

## **TERCERA PARTE**

### **DESCENTRALIZACION FINANCIERA EN EL SECTOR SALUD. LA POLÍTICA Y SU IMPLEMENTACIÓN**

## **TERCERA PARTE**

# **DESCENTRALIZACIÓN FINANCIERA EN EL SECTOR SALUD. LA POLÍTICA Y SU IMPLEMENTACIÓN**

## **INDICE**

### **INTRODUCCIÓN**

- I. SÍNTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**
  - 1. Descentralización funcional y financiera. Marco analítico-conceptual
  - 2. Descentralización financiera en salud. La experiencia chilena
  - 3. Descentralización financiera en salud: El caso de tres hospitales públicos
  - 4. Conclusiones y recomendaciones
  
- II. MARCO CONCEPTUAL E INSTRUMENTOS**
  - 1. El concepto de descentralización
  - 2. Marco conceptual
  - 3. Contratos e incentivos entre aseguradores y prestadores
  - 4. Limitaciones de los incentivos económicos
  
- III. DESCENTRALIZACIÓN FINANCIERA EN EL SECTOR DE SALUD CHILENO**
  - 1. Introducción
  - 2. Las reformas en el sector salud en el período 1973-1990
  - 3. La descentralización financiera de los 90
  - 4. Conclusiones
  
- IV. EL ROL DE LOS ACTORES Y DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL: EL CASO DE TRES HOSPITALES PUBLICOS**
  - 1. Introducción
  - 2. La cultura organizacional en los hospitales públicos
  - 3. Instrumentos de descentralización financiera desde la perspectiva de los actores entrevistados

4. Conclusiones
5. Recomendaciones

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## **TERCERA PARTE**

### **DESCENTRALIZACION FINANCIERA EN EL SECTOR SALUD. LA POLÍTICA Y SU IMPLEMENTACIÓN<sup>59</sup>**

#### **INTRODUCCION**

El objetivo de este estudio fue levantar los principales puntos críticos que entraban el proceso de descentralización en el área de la salud. Como es sabido el proceso de descentralización en salud enfatizó el aspecto funcional de la descentralización, específicamente la separación de las funciones compradora y proveedora de servicios y el diseño de distintos mecanismos de pago a los proveedores de servicios.

La complejidad técnica de estos temas llevó a un primer trabajo de naturaleza analítico – conceptual que define lo que significa la descentralización funcional en salud y desarrolla los incentivos presentes en distintos mecanismos de pago a los proveedores. Este trabajo fue realizado por Consuelo Espinosa.

Orientada por este marco analítico – conceptual, Sylvia Galleguillos realizó una descripción exhaustiva del proceso de descentralización financiera en salud en Chile, con sus objetivos e instrumentos durante el período 1990-1999. Este análisis recoge los antecedentes disponibles sobre los resultados que ha tenido el proceso.

Finalmente, Angela Boitano y Darío Rodríguez realizaron un estudio en profundidad en tres hospitales analizando el papel que ha jugado la cultura organizacional de los profesionales de la salud en el proceso de descentralización financiera y la percepción, valoración y reacción de los principales actores del sector salud frente a las medidas implementadas.

El documento se ha estructurado en cuatro capítulos. El primero, escrito por Carmen Celedón, Marcela Guzmán y César Oyarzo, entrega una síntesis de los principales resultados obtenidos en los tres trabajos que se encargaron, planteando lecciones y recomendaciones que aporten a futuras reformas del sector salud. Los capítulos segundo, tercero y cuarto entregan en detalle los tres trabajos encargados y sus resultados.

---

<sup>59</sup> En este estudio participaron Carmen Celedón, Marcela Guzmán, César Oyarzo, Consuelo Espinosa, Sylvia Galleguillos, Darío Rodríguez y Angela Boitano. Los tres primeros, en particular Carmen Celedón, estuvieron a cargo de la coordinación del trabajo.

## I. SINTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

*Carmen Celedón, Marcela Guzmán y César Oyarzo*

Esta síntesis tiene la siguiente estructura. Las tres primeras secciones resumen los resultados más importantes de los tres trabajos encargados, marco analítico – conceptual, análisis de la experiencia chilena y el estudio en tres hospitales públicos, respectivamente. La sección cuatro realiza una reflexión global en torno a los resultados y plantea lecciones y recomendaciones relevantes para futuras reformas en el sector salud.

