

SERIE POLÍTICAS SOCIALES 27

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

HACIA UNAS NUEVAS REGLAS DEL JUEGO: LOS COMPROMISOS DE
GESTIÓN EN SALUD DE COSTA RICA DESDE UNA
PERSPECTIVA COMPARATIVA

Ana Sojo

NACIONES UNIDAS

HACIA UNAS NUEVAS REGLAS DEL JUEGO: LOS COMPROMISOS DE
GESTIÓN EN SALUD DE COSTA RICA DESDE UNA
PERSPECTIVA COMPARATIVA

Ana Sojo

NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1998

LC/L.1135
Julio de 1998

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

ÍNDICE

Página

RESUMEN

PRESENTACIÓN

- I. CONTEXTO Y OPORTUNIDAD DE LA REFORMA
- II. EL FUNDAMENTO DE UNA ASIGNACIÓN ALTERNATIVA DE RECURSOS: SUPERAR LOS INCENTIVOS NEGATIVOS
- III. EL MODELO DE FINANCIAMIENTO
- IV. ALCANCES INSTITUCIONALES Y ORGANIZATIVOS DE LOS CONTRATOS
- V. LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN DE 1997
- VI. ¿LA REFORMA EN JAQUE?

BIBLIOGRAFÍA

ENTREVISTAS

ÍNDICE DE CUADROS, RECUADROS y GRÁFICOS

- Cuadro 1: Costa Rica: Algunos indicadores sociales
- Cuadro 2: Costa Rica: Valores UPH 1997
- Cuadro 3: Esquema organizativo
- Cuadro 4: Mapa de áreas de responsabilidad básica del segundo modelo
- Recuadro: Principios orientadores del diseño organizativo de la CCSS
- Cuadro 5: Chile: Compromisos de gestión 1995 con servicios de salud
- Cuadro 6: Chile: Compromisos de gestión 1996 con servicios de salud
- Cuadro 7: Chile: Énfasis e indicadores de los compromisos de gestión 1997 con los servicios de salud
- Cuadro 8: Costa Rica: Compromisos de gestión 1997 de las CCSS con los hospitales
- Cuadro 9-A: Costa Rica: Compromisos de gestión 1997 de la CCSS con las áreas de salud
- Cuadro 9-B: Costa Rica: Compromisos de gestión 1997 de la CCSS con las áreas de salud

RESUMEN

Este artículo analiza la reciente constitución de cuasimercados en la salud pública en Costa Rica, promovida mediante la separación interna de las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios en la Caja Costarricense de Seguro Social, el establecimiento de un nuevo modelo de financiamiento, y la introducción de compromisos de gestión con hospitales y áreas de salud, como instrumento clave para asignar y transferir recursos en función del rendimiento y cumplimiento de metas.

Se analiza el contexto y fundamento de la reforma de gestión, y se exponen tanto el nuevo modelo de financiamiento, como los alcances institucionales y organizativos que acarrearán los contratos de 1997. Se caracterizan los compromisos de gestión de 1997, atendiendo sus énfasis, que dan un espacio importante a la innovación de procesos y al desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad, que trasciende el simple uso de indicadores de eficiencia y eficacia. Se expone el desempeño de los hospitales y de las áreas de salud en el marco de los compromisos de 1997 y, finalmente, se reflexiona sobre las fortalezas y debilidades institucionales y del instrumento para optimizar la asignación de recursos.

La documentación oficial y las entrevistas e intercambio de ideas con las autoridades de salud y con funcionarios que han estado inmersos en la innovación institucional constituyen la principal fuente de este análisis, que articula una panorámica de este aspecto particular de la reforma con su visión detallada. A lo largo del análisis se establece un contrapunto con la experiencia chilena.

PRESENTACIÓN

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

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

Se analiza, en primer lugar, la ambiciosa reforma de gestión emprendida por la CCSS considerando su contexto y su fundamento. Seguidamente, se exponen tanto el modelo de financiamiento del que es tributario el compromiso de gestión, como los alcances institucionales y organizativos que acarrearán los contratos de 1997.

Se caracterizan y resaltan los énfasis de los contratos de 1997. Destaca que la medición de desempeño que orienta estos compromisos trasciende el simple uso de indicadores de eficiencia y eficacia, al dar un espacio relevante a la innovación de procesos que debieran permitir sistematizar la prestación de servicios, dilucidar aspectos específicos de su eficacia, y coadyuvar tanto a la reestructuración organizativa como a modificar la cultura de gestión. También la importancia otorgada al desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad y de sistemas de información que pueden fortalecer la capacidad gerencial. Los contratos, además, promueven el desarrollo de una adecuada red de referencia y contrarreferencia.

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

La documentación oficial y las entrevistas e intercambio de ideas con las autoridades de salud y con funcionarios que han estado inmersos en la innovación institucional constituyen la principal fuente de este análisis¹, que articula una panorámica de este aspecto particular de la reforma con su visión detallada².

¹ Para realizar el trabajo fue fundamental el interés demostrado por don Alvaro Salas, su colaboración y la de las autoridades y funcionarios que nos concedieron entrevistas y nos facilitaron un expedito acceso a la documentación. La responsabilidad de su procesamiento y de su interpretación, es exclusiva de la autora.

² No existe un análisis semejante. Para una actualizada panorámica de la reforma del sector salud de los últimos cuatro años, tanto en cuanto a su sentido como a su ejecución, ver "III. La salud base del bienestar", en Costa Rica. MIDEPLAN, 1998, pp.190-220.

En América Latina³, los sistemas públicos de salud de Chile y Costa Rica son los únicos que han establecido contratos de gestión con los proveedores públicos, avanzando mediante ese proceso de negociación hacia la formación de cuasimercados. De allí el contrapunto que se establece con la experiencia chilena en algunos aspectos.⁴

I. CONTEXTO Y OPORTUNIDAD DE LA REFORMA

En los años ochenta, tuvo lugar una reestructuración administrativa de la CCSS y un ajuste de su base financiera. Si el conflictivo deslinde de competencias entre el Ministerio de Salud y la CCSS se convirtió entonces en una rémora para la reforma del sistema de salud costarricense,⁵ un creciente acuerdo respecto de su morfología permitió a mediados de la presente década aclarar sus respectivas competencias.

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

Desde 1994 se fortifican la atención primaria y las acciones preventivas con los equipos básicos de atención en salud (EBAIS). Las acciones de atención primaria que eran realizadas por el Ministerio de Salud desde los años setenta se transfirieron progresivamente a la CCSS, pasando a formar parte del modelo articulado por los EBAIS⁶; el Ministerio retuvo tres programas: promoción y protección de la salud, protección y mejoramiento del ambiente humano y nutrición y desarrollo infantil. La firma de los compromisos de gestión decantó el traspaso de funcionarios del Ministerio de Salud a la CCSS, ya que las áreas de salud se veían obstaculizadas para cumplir con sus contratos de gestión cuando éste no se hacía efectivo: en un año, desde enero de 1997, se trasladaron 1027 funcionarios.

La actual reforma de gestión de la CCSS tiene lugar en un momento en que los recursos financieros de la institución fueron saneados en dos planos. La CCSS administra los servicios de salud a la población mediante un régimen que se nutre de cotizaciones compulsivas tripartitas, en un esquema universalista de prestaciones. La cuota asciende a un 7.5% de la nómina salarial: el patrono aporta el 4.75%, el trabajador el 2.5%, y el Estado un 0.25%. La cuantiosa deuda por mora que acumuló el Estado con la Caja durante décadas fue negociada y cancelada en 1997. A su vez, la consolidación financiera de la CCSS también fue apuntalada por la reforma de pensiones de 1995, que instauró el régimen de pensiones administrado por la CCSS como el sistema exclusivo de pensiones con cargo al presupuesto nacional, proceso en el cual se sanearon las finanzas del régimen de salud.⁷

Se trata de una iniciativa ad-hoc, diseñada a la luz de un enfático diagnóstico autocrítico⁸ sobre las características de la CCSS de cara a sus objetivos, que no se inserta en una reforma comprensiva y de raigambre del Estado costarricense en el campo de la gestión. En ese ámbito, la política de pretensiones más globales del período es la puesta en marcha mediante algunos acuerdos piloto del Sistema Nacional de Evaluación (SINE), diseñado y coordinado por MIDEPLAN. El SINE se basa en la firma de acuerdos de desempeño anual —los Compromisos de resultados— entre el Presidente de la República y la autoridad correspondiente, avalados por MIDEPLAN y el Ministerio

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

⁴ Sobre el contexto y el sentido inicial de la introducción de los compromisos de gestión en Chile, ver Sojo, 1996b y 1996c. Agradecemos las entrevistas y el acceso a la documentación pertinente sobre el tema.

⁵ Al respecto ver: Sojo (1993) y Güendell y Trejos (1994).

⁶ Sobre el sentido global de la reforma ver Salas (1996) y Weinstock (1995). Para un análisis de la transformación del sector salud en los últimos cuatro años, ver Costa Rica, MIDEPLAN (1998), pp. 190-221.

⁷ Sobre ambos aspectos ver Sojo, 1997b.

⁸ Los argumentos del diagnóstico de la CCSS sobre los problemas estructurales de la institución en el ámbito de la gestión y del financiamiento se analizan en el próximo apartado.

de Hacienda. La matriz de desempeño institucional detalla los programas y proyectos prioritarios, los indicadores de evaluación, el rango de cada programa y los compromisos institucionales adoptados en cada caso (Mora, 1998). Las instituciones que cumplieron mejor sus metas fueron objeto de un reconocimiento público, pero el sistema aún no ha emprendido una etapa de evaluación o de premiación individual.

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

A diferencia de las propuestas de reforma de gestión antiestatistas, que ven al Estado como problema, pero no como parte de la solución (Ferlie et al., 1996, p. 11), cabe destacar que la reforma de gestión de la CCSS busca conservar y consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano y elevar su contribución a la competitividad sistémica del país, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad. Ello se plasma en los principios rectores del nuevo modelo de financiamiento —solidaridad, universalidad y equidad— que desde 1996 se convirtió en el eje de la reforma de la CCSS.⁹

Las autoridades de la CCSS constataban un claro déficit de gestión, pero en cuanto al "timing"¹⁰ de la introducción de los contratos enfrentaron una disyuntiva: consolidar primero la capacidad de gestión requerida para asignar recursos de acuerdo al rendimiento, y luego introducir los compromisos de gestión, proceso más largo y quizá ficticio en términos políticos, o adoptar los compromisos y aprender al ir haciendo. Se optó por la segunda vía¹¹. En un breve lapso, el nivel central de la CCSS especificó un modelo alternativo de financiamiento y las características de los contratos para avanzar en esa dirección, ambos con repercusiones para la gestión global de la CCSS. Se inició la ejecución de un plan piloto y de un intenso plan de capacitación.¹²

Es interesante reflexionar sobre los factores políticos que han posibilitado la maduración de la reforma del sector. Su razonable continuidad ha sido posibilitada por el hecho de que el proyecto de modernización se inició en la administración Calderón Fournier, y fue aprobado con la unanimidad de los partidos políticos mayoritarios.¹³ También contribuyó a la continuidad que el equipo técnico que estuvo entonces a cargo del diseño de la reforma de la CCSS pasó en la administración Figueres Olsen a ocupar puestos estratégicos de autoridad, incluyendo la Presidencia Ejecutiva.

