public Service Reformed. An evaluation of a decade of Management Reform*, Canberra, diciembre.
- Vergara, Marcos y Verónica Loyola (1993), "Indicadores de eficiencia de gestión en políticas sociales: el sector salud" (LC/R.1336), CEPAL, Santiago de Chile, diciembre 1993.
- Vignolo, Carlos y Carlos Vergara (1993), "Líneas de acción para la modernización de la gestión pública en salud y educación en Chile", ponencia presentada al quinto seminario-taller sobre "Modernización del Estado" III/Desarrollo social y equidad, PNUD/MIDEPLAN, Santiago de Chile, setiembre.
- Vignolo, Carlos *et al* (1993), "Modernización de la gestión pública", en Eugenio Lahera (editor), *Cómo mejorar la gestión pública*, CIEPLAN/FLACSO/FORO 90, Santiago de Chile.
- World Bank, The (1992), "Chile. Health Sector Reform Project", Staff Appraisal Report, Document of the World Bank for official use only, Washington, octubre.

### Entrevistas

- Andrew Edwards, consultor Cooperación Británica al Gobierno de Chile, 17 de noviembre de 1995.
- Mauricio Jelves, funcionario MINSAL, 25 de septiembre de 1995.
- Mario Marcel, Subdirector de Racionalización y Función Pública de la Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, 7 de noviembre de 1995.
- Carlos Massad, Ministro de Salud, 21 de noviembre de 1995.
- Cleofe Molina, Jefe División de Programas de Apoyo a la Gestión, MINSAL, 14 de septiembre de 1995.
- César Oyarzo, Director del FONASA, 5 de septiembre de 1995.
- Susana Pepper, Directora Hospital San Borja Arriarán, 18 de agosto de 1995.
- Ricardo Vacarezza, Presidente del Colegio Médico de Chile, 7 de noviembre de 1995.
- Marcos Vergara, Jefe División Planificación Estratégica, MINSAL, 9 noviembre de 1995.