### 1. DESCENTRALIZACIÓN FUNCIONAL Y FINANCIERA. MARCO ANALÍTICO – CONCEPTUAL

Se entiende por descentralización financiera la separación de las funciones de contratación o compra de aquellas de provisión de Servicios de Salud. El análisis se centra en los vínculos que se establecen entre el(los) organismo(s) que contratan servicios de salud y los prestadores mismos, sean éstos públicos o privados. En este contexto, los mecanismos de pago a prestadores constituyen un instrumento clave para lograr la descentralización funcional. En la medida que los mecanismos de pago a prestadores contengan incentivos correctos, los objetivos del comprador y el prestador se encontrarán alineados y será posible reducir costos de transacción entre las partes.

#### A. Contratos e incentivos entre aseguradores y prestadores de salud

Los mecanismos a través de los cuales se paga a los distintos agentes de un sistema de salud afectan tanto la eficiencia como la equidad. El problema central radica en diseñar un sistema de incentivos que promueva aquellos comportamientos deseables para la consecución de los objetivos del sistema, y que desincentive aquellos que resulten perjudiciales.

Los prestadores de salud pueden ser retribuidos tanto en forma prospectiva como retrospectiva. El pago es prospectivo cuando se establecen presupuestos, frecuencia y/o precios de transferencia en términos ex-ante. De esta forma se transfiere parte o el total del riesgo financiero al prestador. Por el contrario, los pagos retrospectivos tienden a validar cualquier nivel de gasto en que incurra el prestador durante un período. Sin embargo, la clasificación de mecanismos de pago en prospectivos y retrospectivos no es inequívoca. Casi cualquier sistema de pago puede aplicarse en forma prospectiva o retrospectiva. En general se considera que el pago por servicio (*fee-for-service*) con tarifas mayores al costo marginal de la prestación, son de carácter retrospectivo. En este caso, el prestador tiene un incentivo: aumentar innecesariamente el volumen de servicios, pues se le reembolsa todo lo

que haga. En el otro extremo, la capitación completa de servicios de salud es el mecanismo de pago que conlleva mayor riesgo para los prestadores y, por lo tanto, se trata de un mecanismo de carácter netamente prospectivo.

El mecanismo de *pago por acto médico con contrato no selectivo (fee-for-service)* exagera los comportamientos oportunistas. Existe un fuerte incentivo a aumentar el número de prestaciones, independientemente de que sean beneficiosas o no para el paciente. Las asimetrías de información entre prestadores y pacientes son muy fuertes, y, en presencia de seguros de salud, los incentivos para los pacientes y los prestadores se encuentran alineados. El problema de riesgo moral hace que el paciente esté dispuesto a sobreconsumir y la asimetría de información permite al prestador inducir una mayor demanda. En este contexto no existen incentivos a la integración entre prestadores ni entre niveles de atención. Los distintos tipos de prestadores son pagados en forma independiente y la atención de salud se realiza principalmente en establecimientos hospitalarios de alto costo y por profesionales médicos, aun cuando existan alternativas más costo-efectivas. No hay incentivos para sustituir atención cerrada por atención ambulatoria, o para emplear profesionales de la salud de menor calificación y más bajo costo. Tampoco hay incentivos para fomentar la prevención. La producción de salud es fragmentaria y no existe un vínculo entre las necesidades de la población desde el punto de vista epidemiológico y la asignación de recursos, lo que genera escasos incentivos para el uso de prestaciones más costo-efectivas.

Una variante del mecanismo anterior son los sistemas de proveedor preferido o *pago por acto médico con contrato selectivo*, donde los prestadores son remunerados en base a un pago por acto médico negociado previamente con el asegurador. Los médicos y establecimientos adscritos a esta modalidad pueden efectuar todas las atenciones que quieran, siempre que cobren la tarifa preestablecida. Los prestadores aceptan un precio menor a cambio de un mayor volumen de pacientes. Sólo los que entran en una relación contractual con el asegurador pueden participar. Los incentivos son similares a los del caso anterior, pero el asegurador tiene mayor control sobre los gastos totales al limitar el número de los que entran al grupo de prestadores preferidos, y al negociar previamente las tarifas unitarias. Por otra parte, si la relación contractual es de largo plazo, se pueden incluir mecanismos administrativos en el contrato para desincentivar la sobreutilización.

El pago de servicios hospitalarios mediante *presupuesto global prospectivo (block contracts)* consiste en que el hospital recibe prospectivamente una suma fija para cubrir todos los gastos operacionales del año, independientemente del volumen de pacientes que finalmente deba atender. El presupuesto deviene en un plan financiero para el período, al cual el hospital debe ajustarse. Puede existir algún fondo de contingencia a disposición del hospital en caso de producirse eventos inesperados, por ejemplo un brote epidémico. En términos generales, los incentivos para contener costos dependen de la fórmula que se utilice para calcular el presupuesto hospitalario y del grado de permisibilidad que exista para sobrepasarse en el nivel de gastos. Los incentivos serán adecuados en la medida que la fórmula para calcular el presupuesto incorpore elementos que promuevan la eficiencia y penalicen la ineficiencia. Sin embargo, en la práctica resulta difícil construir indicadores de desempeño que permitan determinar el grado de eficiencia con que operan distintos agentes, incluidos los hospitales. Estos indicadores generalmente se centran en resultados

intermedios, tales como el promedio de días estada y los costos por egreso. Al no incluirse elementos de estado de salud en los indicadores de desempeño, se corre el riesgo de premiar a aquellos hospitales que controlan sus costos disminuyendo la calidad de la atención.