La reforma de gestión fue precedida por discusiones sobre cómo mejorar el uso de recursos en el ámbito de la salud; en 1994, por ejemplo, se había constituido una Comisión de alto nivel hospitalaria. De octubre a diciembre de 1996 se realizaron, a instancias del nivel central de la CCSS, reuniones y negociaciones para perfilar el camino hacia los compromisos de gestión. Al inicio, diferentes actores reaccionaron negativamente: los sindicatos criticaban que se pretendiera ahorrar recursos, o abrir el espacio a una propuesta privatizadora.¹⁴ En el propio nivel central de la CCSS hubo y persisten recelos respecto de los compromisos de gestión, que son percibidos como un debilitamiento de la acción central. Los directores de hospitales, escépticos inicialmente en su mayoría, se interesaron progresivamente por cuanto la ampliación de la autonomía les permitía contar con más instrumentos para enfrentar sus problemas, y surgió un liderazgo por parte de los hospitales

⁹ La equidad de distribución de recursos se define como "la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud de aquellos usuarios que posean iguales necesidades" (CCSS, 1997a, p. 36).

¹⁰ Entendido éste como habilidad para escoger el momento oportuno para producir el mayor efecto.

¹¹ Expresiones de don Alvaro Salas en entrevista 5.2.1998.

¹² Se nos señaló que durante seis meses, las autoridades y los encargados de los compromisos de los entes prestadores debieron ausentarse para ello 3 o 4 días a la semana. Entrevista a Manrique Soto Pacheco, Director general del Hospital San Juan de Dios, 5.2.1998. La capacitación, paradójicamente, en algunos casos compitió con los objetivos del compromiso: según la evaluación de los hospitales de 1997, la distracción de los gestores del proceso en actividades de capacitación generó discontinuidades en el seguimiento de los compromisos.

¹³ Expresiones del Dr. Elías Jiménez, Director general del Hospital Nacional de Niños y Presidente Ejecutivo de la CCSS 1990-1994 en entrevista 5.2.1998.

¹⁴ Dificultades en el diálogo sobre la reforma y algunos prejuicios sobre ella se translucen claramente en la sesión de discusión y comentarios, pp. 41-70 presentada en GTSS (1997).

que estaban en mejor pie para iniciar el proceso. La innovación fue ampliamente apoyada desde el Poder Ejecutivo, que incluso participó en un encuentro con los directores de hospitales¹⁵ respecto de las "colas" y listas de espera.¹⁶

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

Como elementos de aprendizaje del análisis de otras realidades, está el cambio cultural que tuvo lugar en el País Vasco con los compromisos de gestión, aún cuando éstos no estaban vinculados al presupuesto: esa experiencia se rescata al lanzar el instrumento en 1997, y se manifiesta en una relativa laxitud de los requerimientos de los contratos.

El conocimiento de los aspectos positivos y negativos de las experiencias también condicionó tres ámbitos de preocupación en el diseño del modelo: el sistema de pago debía evitar la sobreprestación de servicios o la manipulación en un contexto de baja producción; los indicadores no debían orientarse simplemente a resultados, saltándose los procesos, lo cual traiciona el compromiso y su credibilidad; la evaluación debía concebirse como un proceso fuerte, consistente y constante.¹⁷

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

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

Esa dualidad inhibe una cobertura universal de la población y un uso eficiente de recursos, conspira contra una relación complementaria de la atención pública y privada, y acota significativamente las capacidades de regulación, con implicaciones serias en el ámbito de la gestión debido a los trasvasijos entre ambos subsistemas.¹⁸ Las desigualdades en salud y la ineficiencia inherentes al modelo dual condicionan que en Chile exista actualmente una compleja discusión respecto al establecimiento de un seguro básico de salud solidario, con cobertura universal y obligatoria, que garantice efectiva libertad de elegir el seguro de salud y el proveedor de atenciones

¹⁵ Las propuestas realizadas en ese encuentro atañen a ámbitos muy diversos: equipamiento, sistemas de asignación de citas, flexibilización horarios de atención, nuevos esquemas de contratación, descentralización de la gestión, flexibilización del presupuesto, ampliar capacidad resolutoria del médico general, compra de servicios, mejora sistema de referencias, coordinación de servicios, vs. ausentismo.

¹⁶ Para entender este proceso político nos fue sumamente útil la reunión con las autoridades de salud convocada por el Presidente Ejecutivo de la CCSS, el 26.8.1997. Participaron en ella: Herman Weinstock, Ministro de Salud; Alvaro Salas, Presidente Ejecutivo CCSS; Fernando Marín, Viceministro de Salud; Julieta Rodríguez, Gerente de la División Médica de la CCSS y Luis Bernardo Sáenz, Director del Proyecto de modernización de la CCSS.

¹⁷ Estos antecedentes sobre el inicio del proceso los recabamos el 29.8. 1997 en entrevista conjunta a James Cercone, Norma Ayala, Rodrigo Bartels y Mario León,, funcionarios del proyecto de modernización de la CCSS que estuvieron a cargo de la elaboración de los compromisos y que han participado en su evaluación.

¹⁸ Sobre el caso chileno, ver Sojo, 1996b y 1996c.

en el campo público y privado, sin posibilidad de rechazo por parte de las instituciones aseguradoras.¹⁹

II. EL FUNDAMENTO DE UNA ASIGNACIÓN ALTERNATIVA DE RECURSOS: SUPERAR LOS INCENTIVOS NEGATIVOS

Cuadro 1	
COSTA RICA: ALGUNOS INDICADORES SOCIALES	
INDICADOR	VALOR
Tasa bruta mortalidad (1996)	4.12
Tasa mortalidad infantil (1996)	11.83/oo
Esperanza de vida (1995)	74.8
Principales causas de muerte (1996):	
Total muertes	13.993
Enfermedades aparato circulatorio	4.308
Tumores	2.902
Traumatismos y envenamientos	1.570
Porcentaje nacimientos bajo peso	7.33%
Rango en índice desarrollo humano (1997)	33
Fuente: CCSS.	

El mejor uso de recursos, eje de la reforma de gestión de la CCSS, se plantea como apremiante²⁰: está en juego, se afirma, la sostenibilidad del sistema, ya que el gasto en salud ha venido creciendo en los últimos años pero su productividad es constante o decreciente, y el envejecimiento de la población presionará aún más hacia el aumento. Hay insatisfacción de los usuarios, que acarrea un doble gasto en salud cuando los cotizantes incurren en erogaciones para prestaciones privadas, fenómeno que representa costos en términos de eficiencia social y que favorece la evasión. Se hace necesario, por tanto, controlar costos y aumentar la eficiencia para contribuir efectivamente a la búsqueda de solidaridad, equidad y competitividad del país.

El diagnóstico plantea que el control del presupuesto en la CCSS ha tenido un carácter administrativo, y que los costos de los servicios prestados no se conocen cabalmente; no se han desarrollado procesos de facturación de servicios. Se trata de modificar la organización y el financiamiento de los servicios de salud según asignaciones históricas para asignar recursos en función de la eficiencia, del cumplimiento de objetivos, de los resultados y del rendimiento obtenidos en los ámbitos asistencial, financiero y de calidad. Una buena práctica clínica, una correcta atención al usuario, y una coordinación efectiva entre los niveles asistenciales se consideran los criterios de calidad.

En el marco de una normativa inflexible, las remuneraciones de los funcionarios se determinan por la antigüedad, y no se evalúa el desempeño. Si bien la organización del trabajo está sometida a una detallada reglamentación y estandarización, en el ámbito de la gestión clínica los profesionales prácticamente actúan sin limitaciones. Y el alto grado de ausentismo y de sustituciones e incapacidades supera los niveles promedio del país.

¹⁹ Ver planteamientos en ese ámbito en un estudio encargado por el Ministerio de Salud al: Dpto de Economía de la Universidad de Chile (1997)

²⁰ A menos que se precisen otras fuentes, el diagnóstico tiene como principal fuente CCSS, 1997a.

Las agendas médicas constituyen una suerte de "mercado cautivo" en manos de los especialistas, lo cual origina barreras de acceso y largas listas de espera, excepto en aquellos casos en que hay una escasez efectiva de especialistas, como en oftalmología, otorrinolaringología y oncología.²¹

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

III. EL MODELO DE FINANCIAMIENTO²²

1. La concepción general

El cuasimercado²³ se basa en un nuevo diseño organizativo de la CCSS que separa internamente las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios de salud, y en un modelo de financiamiento. La relación entre el financiamiento y compra y la provisión se concibe de forma contractual: en ese marco, los compromisos de gestión son el instrumento que permite especificar objetivos de salud y fijar acuerdos de producción para cada centro, para asignar y transferir recursos en función del rendimiento y cumplimiento de metas. A tal fin, se afirma que sus objetivos deben ser realistas, y que el instrumento debe adaptarse a las cambiantes necesidades y al desarrollo institucional.

Desplazar la óptica de la cultura de gestión desde el gasto hacia el costo hace indispensable identificar cualquier actividad asistencial hacia el usuario, procedimiento válido, tanto para la relación financiador-comprador con el hospital, como también para el intercambio de servicios entre los diversos centros prestadores de la CCSS. Como se verá, este aspecto es asumido en los compromisos.

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

El modelo de financiamiento estipula un componente presupuestario variable, que permite penalizar el incumplimiento, ya que su disponibilidad se condiciona a los objetivos y metas. El componente asciende a un 10% del presupuesto total, y se divide paritariamente en dos fondos:

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

²¹ Entrevista a Luis Bernardo Sáenz, 26.2.1998.

²² El planteamiento del modelo tiene como principal fuente: CCSS, 1997a

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

b) el fondo de compensación solidaria, por su parte, constituye un margen de protección o compensación contra imprevistos en la ejecución presupuestaria, tales como producción que exceda la actividad prevista o incrementos del costo de la producción.

El proceso de introducción de los compromisos de gestión se concibe como progresivo y gradual, considerando las capacidades gerenciales de las diversas entidades prestadoras y del comprador. El logro de capacidades gerenciales debiera abrir más espacio a profesionales especializados en esas tareas y al cumplimiento de tareas híbridas por parte de los médicos, que combinan la visión clínica y preventiva en el campo de la salud con conocimientos sobre la gestión de recursos.

La gradualidad responde al afán de mejorar paralelamente los sistemas de información, ya que las carencias en ese ámbito son muy grandes: no están disponibles datos básicos tales como el volumen de población atendida en cada centro del primer nivel de atención y su estructura por edad y sexo, ni en las direcciones de los centros ni en el nivel central.

2. Especificaciones del primer nivel de atención

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

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

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

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

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

3. Especificaciones del segundo y tercer nivel de atención

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

Los indicadores de desempeño hospitalario se organizan en torno a tres ámbitos: objetivos organizativos, tales como el registro de referencias del sector primario o el desarrollo de un sistema centralizado de gestión de las listas de espera; objetivos asistenciales o de programas específicos, destinados a problemas como la reducción de las listas de espera o la disminución de la tasa de cesáreas; objetivos de calidad, que mejoran la atención y satisfacción del usuario.

En la primera fase del financiamiento por producción, la actividad global del hospital se desglosa en cuatro áreas: hospitalización; atención ambulatoria en consultas especializadas y no

especializadas; urgencias; programas asistenciales especiales, docentes y de investigación. Se determina una unidad de producción homogénea para los cuatro tipos de actividad. Este coeficiente estándar de equivalencia se denomina la unidad de producción hospitalaria (UPH), muy estrechamente relacionada con la estancia hospitalaria. La actividad de las áreas se agrupa y se pondera en una escala de valor relativo, que considera criterios de costo, planificación y productividad, constituida por los valores en UPH.

En esta primera etapa, se introducen estancias medias estandarizadas por sección o departamento, que consideran la severidad de los casos o la casuística. Este incentivo premia a los

Cuadro 2		
COSTA RICA : VALORES UPH 1997		
ESCALA DE VALOR RELATIVA PARA HOSPITALES (TIPO DE ACTIVIDAD)	EQUIVALENCIA UPH	
1 Estancia	1	UPH
1 Urgencia	0.35	UPH
Primera visita especializada	0.40	UPH
Primera visita resto	0.25	UPH
Visita sucesiva especializada	0.2	UPH
Visita sucesiva resto	0.1	UPH
Visita odontológica	0.1	UPH
Visita no médica	0.05	UPH

Fuente: CCSS.

hospitales cuyas estancias sean menores al estándar, e incentiva, en general, a reducir la estancia media.

Los valores UPH se pagan de acuerdo con una tarifa que es invariable para el período de vigencia del compromiso. El presupuesto por producción equivale a la cantidad de UPH de cada actividad concertada, multiplicada por la correspondiente tarifa. El pago de actividades que exceden las UPH pactadas debe efectuarse de acuerdo a su costo marginal, y su fuente de financiamiento — sean ahorros generados o fondo de compensación solidaria— varía según la relación global entre el presupuesto por producción y el presupuesto ejecutado.

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

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

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

IV. ALCANCES INSTITUCIONALES Y ORGANIZATIVOS DE LOS CONTRATOS

Resulta fecundo pensar a las instituciones como las reglas del juego que dan forma y limitan la interacción humana, estructurando incentivos en el intercambio político, social o económico (North, 1993, p. 13). Parafraseando al mismo autor²⁴, el período actual de la CCSS puede caracterizarse como una situación de desequilibrio, en la cual una nueva limitación institucional -condensada en los compromisos de gestión— altera la estructura de incentivos tradicional, pero en el marco de convenciones y normas que le son concomitantes y que siguen teniendo vigencia; ambas tendencias están ancladas en la acción de actores que moldean el cambio institucional.

En esta transición, por tanto, se encuentran en pugna diversas cristalizaciones de incentivos. Y como los nuevos incentivos no encuentran "a la mano" una retroalimentación de información satisfactoria, una estructura organizativa adecuada, o normas eficaces, son necesarias diversas acciones específicas para avanzar en esa dirección. Algunas de estas dimensiones han sido ya expuestas, y en este apartado enfatizaremos aquéllos aspectos que atañen a la organización. Si del mercado se ha dicho que "es un saco mezclado de instituciones; algunas aumentan su eficiencia y otras la reducen" (Ib., p.95), la idea de mezcla resulta también pertinente a la hora de visualizar un cuasimercado en gestación.

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

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

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

Se afirma que para trasladar riesgos hacia el prestador, la función prestadora debe descentralizarse desde el nivel central de la CCSS hacia los hospitales y áreas de salud, en aras de una mayor autonomía del uso de recursos y de una mayor responsabilidad respecto de los resultados. La descentralización se concibe en términos de que los hospitales y las áreas de salud asuman responsabilidades en cuanto al gasto, los objetivos y metas; y de que las ganancias de eficiencia también sean captadas por los centros que las logran. Al menos inicialmente, no se contempla descentralizar la función compradora, en razón de los costos de transacción concomitantes, su escasa viabilidad, y la incertidumbre respecto de las mejoras institucionales que podría acarrear.

Cabe señalar que en algunos hospitales existe un gran interés por la descentralización. En ese ámbito se plantea que la centralización de los hospitales no ha sido adecuada y ha acarreado ineficiencias en la gestión.²⁵ También sobre las repercusiones que acarreo

²⁴ Ib., pp. 116, 117 y 125.

²⁵ Entrevistas con Elías Jiménez y Manrique Soto, op.cit.

esta centralización para la negociación con los grupos de presión: en tanto que antes cada hospital negociaba con un sindicato que agrupaba únicamente a sus empleados, ahora ésta es centralizada.²⁶

Las competencias del comprador se han ido articulando en la práctica. Para evaluar los compromisos se conformó una comisión evaluadora ad-hoc de las tres gerencias de la Caja, que ha interactuado fluidamente con las diversas instancias competentes. Se destaca que el proceso de evaluación ha estado estrechamente vinculado con la ejecución de los otros componentes de la puesta en marcha de los compromisos; que la evaluación ha combinado una fluida y efectiva coordinación informal dentro del comprador con una relación muy formalizada con las unidades prestadoras; y que los evaluadores han tenido un acceso muy directo y oportuno a las autoridades superiores de la CCSS. También se subraya como positivo que diversas oportunidades como reuniones y talleres han sido aprovechadas eficazmente por los distintos actores involucrados para negociar, hacer "lobby" y resolver detalles de los contratos.²⁷

En la División administrativa de la CCSS se ha conformado un "grupo de compra", y los componentes de negociación y de evaluación se han visto fortalecidos. La orientación de la función de compra en términos de planificación es, quizá, el aspecto más débil; a su desarrollo debiera contribuir la elaboración del Plan de salud, con alta participación del Ministerio. La información sobre producción generada por la sección de información biomédica fue considerada como la fuente oficial de información en esta materia tras el I Taller de evaluación de la Unidad de evaluación.

Se puede advertir que la función de compra ha experimentado un desigual desarrollo: se ha avanzado más en la evaluación, mientras que hay más rezagos en el aspecto financiero. Por ejemplo, el análisis del contraste entre el presupuesto por producción y el presupuesto histórico, actividad que debía realizarse durante el primer año, no fue efectuada. O hay rezagos en proveer metodologías para efectuar los protocolos de atención. Los hospitales han reclamado falta de asesoría y apoyo del nivel central, sobre todo en el área de informática, y lentitud del comprador para resolver problemas o solicitudes que impiden cumplir con los contratos. Pero también se afirma que "se han sentido bien reflejados en el compromiso".²⁸

Con el avance de la experiencia piloto, también se fue consolidando el asidero legal interno de la reforma. La Junta Directiva de la Caja, en sesión 7133 del 10 de junio de 1997, aprobó el marco conceptual de diseño organizativo de transformación del nivel central, a realizar con los recursos humanos disponibles, que en lo medular plantea la separación de funciones, la relación contractual mediante el compromiso de gestión, y objetivos y orientaciones generales ya contenidas en el diagnóstico antes sintetizado. En cuanto a la nueva estructura organizativa de la CCSS, de tres opciones consideradas, la Junta aprobó la llamada opción 2B, con observaciones de los directivos; como se observa en los cuadros 3 y 4, la División administrativa y la División médica de la CCSS reúnen atribuciones esenciales, y la función de financiamiento podría quedar mejor articulada. Sin embargo, en mayo de 1998, aún estaban pendientes la reasignación de personal y de tareas necesaria para implementar el comprador.

²⁶ Entrevista con Elías Jiménez, op.cit.

²⁷ Entrevista con Rodrigo Bartels y Norma Ayala, 6.2.1998.

²⁸ Opinión de Manrique Soto Pacheco, entrevista citada.

Estructura Organizativa

Cuadro N° 3

Estructura mixta funcional-con mayor orientación a producto-

Esquema organizativo



Cuadro N° 4

Estructura Organizativa

Estructura mixta funcional con mayor orientación a producto, opción B.

Mapa de Áreas de Responsabilidad Básicas del segundo modelo (Opción B):

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

Recuadro 1

*PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL DISEÑO ORGANIZATIVO DE LA CCSS **

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

** Aprobado en sesión 7133 de la Junta Directiva, junio de 1997.*

Cada cuasimercado nace en un determinado contexto institucional e histórico que afecta su evolución (Ferlie et.al., 1996, p. 57). En el caso de la CCSS, la distinción de funciones se efectúa especializándolas en su propio seno, sin crear entidades exógenas a cargo de alguna. En ese cuasimercado, el grado de concentración de la función compradora es monopólico, ya que no se establecen micro o mesocompradores, mientras que la función prestadora se desconcentra en una multiplicidad de entidades, que están en manos de la CCSS: en 1997 comprendía 7 de los 29 hospitales, y 5 de las 46 áreas de salud, que conjuntamente representaban más de la mitad del presupuesto de la CCSS. Para 1998 se negociaron compromisos de gestión con 28 centros de producción de servicios de salud: 10 hospitales, 14 áreas de salud y 4 cooperativas.

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

Las funciones de compra y de provisión vistas en conjunto quedan concentradas en la CCSS, y el medio de control fundamental es el contrato, ya que justamente la traslación de una

gestión por jerarquía a una gestión por contrato constituye la esencia de este cuasimercado, que provoca a su vez cambios tales como modificaciones de los sistemas de información y de costos. Es, por tanto, un cuasimercado orientado hacia adentro y altamente regulado en términos internos por el comprador, ya que el centro tiene poderes de regulación, de fijación de reglas y de nombramiento de puestos claves.