Por otra parte, si la presupuestación se realiza sin considerar el financiamiento del continuo de los Servicios de Salud (atención ambulatoria y preventiva), se corre el riesgo de que los aumentos de eficiencia en el sector hospitalario se hagan a expensas de una mayor ineficiencia en otros niveles de atención. Si cada nivel es financiado en forma independiente, los responsables del hospital tendrán incentivos para intentar cargar los gastos a los niveles de menor complejidad. Finalmente, si los ahorros generados durante el año deben restituirse al organismo que contrata, no existirán incentivos para economizar.

Los presupuestos globales supuestamente disminuyen los gastos administrativos en relación a un sistema en que cada prestación debe ser facturada. Sin embargo, para poder calcular adecuadamente los presupuestos se requiere contar con sistemas de costos confiables y efectuar las auditorías correspondientes. De lo contrario, la presupuestación inducirá comportamientos oportunistas entre los agentes, los que tenderán a inflar sus costos y a proveer información errónea al principal. La ventaja de este mecanismo de pago, sin embargo, es que permite promover la equidad geográfica en la distribución de recursos para salud y, en la medida que los presupuestos sean respetados, logra mantener controlados los costos a nivel macro.

El mecanismo de *pago por día cama (per diem)* consiste en un pago fijo por cada día de internación del paciente, independiente del diagnóstico. En general se utiliza en términos retrospectivos y los incentivos son a aumentar la duración de las estadías. Esto se debe a que los primeros días del paciente en el hospital son los que generan mayor gasto marginal. Por lo tanto, un número inferior de pacientes que permanezcan más tiempo en el hospital generará los mismos ingresos que un número mayor de paciente con estadías más cortas. Sin embargo, el nivel de gastos en el primer caso será mucho menor. Por otra parte, si el monto pagado es independiente de la severidad de los pacientes, o las diferencias son muy gruesas, existirán incentivos para seleccionar o rechazar pacientes de acuerdo al ingreso neto esperado.

*Pago flexible (two part tariff)*. Algunos países utilizan una mezcla de presupuestos globales para cubrir los costos fijos y pagos por ítem para cubrir los costos variables. Los hospitales tienden a tener un alto nivel de gastos fijos y la asignación de los gastos de capital constituye un problema complejo. Bajo el sistema de pago flexible, el asegurador paga prospectivamente un monto global que es independiente del número de pacientes y que permite cubrir los costos fijos del hospital. Adicionalmente, por cada paciente que es admitido se paga el costo marginal que ese paciente genera.

El sistema de pagos flexibles induce a los hospitales a privilegiar a aquellos casos y/o tratamientos que generan los mayores beneficios netos en el margen y a fomentar la sobreutilización. Para que esto no ocurra, la tarificación debe reflejar los verdaderos costos marginales del hospital. De esta forma, atender a tal paciente o efectuar tal tratamiento en vez de tal otro, sería indiferente para el hospital, porque todos generarían los mismos beneficios netos. Además, las tarifas variables tendrían que reflejar el beneficio marginal para el paciente de manera que no se incentive la sobreutilización. Sin embargo, cuantificar

estos costos resulta muy engorroso y los incentivos que se generen dependerán de la estructura de costos de cada hospital específico.

Otro mecanismo de pago que se utiliza en contratos con hospitales es *el pago prospectivo asociado a diagnóstico (DRG)*, donde tanto los médicos como los hospitales cuentan con un presupuesto fijo por episodio de enfermedad para cada paciente. Una vez que el paciente ingresa al hospital, se le asigna dentro de un número limitado de grupos-diagnósticos (DRGs). El precio pagado para cada categoría de diagnóstico es el mismo, independiente de lo que se haga al paciente durante su hospitalización o cuán prolongada sea su estadía. Los pagos se basan en costos estandarizados según la naturaleza y severidad de los pacientes en cada grupo-diagnóstico. Los casos extremos generalmente se reembolsan de acuerdo al gasto efectivo en que incurrió el hospital para su tratamiento.