Debido a las formas de contratación de personal y a las reglas de carrera y de permanencia en el sistema que están vigentes, el poder comprador central y de los prestadores está aún muy reprimido. En cuanto a la contratación de bienes y servicios, ha tenido lugar una desconcentración, y a algunas áreas de salud se les ha permitido compras a terceros, medida cuya eficiencia y eficacia aún no ha sido evaluada.

Por otra parte, el proceso afecta las relaciones de poder, formales e informales, dentro de las unidades prestadoras de servicios. En el caso de los hospitales, ocurre en un contexto en que tradicionalmente, en algunos casos, la autonomía funcionaria ha acarreado incluso problemas de gobernabilidad interna. En los hospitales nacionales, existe también el fenómeno de la existencia de nichos políticos partidistas que dificultan el trabajo organizativo conjunto.²⁹ En ese contexto, los directores perciben los compromisos como un instrumento mediante el cual pueden presionar al hospital para elevar el rendimiento.³⁰ Pero no resulta sencillo, sin embargo, trasladar las responsabilidades del compromiso a las jefaturas médicas, debido a la rapidez asociada al cambio, a la limitada capacidad gerencial existente, y al efecto de las resistencias funcionarias. Y una tarea pendiente, en esos términos, es fortalecer a los directores de hospital ante sus jefaturas.³¹

En Chile, por su parte, se está buscando también avanzar en la separación de funciones con los compromisos de gestión. En ese sentido, las singularidades de su sistema de salud y de la reforma de gestión han hecho del Fondo Nacional de Salud (FONASA) un importante protagonista de esta 3 separación, que de ente estrictamente asegurador pasó a asumir una función compradora dentro del sistema del Ministerio de Salud.

Se trata en Chile de concentrar la función prestadora en los Servicios de Salud y en los hospitales y municipalidades con ellos vinculados, y de eliminarla del Ministerio. Sin embargo, precisamente la persistencia de la función prestadora en el Ministerio de Salud se ha señalado como un obstáculo importante de la reestructuración de la salud³². En el tema que nos concierne, ello condicionó una estructuración atomizada de los compromisos y de su evaluación. Es así como al principio, los contratos de gestión se elaboraron a partir de propuestas de las diversas unidades del Ministerio que también conservaban las potestades en relación con esos ámbitos del contrato, a tal punto que se analizaban los indicadores correspondientes en forma separada, para finalmente hacer una integración estrictamente formal del análisis. Por la misma razón, los Servicios de Salud debían negociar los compromisos con varias instancias en el Ministerio denominadas "mesas", que en 1996 se redujeron a dos —una del Ministerio y otra de FONASA— y desde 1997 a una, momento a partir del cual el análisis del compromiso también se hace de manera coordinada.³³

Debe llamarse la atención sobre el hecho de que diversas determinaciones políticas en torno a los compromisos de gestión condicionan que ellos, por sí solos, no sean garantes de gobernabilidad dentro del sistema de salud: a tal fin, es crucial la fortaleza de los sistemas de incentivos y la regulación en materia de entrada y de permanencia en el sistema. Un ejemplo impresionista de la experiencia chilena es el caso de un director de servicio que se negó a firmar un compromiso; a lo más, se buscó convencerlo de que lo hiciera, pero no se planteó su remoción.³⁴

Las reformas de gestión en salud costarricense y chilena pueden denominarse "top-down", en cuanto a que la iniciativa en ambas experiencias provino de instancias centrales: del

²⁹ Antecedente planteado en entrevista conjunta a Cercone, Ayala, Bartels y León, op. cit.

³⁰ Entrevista con Manrique Soto, op. cit.

³¹ Entrevista con L.B. Sáenz, 26.2.1998

³² Entrevista con César Oyarzo, ex-Director del FONASA, 22.8.1997

³³ Entrevista con Pedro Croco, Director de la Unidad de gestión del Ministerio de Salud, 3.9.1997.

³⁴ Entrevista con César Oyarzo, op.cit.

nivel central de la CCSS, y del Ministerio de Salud y del FONASA, respectivamente. Pero las evaluaciones de resultados evidencian, en ambos casos, la importancia de la negociación: los resultados son mayores cuando los compromisos han resultado de una negociación fuerte y no de una laxa, es decir, cuando las especificaciones y preferencias locales se traducen, al menos, en la negociación de metas.

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

La morfología institucional del sector salud en Costa Rica potencia una amplia autonomía del uso de los recursos por parte de los prestadores —sujeta a que se garantice eficiencia y eficacia en su uso— ya que los recursos no provienen de alguna instancia central, como el Ministerio de Hacienda, sino que se encuentran en manos de la institución y derivan del pago tripartito de cuotas. Se trata, en esencia, de descentralizar la relación principal-agente dentro de la misma CCSS. En el caso chileno, a esta complejidad se agrega aquélla que deviene de la rigidez centralista del sistema presupuestario nacional, a pesar de algunas iniciativas sectoriales emprendidas para agilizar el uso de los recursos y para introducir flexibilidad, experimentado parcialmente con los pagos asociados a diagnóstico y con el per cápita (Sojo, 1996c, p. 144).

Tanto para las áreas de salud como para los hospitales en Costa Rica cabe destacar que el rango y el grado de inserción de los funcionarios involucrados en los procesos que condujeron tanto a la elaboración de los compromisos de gestión como a su evaluación periódica ha sido sumamente heterogéneo.

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

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

A mediano plazo, la experiencia con los contratos debiera permitir extraer lecciones en cuanto a prácticas óptimas ("best-practices") de gestión, que contengan algún grado de generalización para la reforma del Estado.

V. LOS COMPROMISOS DE GESTION DE 1997³⁵

Como hemos visto, la traslación de una gestión por jerarquía a una gestión por contrato es el eje de la construcción de este cuasimercado. Tal status hace idóneos los compromisos para captar las coordenadas fundamentales de la reforma de gestión, razón por la cual debe considerarse su multidimensionalidad. En el apartado anterior fueron analizadas algunas dimensiones organizativas asociadas al establecimiento de los contratos; a continuación, se plantean detalladamente algunas características del instrumento, y resultados del primer año de su aplicación.

1. Una visión global

Los compromisos de gestión en Chile se establecen entre el nivel central y los denominados Servicios de salud, entidades que debido a la conformación de los prestadores se relacionan con los hospitales públicos y con las municipalidades, y con los cuales se promueve que, a su vez, establezcan compromisos. Si bien los indicadores de los compromisos de gestión chilenos cubren los tres niveles de atención, tal como puede observarse, ellos enfatizan la atención primaria y preventiva (ver cuadros 5, 6, 7).

Por su parte, los compromisos de gestión de la CCSS son específicos para las áreas de salud, y para el segundo y tercer nivel de atención. Los contratos, tanto con las áreas de salud como con los hospitales, se establecieron del 1 de enero de 1997 al 30 de junio del mismo año y fueron renovados al 31 de diciembre de 1997. El buen grado de cumplimiento de esas entidades llevó a establecer nuevos objetivos y metas al renovarse sus contratos para el segundo semestre, mientras que rezagos del cumplimiento de los hospitales, con excepciones como la del Hospital de Niños, llevaron a extender el plazo hasta el 31 de diciembre para cumplir con los objetivos y metas inicialmente pactados.

Para facilitar la comparación de ambos países, se han elaborado cuadros sinópticos de los compromisos de Chile y Costa Rica, articulando la amplia gama de sus contenidos en torno a algunos criterios de gestión (ver cuadros 5, 6, 7, 8, 9A y 9B).

Dentro de las vertientes de la llamada nueva gestión pública, pueden distinguirse aquéllas en las cuales los procesos son tan importantes como los resultados organizativos, de otros modelos centrados más estrechamente en las tareas (Ferlie et.al., 1996, p. 14). La medición de desempeño de los compromisos de la CCSS tiene claramente esa orientación amplia, que trasciende el simple uso de indicadores de eficiencia o eficacia, aunque evidentemente éstos también se utilizan (ver cuadros 8, 9A y 9B).

Es así como la amplia gama de componentes de los contratos de gestión de la CCSS —incluyendo sus llamadas cláusulas adicionales— comprende introducir o mejorar ciertos sistemas de información, hacer vigentes y optimizar procesos que no venían funcionando adecuadamente o bien, desarrollar nuevos procesos que permitan conocer y sistematizar la prestación de servicios y dilucidar aspectos específicos de su eficacia. Un análisis de los indicadores relacionados con estos aspectos evidencia su predominio, tanto para las áreas de salud como para los hospitales, al menos en términos cuantitativos.

Algunos componentes, como los protocolos clínicos, coadyuvan potencialmente por sí mismos a la reestructuración institucional, ya que implican sendas modificaciones de los procesos de trabajo. De allí que estos aspectos complementarios de los compromisos parezcan ser, al menos, tan importantes como el incremento de los índices de actividad y de los resultados en salud,

³⁵ Este análisis e interpretación tiene como base empírica los protocolos de los compromisos de gestión de la CCSS y sus las evaluaciones semestrales y anuales, y los protocolos de los compromisos de gestión del Ministerio de Salud de Chile y sus evaluaciones anuales.

aspectos que evidentemente también están presentes, por ejemplo, en las metas de reducción de las listas de espera.

Instaurar protocolos clínicos implica exigencias técnicas y acuerdos respecto de cómo registrar los procedimientos, para aspirar a su estandarización. En términos políticos ha sido una tarea compleja que ha encontrado resistencia por parte de los médicos³⁶ o bien, ha motivado a médicos que los vinculan con formación clínica y con el avanzar hacia la excelencia, y que no perciben tanto su relevancia para la gestión. El nivel central no ha provisto aún —tal como se contemplaba— metodologías para elaborar protocolos, pero ha iniciado su estudio.³⁷

Los procesos organizativos no han tenido una presencia tan relevante en el caso de Chile, cuyos contratos precisamente evidencian debilidades en cuanto a la integración de los temas de gestión en sentido estricto. En 1995 eran bastante marginales aquellos indicadores de los compromisos que tenían un carácter estrictamente de gestión. Si bien éstos adquirieron una mayor presencia en los dos años siguientes, aún en 1997 hay un fuerte énfasis en la realización de determinadas acciones en salud vinculadas con índices de actividad (ver cuadros 5, 6 y 7); en términos de la gestión, destacan en 1997 las actividades relacionadas con la reducción de las listas de espera. La mejora de los registros como instrumento para fortalecer la capacidad gerencial no ha sido considerada en estos contratos.

En Chile se ha avanzado en la mejora de los indicadores sanitarios de los compromisos de gestión, que al inicio eran muy débiles, y en la vinculación con las metas ministeriales y gubernamentales, sobre todo a partir de 1998. En ese sentido, a lo largo del tiempo, se han depurado y estructurado sus objetivos y metas. Pero la ejecución —que en sentido estricto constituye el núcleo de la gestión— ha quedado en lo fundamental al libre albedrío de los Servicios, ya que este aspecto no se ha integrado plenamente en los compromisos y en las actuales condiciones posiblemente acarrearía celos por parte de los directores de los servicios, que lo percibirían como una intromisión. Las discusiones sobre salud en el país han girado fundamentalmente en torno a los lineamientos de las políticas y marginalmente en torno a la gestión; cuando se pactan ciertos ajustes con los directores de los Servicios para superar problemas de financiamiento, generalmente vinculados con remuneraciones, tampoco el ajuste acordado se aprovecha para solicitar medidas en el plano de gestión cuyo cumplimiento se verifique.³⁸

En Chile la introducción del pago asociado a diagnóstico (PAD) se ha topado con limitaciones. Esta forma de financiamiento no ha sustituido a la asignación histórica del presupuesto, sino que se ha dado en forma paralela, con un carácter experimental. Se introdujo con un alto grado de participación en el nivel hospitalario y, por tanto, no fue percibida como una amenaza; pero colapsó cuando se quiso introducir de forma masiva, porque la diversidad de condiciones de partida y las condiciones de información la hicieron inviable. De allí que su uso se haya focalizado en temas concretos, como prestaciones complejas y oportunidad de la atención; hay avances, porque actualmente la idea de "paquete" no es un concepto que suscite resistencias, y ya no se piensa en prestaciones aisladas.³⁹ Justamente experiencias como ésta, evidencian la relevancia de consolidar el ámbito de gestión en la modernización del sector salud chileno, sea mediante los contratos con los servicios de salud u otras formas. En el ámbito de los PADs podría avanzarse, desde el punto de vista de la gestión, con el apoyo de procesos tales como la vigencia de protocolos clínicos.

Los compromisos de la CCSS, por su parte, establecen sistemas de información en numerosos niveles que debieran permitir tanto al financiador-comprador como al prestador conocer cómo se realiza efectivamente la prestación de servicios; tener elementos de juicio para un diagnóstico sobre la eficiencia y eficacia del uso de los recursos y para modificar los procesos de gestión y prestaciones pertinentes; elaborar algunos indicadores de eficiencia y eficacia. Esta gama

³⁶ Entrevista a Manrique Soto, op. cit.

³⁷ Entrevista con L.B. Saénz, op. cit.

³⁸ Este derrotero de los compromisos fue expuesto por Rony Lenz, Director del FONASA, en entrevista el 26.5.1998. Sus referencias sobre la debilidad que tienen los compromisos en términos de la gestión se dieron como respuesta a nuestro planteamiento crítico sobre el punto, con el cual coincidió.

³⁹ Esta trayectoria de los PADs nos fue planteada por Rony Lenz, en entrevista op.cit.

de objetivos subyace a varias de las cláusulas adicionales de los compromisos de la CCSS, en las cuales el desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad ocupa un sitio preponderante.

Destacan en esos términos los protocolos de atención y de tratamiento que debieran permitir conocer los procesos propios de la gestión clínica, ámbito que tradicionalmente ha constituido una caja negra en la cual los médicos han actuado sin restricciones. Los protocolos permiten modificar ese grado de autonomía de las prácticas laborales y debieran permitir: someter a escrutinio el modo cómo se efectúan las prestaciones, para determinar su eficiencia técnica, clínica y de gestión; individualizar los procesos en juego, para avanzar en la conformación de centros de costos de las prestaciones y avanzar hacia el pago por grupos relacionados de diagnóstico (GRD); delimitar responsabilidades funcionarias y de los equipos en la prestación de los servicios, para mejorar la calidad y conocer el desempeño; modificar y hacer ajustes al comportamiento clínico.

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

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

En las áreas de salud el compromiso pretende incentivar acciones de prevención y promoción de la salud en el primer nivel, que a mediano y largo plazo permitan disminuir la morbilidad y mortalidad y consolidar condiciones de salud deseables, prestando adecuada atención prenatal, seguimiento del desarrollo infantil, la detección precoz de enfermedades, tales como cáncer de cervix, y la detección y control de enfermedades crónicas prioritarias tales como diabetes e hipertensión. Para las áreas de salud, se elaboraron normas de atención integral del primer nivel que constituyen el marco de referencia para evaluar su quehacer.

Cabe enfatizar que la consolidación del sistema de referencia con sus beneficiosos efectos sobre la reducción gradual de las filas en consulta externa y en especialidades, depende también de avances en otros terrenos de la reforma de la salud: a saber, de la consolidación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS).⁴⁰

En Chile recientemente también se ha puesto interés en optimizar la red de prestaciones con el apoyo de los compromisos de gestión, ya que antes el vínculo exclusivo se daba entre el nivel central y los servicios de salud individualmente. A tal fin, el FONASA se ha constituido en un intermediario entre los servicios y se ha reestructurado en cinco zonas que abarcan varios servicios, para articular la red en las regiones. Se han creado "mesas" regionales, que le dan seguimiento a los compromisos.⁴¹

La calidad de la atención, concebida como un proceso continuo de mejoramiento, tiene un espacio importante en los contratos de la CCSS. La medición de calidad está presente en indicadores que remiten a la eficacia de las prestaciones médicas: complicaciones de la salud de

⁴⁰ Sobre los EBAIS ver un detallado análisis en Costa Rica, MIDEPLAN (1998), PP. 195-200

⁴¹ Entrevista con Rony Lenz, op.cit.

pacientes, trayectoria y causas de la tasa de mortalidad etc., o en procedimientos para asegurar el uso adecuado de los medicamentos, mejorar los expedientes individuales de salud o controlar las infecciones intrahospitalarias (ver cuadros 8, 9A y 9B). Y la preocupación subyace a aspectos relacionados con la oportunidad y el acceso a la atención —reducción de listas de espera, resolución de urgencias, agilización de servicios de apoyo tales como farmacia. En el ámbito de calidad, hay medidas del compromiso orientadas a identificar procesos y responsabilidades funcionarias, tales como los protocolos de lavado de manos en los hospitales: subyace a esto la idea de que el logro de calidad se puede detectar y medir en los procesos que lo condicionan.

Parafraseando a Hirschman, ya que esta reforma no constituye una apuesta por "la salida del cliente", se confía en la "voz del usuario" como fuente de retroalimentación. Esta preocupación se expresa directamente en el establecimiento de sistemas que debieran permitir conocer tanto las principales fallas percibidas de la atención clínica, como el grado de satisfacción de los usuarios; se fijan también procedimientos para resolver reclamos.

La preocupación por conocer la opinión de los usuarios llevó también a efectuar en 1997 un "Estudio de opinión de los servicios de salud de la CCSS", de los servicios brindados por la CCSS por región del país (EYMSA, 1997). En una escala numérica del 1 al 10, los servicios tuvieron una calificación promedio de 8.2, catalogada como buena. El servicio mejor calificado fue hospitalización, con 8.6 de promedio, y el segundo los EBAIS con 8.4 promedio; tanto el personal médico como paramédico estuvo bien calificado.

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

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

Es así como la reducción de las tasas de ausentismo por licencias curativas en Chile en 1996 —primer año en que se pactó— fue significativa sólo en algunos Servicios de salud; en otros incluso se elevó. Esa tendencia se repitió en términos generales en el siguiente año y con reducciones menores como era previsible; además, en los Servicios individuales las reducciones no necesariamente se han mantenido.

Finalmente queremos llamar la atención sobre el hecho de que en los contratos de 1997 de la CCSS fue casi inoperante el fondo único de incentivos en el caso de los hospitales, ya que la separación de fondos requerida no había sido prevista; para 1998 ésta sí se ha efectuado, apartando desde enero un 0.5% del presupuesto, para llegar a un 10%. En las áreas de salud en 1997, éstas llegaron efectivamente a obtener del fondo de incentivos entre un 2% y un 4%.⁴²

⁴² Entrevista con Rodrigo Bartels

Cuadro 5

CHILE: COMPROMISOS DE GESTION 1995 CON SERVICIOS DE SALUD

INDICADORES	ENFASIS EN METAS DE SALUD	ENFASIS EN GESTION Y CALIDAD
Formulación de un plan de salud para 1996	x	x
Cobertura del examen preventivo de salud de población laboral	x	
Tasa de mortalidad perinatal	x	
Número de comunas con coberturas de vacunas inferiores a 90%	x	
Número de actividades de prevención específica de salud bucodental realizadas del total en niños de 0-5 años y de 6-9 años	x	
Prevalencia de malnutrición en la población infantil	x	
Instancias de participación interna y de participación comunitaria e intersectorialidad en funcionamiento a fines de 1995 en los SNSS y en los establecimientos		x
Horas pabellón utilizadas/horas pabellón disponibles	x	x

Fuente: Documentación oficial.

Cuadro 6

CHILE: COMPROMISOS DE GESTION 1996 CON SERVICIOS DE SALUD

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

Fuente: Documentación oficial.

Cuadro 7
CHILE: ENFASIS E INDICADORES DE LOS COMPROMISOS DE GESTION 1997
CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Areas e indicadores		Enfasis en metas de salud	Enfasis en gestión y calidad
GESTION PROGRAMATICA	Proyectos de promoción	x	
	Cobertura del ESPA	x	
	Atención odontológica infantil preventiva	x	
	Pesquisas de casos TBC	x	
	Cobertura PAP	x	
	Medicamentos crónicos APS	x	
	Hipertensión arterial	x	
	Pauta de acreditación APS	x	
GESTION ORIENTADA AL USUARIO	Promedio mensual horas contratadas para jefaturas de programas básicos	x	
	Proyectos de modernización (Artículo N° 10 del protocolo)		x
	Programa oportunidad de la atención (Artículo N° 11 del protocolo)		x
	Derechos beneficiarios Ley 18.469 (Artículo N° 12 del protocolo)		x
	Reducción tiempo de espera		x
	Porcentaje hospitales con visita diaria		x
	Porcentaje hospitales con cuidado parental del niño hospitalizado		x
	Porcentaje hospitales con cuidado de enfermos terminales		x
GESTION PARTICIPATIVA	Porcentaje hospitales con asistencia del padre al parto		x
	Comité de desarrollo		x
	Facturación de los servicios de salud (Artículo N°13 del protocolo)		x
	Endeudamiento		x
GESTION RECURSOS HUMANOS	Resultado operacional		x
	Ausentismo por licencia curativas		x
GESTION DE HOSPITALES	Rendimiento gasto remuneraciones		x
	Compromisos de gestión de los servicios de salud con establecimientos bajo su jurisdicción (Artículo N° 7 del protocolo)		x
GESTION AMBIENTAL	Uso de pabellón		x
	Monitoreo biológico y ambiental de empresas en vigilancia (fiscalización del D.S. 745)	x	
	Calidad del agua	x	
	Intoxicaciones alimentarias	x	

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

Cuadro 8
COSTA RICA: COMPROMISOS DE GESTION 1997 DE LAS CCSS CON LOS HOSPITALES

Ambitos	Indicadores sistema de información y procesos	Indicadoreseficiencia	Indicadores eficacia	Metas	Actividades conexas
CONSULTA EX-TERNA	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema centralizado de citas en admisión (automatizado o manual) - Mecanismo centralizado de lista de espera por especialidades (automatizado o manual) - Registro de diagnósticos y tratamientos efectuados por cada servicio - Sistema de registro de patologías - Registro de procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa ocupación en consulta externa - Situación listas de espera 	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad de pacientes tratados en clínicas multidisciplinarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de listas de espera, fijando %, y estableciendo plazos máximos de espera. 	
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Nueva hoja de egreso hospitalaria - Registro de reingresos - Registro mensual de la tasa de cancelación de intervenciones quirúrgicas programadas, con causas - Registro de atención obstétrica - Registro de actividades - Protocolo de lavado de manos en todos los servicios - Protocolo de detección y control de portadores intrahospitalarios de enfermedades de infecciosas - Registros de atenciones y de complicaciones de la atención obstétrica-pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas y pruebas complementarias, e indicador de demora - Giro-cama (mayor de 60) - Tasas estancia clínicas multidisciplinarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de reingresos por patología y servicios - Tasa de mortalidad de niños - Complicaciones en área materno-infantil - Complicaciones en diferentes pacientes de las clínicas multidisciplinarias - Tasas de mortalidad pacientes tratados en las clínicas multidisciplinarias - Tasa de cancelación de intervenciones quirúrgicas programadas - Tasa de complicaciones postparto y postcesárea 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención y control de la infección nosocomial - Análisis cuantitativo y cualitativo de las complicaciones en el área de la salud materna infantil, según patología, edad y período 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinación de responsables de coordinación de las actividades respectivas - Capacitación en prevención y control de la infección nosocomial - Detección y control de portadores intrahospitalarios de enfermedades infecciosas
SISTEMA DE REFERENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de referencias derivadas del primer y segundo nivel y de áreas de atracción, para identificar pacientes. Incluye referencia territorial, razón o diagnóstico de la referencia - Vigencia de sistemas de referencias y contrareferencia - Informe tripartito (Grecia, Monseñor Sanabria y México) al Financiador Comprador sobre patologías que debieran ser resueltas en otros niveles de la red 				
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de días de incapacidad de los empleados de la CCSS y de la población en general 			<ul style="list-style-type: none"> - Implantar un sistema de control y evaluación de los días de incapacidad. - Reducir los días de incapacidad (%) - % de jefaturas capacitadas en gestión 	
CALIDAD Y ATENCIÓN AL USUARIO	<ul style="list-style-type: none"> - Encuestas de satisfacción de los usuarios externos. - Recepción de reclamaciones escritas de usuarios, con 10 días como tiempo máximo de respuesta 			<ul style="list-style-type: none"> - Análisis cualitativo de quejas y reclamaciones de usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de programa de mejoramiento continuo orientado a la atención del usuario
SERVICIOS APOYO	<ul style="list-style-type: none"> - Registro sobre entrega de medicamentos - Informe sobre uso de medicamentos 			<ul style="list-style-type: none"> - Tiempos adecuados de entrega - Uso adecuado de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de instrucción apacientes - Sistema para evitar sobreentrega de medicamentos - Consolidación de farmacias satélites.
ATENCIÓN CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos de atención - Protocolo de tratamiento 				<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de comités de protocolos de atención y de farmacoterapia. - Elaboración de informes sobre protocolos de actividades

Fuente: Elaboración propia, con base en documentación oficial

Cuadro 9-A

COSTA RICA: COMPROMISOS DE GESTIÓN 1997 DE LA CCSS CON LAS AREAS DE SALUD.

Ambitos	Indicadores sistema de información y procesos	Indicadores eficacia	Actividades conexas
ACTIVIDAD REALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de la consulta: consultas de primera vez/población adscrita - Concentración de la consulta: consultas de primera vez/total de consultas en el periodo. - Urgencias por habitantes: número de urgencias/total de habitantes - Razón de urgencias: total de urgencias atendidas/total de consultas - Registros de: agenda diaria de actividad vacunaciones 		
CARACTERIZACION BENEFICIARIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Pirámide población actualizada - Análisis de situación de salud actualizado - Ficha familiar actualizada de la población - Porcentaje de viviendas según riesgo: número de viviendas según riesgo/total de viviendas. - Concentración de visita domiciliar según riesgo: número de visitas a viviendas según riesgo/número de viviendas según riesgo - Estado nutricional de menores de 6 años, con base en tabla peso/edad - Condición de asegurados con base en ficha familiar 		
ACCESO POBLACION ADSCRITA	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de promoción de estilos de vida saludables - Plan de control y atención de al menos dos problemas transmisibles prevalentes: malaria y sida - Objetivos por programas: <ul style="list-style-type: none"> a) Niño Cobertura de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 6 años Cobertura en vacunación con esquema básico b) Adolescente Cobertura en consejería de salud sexual y reproductiva c) Mujer Cobertura de atención prenatal del período (incluye control fuera del área de atracción). Registro de pacientes embarazadas con y sin control Cobertura de detección de cáncer de cérvix en mujeres, según grupo de edad d) Adulto Número de hipertensos identificados en unidad proveedora Cobertura de personas hipertensas identificadas en control Número de diabéticos identificados Cobertura de personas diabéticas en control e) Adulto mayor Cobertura de personas con clasificación de riesgo 		

(cont.)

Cuadro 9-B

COSTA RICA: COMPROMISOS DE GESTIÓN 1997 DE LA CCSS CON LAS AREAS DE SALUD.

Ambitos	Indicadores sistema de información y procesos	Indicadores eficacia	Actividades conexas
FORTALECIMIENTO SISTEMA DE REFERENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de referencias a determinado hospital - Elaboración de propuesta sobre interrelación de establecimientos y de niveles asistenciales - Coordinación con otros actores del área en aras de atención integral; - Recibo contrareferencias del área - Registro de casos referidos a otros niveles asistenciales - Actividad generada por el área de salud en el siguiente nivel de atención <ul style="list-style-type: none"> a) Registro de solicitudes de radiografías solicitadas b) Registro de exámenes de laboratorio solicitados c) Registro de recetas solicitadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de urgencias: total de urgencias referidas a otro nivel de complejidad/total de urgencias atendidas - Porcentaje de referencias: total de referencias/total de consultas 100 	
ATENCION CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> - Expediente individual de salud - Historia clínica y examen físico completo, y hoja de identificación - Registro de atención brindada al paciente (expedientes clínicos en expediente de salud u otro) 		<ul style="list-style-type: none"> - Un equipo de mejoramiento continuo de la calidad, que analice e inicie plan de resolución en al menos dos áreas críticas de los servicios de salud - Una comisión de análisis de muertes maternas e infantiles, que investigue los casos - Un mecanismo de control de calidad del expediente individual de salud, que tenga como mínimo los siguientes requisitos: existencia de un responsable o grupo encargado; evaluación de al menos una muestra representativa de expedientes durante el período del compromiso
CALIDAD Y ATENCION AL USUARIO		<ul style="list-style-type: none"> - Un sistema de reclamación y sugerencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Un lugar accesible para la recepción de los reclamos y sugerencias existencia de un funcionario o grupo que atienda, conteste y resuelva generar un listado de principales problemas y su plan de solución - Aplicación del instrumento sobre satisfacción de los usuarios, provisto por el financiador-comprador - Brindar información al usuario sobre servicios del centro
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de personal por categorías actualizado - Registro de incapacidades del personal por categorías 		
FORTALECIMIENTO CENTROS COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo gradual de registros contables distintos a los tradicionales, con asesoría del financiador-comprador - Remitir oportunamente información financiero-contable 		

Fuente: Elaboración propia, con base en documentación oficial.

2. Las áreas de salud

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

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

Se observa una mejora del nivel de gestión a lo largo del año debido a los procesos de capacitación brindados. El fortalecimiento del proceso de evaluación ha llevado a que éste se utilice como herramienta de gestión.

Naturalmente, unas áreas de salud muestran más avances en los compromisos que otras. Pero la evaluación anual de las áreas muestra que —con excepción de una— cumplieron con las cláusulas obligatorias. Respecto de las cláusulas de calidad el cumplimiento fue satisfactorio, lo cual condicionó que fuera parcial en la cláusula de atención integral, cuyas coberturas iban ligadas a criterios de calidad. Es interesante que los registros permitieron verificar mucha información en las áreas de salud, y que el sistema de información se está consolidando.

La evaluación transmite una preocupación por la calidad de los expedientes médicos, debido a que se detectaron múltiples deficiencias, que parecen denotar falta de colaboración de la parte médica. Pero aún así, hay avances en ese plano, y una mejoría notable en la aplicación de criterios de las normas y en el mejoramiento de la calidad de la atención de parte de los EBAIS, con la introducción de la preconsulta, el incremento de acciones preventivas, que han acarreado felicitaciones de parte de algunas comunidades.

En cuanto a calidad, se establecieron mecanismos para la recepción de quejas y sugerencias, lo mismo que grupos responsables de investigar y tramitar las respuestas; las Comisiones locales de análisis de la mortalidad infantil continuaron con una labor iniciada de previo; se logró introducir el tema de la calidad en la atención directa por medio de los criterios de evaluación de las coberturas; se fomentó la cultura del registro y análisis de la información como mecanismo para mejorar la gestión. Los equipos refieren que sienten una mayor consolidación como tales, en torno a metas comunes y de un enfoque de calidad de los procesos. Se ha capacitado y educado al personal en el proceso de mejoramiento de la calidad y el componente de atención al cliente. Se identifican debilidades gerenciales que requieren de asesorías asignadas por el nivel central.

En el mismo ámbito, también en el segundo semestre se incorporaron criterios de calidad en la prestación de los servicios de las áreas, de acuerdo con las normas de atención integral para cada uno de los objetivos del compromiso. Aunque se negoció no tomar en cuenta este aspecto para evaluar el cumplimiento, ello se realizó con gran seriedad y permitió tomar conciencia sobre las debilidades y aspectos a mejorar, y sirvió de base para mejorar los compromisos de 1998, en los cuales se incluyeron oficialmente criterios de calidad en la prestación.⁴³

Se muestra una respuesta positiva en las áreas de salud a incentivos logrados durante el I semestre; fue el caso de la Región Pacífico Central.

El uso tradicional de las fichas en el nivel de atención primaria del país no había sido riguroso ya que, como se mencionó, al iniciarse la reforma se carecía incluso de datos básicos tales como la población atendida en cada centro del primer nivel de atención y su estructura por edad y sexo. En ese sentido, el contrato con las áreas resulta ser también útil en general para políticas sociales selectivas de carácter individual y geográfico, ya que el contrato exige identificar individualmente a los beneficiarios de los servicios de las áreas de salud, y hacer una caracterización socioeconómica que permite establecer población en condición de riesgo (ver cuadro 9A). Las fichas reúnen información sobre: ubicación geográfica y características de la vivienda, saneamiento del medio, y datos sobre sexo, edad, escolaridad, lugar de trabajo, condición de asegurado, hechos vitales, control de vacunas y condición de salud de las personas que conforman el núcleo familiar.

3. El desempeño de los hospitales

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

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

En cuanto a los aspectos organizativos y de procesos de trabajo también varían los logros de entidad a entidad. La evaluación destaca: la integración de equipos de trabajo que han promovido la participación real del trabajador en el mejoramiento de los procesos diarios; la formación de equipos de apoyo al proceso, en todos los centros; el uso del análisis de la información para la toma de decisiones; el desarrollo de sistemas automatizados en algunos centros; el establecimiento de normas operativas y técnicas, y de controles para evaluar los procesos de trabajo; el mayor conocimiento del perfil ocupacional de los funcionarios; la estandarización de los procesos de trabajo; la mejora de los registros.

⁴³ Apreciaciones de Norma Ayala.

En cuanto a calidad, se realizaron encuestas de satisfacción que permitieron conocer las necesidades de los clientes; se formaron equipos de mejoramiento continuo de la calidad; se diseñaron protocolos médicos en todos los hospitales; las infecciones intrahospitalarias se han controlado y disminuído; se han establecido oficinas de quejas y sugerencias, con grupos responsables de resolución y respuesta.

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

Pero la medición de la producción hospitalaria realizada en el marco de los compromisos de 1997 evidenció que numerosos requisitos no satisfechos impedían efectuarla satisfactoriamente, con lo cual el modelo de análisis de la producción adquirió un carácter experimental. La evaluación planteó, por tanto, que el modelo debe ajustarse para alcanzar el grado de confiabilidad requerido para establecer relaciones de índole económica entre producción y financiamiento, y para comparar adecuadamente la producción de los centros hospitalarios. De allí que el informe evaluador anual plantea escuetamente la producción agregada por actividades y no establece tales relaciones ni efectúa comparaciones entre los hospitales considerados.⁴⁴

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

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

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

Este aspecto relativo a la información muestra claramente en el caso costarricense un problema que ha sido subrayado respecto del desarrollo de cuasimercados: a saber, la necesidad de superar las asimetrías de información entre el comprador y el proveedor, lo cual evidencia, a su vez, la pertinencia de establecer incentivos a los proveedores para que faciliten o entreguen la información adecuada. El comprador, así, estará protegido de comportamientos oportunistas de los proveedores y contará con mejores elementos para establecer los contratos (Le Grand y Bartlett, 1993, p. 209).

⁴⁴ Participaron los hospitales Calderón Guardia, México, Monseñor Sanabria, Nacional de Niños, San Juan de Dios, San Francisco de Asís y William Allen.

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

El esfuerzo de medición de la producción ha evidenciado verdaderas tradiciones de la cultura institucional. Por ejemplo, únicamente el registro de egresos hospitalarios, que cuenta con una fuerte arraigo, se exceptúa de las carencias señaladas. Por el contrario, en las áreas de atención ambulatoria o de urgencias, la información ni se valida ni se verifica. Ello evidencia que "las limitaciones informales derivadas culturalmente no cambiarán de inmediato como reacción a cambios de las reglas formales" (North, 1993, p.65).

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

En la discusión sobre la producción y las prestaciones hospitalarias, directores de hospitales han planteado la existencia de dificultades técnicas para medir con la información existente atenciones en emergencias, en cirugía menor y en procedimientos quirúrgicos; también la necesidad de normar en detalle los sistemas de medición respectivos, y de ajustarse a la clasificación internacional de enfermedades en el caso de los expedientes clínicos; o bien la necesidad de especificar qué se entiende por reingresos y de especificar las eventuales causas⁴⁵. En otros casos, se ha planteado que la medición de la producción hospitalaria es viable cuando se elijen adecuadamente unas pocas acciones que reflejan adecuadamente la producción y la pertinencia de considerar, a tal efecto, pocos procedimientos especiales⁴⁶.

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

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

⁴⁵ Entrevista con Dr. Manrique Soto, op. cit.

⁴⁶ Entrevista con Elías Jiménez, op.cit.

VI. ¿LA REFORMA EN JAQUE?

El "biombo", figura en que confluyen la corrupción médica y una forma perversa de elección médica por parte del paciente que está dispuesto a pagarla o del que es sometido a hacerlo, es una práctica ilegal: consiste en que el médico cobra al asegurado de la CCSS por atenciones, fundamentalmente por intervenciones quirúrgicas, realizadas en las instalaciones públicas. Al respecto es interesante señalar que los contratos han arrojado pistas que pueden contribuir a percibir y dimensionar la presencia de estas prácticas: por ejemplo, en 1977 se detectó en un hospital que un 35% de los procedimientos caros presuntamente habían tenido su entrada en emergencias, donde tampoco habían sido registrados.

Traemos esto inicialmente a colación ya que, en todo caso, las profundas medidas que se requieren para superar el "biombo" tienen implicaciones que atañen a las reglas del juego de la gestión en términos más generales. La estabilidad funcionaria ajena al rendimiento, la carrera funcionaria condicionada por la antigüedad y no por el mérito, el pacto de atender de 4-5 pacientes por hora, los tortuosos procesos para cesar a un funcionario⁴⁷, la imposibilidad de elección médica por parte de los pacientes, configuran una tenaza que impide modificar a cabalidad esta situación y que, en general, dificulta modernizar la gestión de los recursos humanos de la CCSS.

La inflexibilidad de las contrataciones es, sin duda, un elemento crucial que puede obstaculizar la innovación de la gestión. En Chile, los sectores afectados han impedido hasta ahora beligerantemente modificar la ley 15 076 que rige las modalidades de contratación y remuneración de los profesionales de los servicios de salud. Así, se vió relegado un novedoso proyecto de ley que en 1995 pretendía flexibilizar y descentralizar significativamente la conformación de las plantas; sumar a la antigüedad de la carrera funcionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y de la eficacia; promover la asignación de responsabilidades individuales, y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional; condicionar a concursos la permanencia en el sistema (Sojo, 1996c).

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

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

Los compromisos de la CCSS ambicionan mejorar la información financiera sobre las finanzas de los agentes prestadores. Sin embargo, en cuanto a la gestión financiera en sentido estricto, no se contemplan instrumentos, indicadores o actividades destinadas a medir costos que permitan avanzar directamente en la

⁴⁷ "Se deben simplificar a nivel nacional las posibilidades de cesar a funcionarios. Actualmente, existen como pasos el debido proceso, la apelación, la comisión local, la comisión central de relaciones laborales y es aquí donde está el cuello de botella: se requiere entonces de un proyecto de ley para regular este aspecto y se debe tratar de unificar la forma de contratación para los diversos sectores". Esos son algunos retos señalados por el Dr. Jiménez en entrevista, op.cit.

medición del desempeño financiero y económico y a imputar costos a los productos. Este rasgo puede constituir un serio obstáculo para avanzar hacia el modelo de financiamiento ambicionado, y debiera considerarse en la configuración de los compromisos futuros.

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

De allí que se discuta sobre la conveniencia de introducir un sistema de incentivos por desempeño, sobre su carácter individual o colectivo —grupos de trabajo, entidades específicas de la organización— y sobre su adecuación a los indicadores de desempeño provistos por los compromisos de gestión. Entre el rango de posibilidades, en el caso de los incentivos económicos, está introducir remuneraciones ligadas al desempeño. También el uso sistemático de la capacitación o el otorgamiento de becas pueden ser buenos incentivos.

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

Como señalan las evaluaciones, es fundamental que los funcionarios conozcan los resultados de los compromisos para que, siendo participes de las debilidades y fortalezas, haya participación al elaborar estrategias sobre cómo enfrentarlas y en la mejora cotidiana de la calidad, y para evitar desalientos.

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

También resulta importante en este contexto la participación comunitaria. En el caso de los hospitales, serán fundamentales las Juntas hospitalarias que tienen un germen en las Juntas de salud recientemente constituidas. Ellas tienen un carácter asesor y de enlace con la comunidad, y están conformadas por siete personas: un representante de la CCSS, uno de la municipalidad, cinco de las asociaciones comunales o de servicio.⁴⁸

El éxito de los compromisos no va a estar asociado únicamente a la reorganización formal del comprador y del prestador. Habrá que considerar cómo se modifican también las normas y reglas informales, que alcanzan un carácter de

⁴⁸ Alguien que aboga por la máxima descentralización de los prestadores, como el Dr. Jiménez, opina que estas juntas deben investirse de autoridad para que se transformen en las Juntas Directivas de cada hospital, en tanto que la Junta Directiva central, por su carácter político, debe fijar las políticas generales y establecer los límites presupuestarios. En entrevista, op.cit.

cumplimiento obligatorio, y que van a estar determinadas por la alteración de las relaciones informales de poder, definiendo también los resultados.⁴⁹

El desarrollo de cuasimercados está enclavado en relaciones sociales e institucionales (Ferlie *et.al.*, 1996). Para considerar el efecto de largo plazo de la introducción de contratos en los patrones organizativos y en el comportamiento interorganizacional en los cuasimercados de salud, resultan particularmente importantes las redes profesionales del personal médico y del paramédico, y el peso e influencia que adquiera su segmento gerencial, en circunstancias en que, tradicionalmente, estas profesiones habían gozado de una fuerte autoregulación.

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

⁴⁹ Atendemos así la advertencia formulada por Douglass North: "... aunque las normas explícitas nos ofrecen una fuente básica de materiales empíricos por medio de los cuales podemos someter a prueba el desempeño de economías en diversas condiciones, el grado en que estas reglas tengan relaciones únicas de desempeño es limitado. Es decir, una mezcla de normas, reglas y características informales de cumplimiento obligatorio define simultáneamente el conjunto de elección así como los resultados en cuanto al éxito. Por consiguiente, considerando únicamente las reglas formales, tendremos una noción inadecuada y a menudo equivoca de la relación entre limitaciones formales y desempeño."

BIBLIOGRAFÍA

Bartlett, Will y Julian Le Grand (1993), "The Theory of Quasimarkets", en Le Grand Julian y Will Bartlett, Quasimarkets and Social Policy, The Macmillan Press, Londres.

Bengoa, Rafael (1997), "Tendencias recientes y reformas de los sistemas de salud: mercados internos, competencia gestionada y los sistemas integrados de salud", ponencia en Memoria de Seminario sobre reforma del sector salud en Costa Rica, su viabilidad política y sostenibilidad financiera, organizado por Instituto de desarrollo económico del Banco Mundial, Ministerio de Salud de Costa Rica y Caja Costarricense de Seguro Social, San José de Costa Rica, mimeo.

Chile, Ministerio de Salud, (1997a), "Compromisos de gestión 1996, Informe Final", abril, Santiago de Chile.

_____ (1997b), "Primer informe cuatrimestral. Monitoreo de compromisos de gestión 1997", julio, Santiago de Chile.

Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social (1996a), "Compromiso de gestión Hospital William Allen y Area de salud Turrialba-Jiménez. Año 1997", diciembre, San José de Costa Rica.

_____ (1996b), "Compromiso de gestión CCSS, Area de salud de Chacarita. Año 1997", diciembre, San José de Costa Rica.

_____ (1996c), "Compromiso de gestión Hospital México", diciembre, San José de Costa Rica.

_____ (s.f./a), "Definición de indicadores de evaluación. Objetivos específicos. Compromisos de gestión. Hospitales nacionales. I semestre de 1997", San José de Costa Rica.

_____ (s.f./b), "Definición de indicadores de evaluación. Objetivos específicos. Compromisos de gestión. Hospitales periféricos. I semestre de 1997", San José de Costa Rica.

_____ (s.f./c), "Definición de indicadores de evaluación. Compromisos de gestión Nivel Central. I semestre de 1997", San José de Costa Rica.

_____ (s.f./d), Gerencia de División Médica y Gerencia de División Administrativa, Dirección Regional, "Criterios para seleccionar áreas de salud y hospitales. Compromisos de gestión, 1998", San José de Costa Rica.

_____ (s.f./e), Proyecto de modernización, "Proyecto gestión de listas de espera en los servicios de salud. Planteamiento de objetivos y subobjetivos", San José de Costa Rica.

_____(s.f./f), Unidad de evaluación compromisos de gestión, "Definición de indicadores de evaluación de los compromisos de gestión áreas de salud. I semestre de 1997", San José de Costa Rica.

_____, Proyecto de modernización (1997a), *Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos*, marzo, San José de Costa Rica.

_____(1997b), "Evaluación del compromiso de gestión. Diseño e implantación de mecanismo de asignación de recursos para la modernización de los procesos críticos de las gerencias financiera y médica", 30 de mayo, San José de Costa Rica.

_____, Presidencia Ejecutiva y Gerencias de División (1997c), "Programa institucional de mejoramiento continuo de la calidad", mayo, San José de Costa Rica.

_____, Junta Directiva (1997d), "Resolución adoptada por la Junta Directiva en artículo No.4 de la sesión 7173, del 10 de junio de 1997, respecto de la transformación del nivel central de la Caja y propuesta para su ordenamiento", junio, San José de Costa Rica.

_____, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Sección de Investigación de Servicios de Salud (1997e), "Análisis de la producción hospitalaria de los hospitales con compromiso de gestión. Informe del I semestre de 1997", septiembre, San José de Costa Rica.

_____, Proyecto de Modernización (1997f), "Evaluación I semestre. Compromisos de gestión. Cláusulas adicionales hospitales nacionales", San José de Costa Rica.

_____, Proyecto de modernización, Grupo de evaluación compromisos de gestión. Áreas de salud (1997g), "Evaluación de los compromisos de gestión de las áreas de salud. I trimestre de 1997", San José de Costa Rica.

_____, Proyecto de modernización, Grupo de Evaluación Compromisos de Gestión, Áreas de Salud (1997h), "Evaluación de los compromisos de gestión de las áreas de salud. II semestre de 1997", San José de Costa Rica.

_____, Proyecto de modernización (1997i), "Informe de avance compromisos de unidades del nivel central", San José de Costa Rica.

_____, Proyecto de Modernización (1997j), "Evaluación I semestre compromisos de gestión nivel central", San José de Costa Rica.

_____, (1998a), "Evaluación de los compromisos de gestión de hospitales. Cláusulas adicionales. II semestre de 1997", marzo, San José de Costa Rica.

_____, (1998b), "Evaluación de los compromisos de gestión de las áreas de salud. Cláusulas adicionales. II semestre de 1997", marzo, San José de Costa Rica.

_____, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Sección de Investigación de Servicios de Salud (1998c), "Análisis de la producción hospitalaria de los hospitales con compromiso de gestión. Informe anual 1997", marzo, San José de Costa Rica.

Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional (1998), *Gobernando en tiempos de cambio. La Administración Figueres Olsen*, abril, San José de Costa Rica.

Departamento de Economía de la Universidad de Chile (1997), "Estudio técnico de la reforma de la seguridad social en salud. La propuesta. Informe final." mimeo, mayo, Santiago de Chile.

EYMSA, Estadística y mercadeo (1997), "Encuesta de opinión de los servicios de salud de la CCSS 1997".

Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald y Andrew Pettigrew (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.

GTSS (Grupo de trabajo sobre el sector salud) (1997), Actas de Seminario-Taller "Hacia un política de Estado en salud", Facultad de medicina, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, julio, mimeo, San José.

Güendel, Ludwig y Juan Diego Trejos (1994), "Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica", *Serie Reformas de Política Pública* No. 18, CEPAL, Santiago de Chile, enero.

INVERTEC (1998), "Propuesta de consultoría. Sistema de incentivos por desempeño. Proyecto de reforma en salud", mimeo, enero.

Mora, Mario (1998), "Hacia una cultura institucional basada en el rendimiento de cuentas: el caso de Costa Rica", CEPAL, *Taller sobre evaluación de la gestión del gasto público. Compendio de documentos*, enero, Santiago de Chile.

North, Douglass C. (1993), "Instituciones, cambio institucional y desempeño económico", FCE, México.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (1997), *In Search of Results. Performance Management Practices*, Paris.

Salas, Alvaro (1996), "Costa Rica: una reforma dentro del sistema de salud vigente", en *Serie Políticas Sociales*, No.14, CEPAL, Santiago de Chile, en prensa.

Sojo, Ana (1993), "La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes", *Serie Reformas de Política Pública*, No.17, CEPAL, Santiago de Chile.

_____ (1996a), "La política social frente al ajuste y al incremento de la productividad en América Latina y el Caribe", *Situación* No. 1/1996, Servicio de estudios Banco Bilbao Vizcaya, Bilbao.

_____ (1996b), "Reformas de gestión en la salud pública en Chile", *Serie Políticas Sociales*, No.13, marzo, Santiago de Chile.

_____ (1996c), "Posibilidades y límites de la reforma en la gestión en la salud en Chile", *Revista de la CEPAL*, No.59, agosto, Santiago de Chile.

_____ (1997a), "La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumentos, en UNICEF, *Costa Rica. Las políticas de*

salud en el umbral de la reforma, Serie de Políticas Sociales No. 1, San José de Costa Rica, pp. 35-66.

_____ (1997b) "Los seguros sociales en América Latina y el Caribe ante la reforma del sector salud", ponencia en Seminario conjunto de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de la OPS sobre "Procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud", mimeo, julio, México.

Weinstock, Herman (1995), "El proceso de reforma del sector salud en Costa Rica", mimeo, exposición en seminario sobre ISAPRES organizado por Ministerio de Salud de Chile y Asociación de ISAPRES, Santiago de Chile, octubre.

White, Joseph (1997), "A Comparative Study of Health Care Policy in the United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North", CEPAL, *Serie Financiamiento del Desarrollo* No. 52, Santiago de Chile, junio.

ENTREVISTAS⁵⁰

Sobre la experiencia costarricense:

Norma Ayala, funcionaria del Proyecto de modernización de la CCSS, San José de Costa Rica, 29.8.1997 y 6.2.1998.

Rodrigo Bartels, funcionario del Proyecto de modernización de la CCSS, San José de Costa Rica, 29.8.1997 y 6.2.1998.

Adolfo Cartín, Administrador General del Hospital San Juan de Dios, San José de Costa Rica, 5.2.1998.

James Cercone, funcionario del Proyecto de modernización de la CCSS, San José de Costa Rica, 29.8.1997.

Elías Jiménez, Director General del Hospital Nacional de Niños, San José de Costa Rica, 5.2.1998.

Mario León, funcionario del Proyecto de modernización de la CCSS, San José de Costa Rica, 29.8.1997.

Fernando Marín, Viceministro de Salud, San José de Costa Rica, 26.8.1997.

Luis Bernardo Sáenz, Director del Proyecto de modernización de la CCSS, San José de Costa Rica, 26.8.1997 y 26.2.1998.

Alvaro Salas, Presidente Ejecutivo de la CCSS, San José de Costa Rica, 26.8.1997 y 5.2.1998.

Manrique Soto Pacheco, Director General del Hospital San Juan de Dios, San José de Costa Rica, 5.2.1998.

Julieta Rodríguez, Gerente de la División Médica de la CCSS, San José de Costa Rica, 26.8.1997.

Herman Weinstock, Ministro de Salud, San José de Costa Rica, 26.8.1997.

⁵⁰ Los cargos indicados son los que las personas ocupaban en el momento de la entrevista

Sobre la experiencia chilena:

Pedro Croco, Director Unidad de gestión del Ministerio de Salud, Santiago de Chile,
3.9.1997

Rony Lenz, Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA), Santiago de Chile,
26.5.1998

César Oyarzo, Ex-Director del FONASA, Santiago de Chile, 22.8.1997.

SERIE POLÍTICAS SOCIALES

Nº Título

- 1 Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
- 2 Ignacio Irrazábal, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
- 3 Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
- 4 Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
- 5 Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
- 6 Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
- 7 María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
- 8 Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
- 9 Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
- 10 John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
- 11 Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
- 12 Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
- 13 Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.

- 14 Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
- 14 Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996/Add.1), diciembre de 1996.
- 14 Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.9-96/Add.2), diciembre de 1997.
- 14 Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
- 15 Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
- 16 Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
- 17 Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.
- 18 Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
- 19 Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
- 20 Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
- 21 Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
- 22 Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998.
- 23 Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998.
- 24 Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998.
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Marco conceptual, Vol.I (LC/L.1114), mayo de 1998.
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Metodológica para su análisis, Vol.II (LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998.
- 26 Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998.

- 27 Ana Sojo, Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135), julio de 1998.