En teoría, los pagos asociados a diagnóstico incentivan a los hospitales a operar en forma eficiente (al mínimo costo), para utilizar los tratamientos más costo-efectivos y que el precio pagado determine el nivel de calidad del servicio. El incentivo más importante de los pagos asociados a diagnóstico es a reducir el número de días de estada. La duración de las estadías se reduce mediante altas anticipadas y la sustitución de atención hospitalaria por atención ambulatoria, así como por otras formas de atención cerrada, como la atención domiciliaria o la internación en establecimientos de cuidado postoperatorio.

Sin embargo, los estudios que se han realizado en EE.UU. muestran que no existen diferencias significativas en las tasas de reingreso observadas antes y después de implantarse el pago asociado a diagnóstico por parte de Medicare. Tampoco se observan diferencias en las tasas de mortalidad y los tratamientos no se deterioran, aunque sí se observa un mayor número de pacientes dados de alta en condiciones inestables.

Finalmente, el pago asociado a diagnóstico incentiva a los hospitales a alterar la clasificación de sus egresos en categorías de diagnóstico, con el fin de incrementar sus ingresos. Algunos estudios empíricos de la clasificación diagnóstica de enfermedades del corazón muestra que, después de la implementación de los DRGs por parte de Medicare, aumentó el número de egresos clasificados como agudos y disminuyó el número de pacientes considerados como crónicos. Esta forma de asignar los diagnósticos aumentó los ingresos de los hospitales, aunque la evidencia empírica no permite concluir si esto se debió a una mayor precisión en la clasificación de los egresos o fue consecuencia de los incentivos financieros.

**La capitación** consiste en un pago fijo por cada individuo a cargo del prestador de salud, independientemente de los gastos en que efectivamente incurra el paciente durante el período. Bajo estas condiciones, cada componente del sistema de salud deviene un centro de costos y ninguno constituye un centro de ingresos. La rentabilidad de la organización depende exclusivamente de la habilidad para atraer “afiliados” y de la capacidad de mantener los gastos por debajo de la tasa de capitación.

La capitación pura constituye un *incentivo de alto poder*, generando respuestas muy fuertes para la contención de costos. En general, los pagos puramente prospectivos -como la capitación- resultan en eficiencia técnica de la producción, al ser la unidad prestadora de salud el único demandante residual, es decir, al percibir todos los beneficios de una mayor eficiencia y todos los costos de la ineficiencia. En consecuencia, los precios no inducen a proveer servicios en exceso y el nivel de esfuerzo del agente resulta óptimo. Sin embargo,



los pagos prospectivos inducen comportamientos oportunistas, tales como la selección de riesgos y el deterioro de la calidad de las atenciones. Adicionalmente, los pagos capitados imponen riesgos financieros muy altos a los prestadores y se requieren varias decenas de miles de afiliados para reducir la varianza en los gastos esperados.

La *capitación completa de servicios profesionales a grupos médicos de multiespecialidad* consiste en un pago a grandes grupos médicos capaces de administrar los distintos niveles de la atención de salud. El potencial de reducción de costos es mayor que cuando se capita el nivel primario de atención, porque existe un incentivo a evitar la sobreutilización de especialistas y de atención cerrada. Los profesionales y los aseguradores comparten las ganancias de una menor utilización de servicios hospitalarios a través de un fondo de riesgo, de manera que existen fuertes incentivos a reducir el número de hospitalizaciones.

La *capitación completa de servicios profesionales o del total de las prestaciones de salud a sistemas integrados de salud*. Los sistemas integrados de salud incluyen servicios de atención primaria, especializada y hospitalaria. Los incentivos operan de forma que se promueve la atención más costo-efectiva a través del continuo de la atención de salud. Se fomenta la cooperación y coordinación entre los prestadores de distinto nivel de complejidad con el fin de economizar y aumentar la eficacia de las atenciones. En este caso se producen economías en los costos de transacción, ya que la organización (“estructura de gobierno”) llena los vacíos del contrato formal a través de la integración vertical entre el principal (asegurador) y los agentes (hospitales y médicos).

## **B. Las limitaciones de los incentivos puramente económicos**

Los mecanismos de pago que se aplican en base prospectiva, como los DRGs y la capitación, generan incentivos para contener costos y para aplicar tratamientos más costo-efectivos. Simultáneamente, sin embargo, se crean respuestas oportunistas por parte de los agentes, limitando la efectividad de los sistemas de compensación. Entre los incentivos no deseados, se cuenta la reducción en el valor de los tratamientos asociados a la unidad de pago, ya sea a través de un deterioro de la calidad de las atenciones o por medio del cobro independiente de prestaciones incluidas en la canasta. Los pagos prospectivos también inducen a los agentes a practicar selección de riesgos, excluyendo a los pacientes potencialmente poco rentables. Existe un “trade off” entre eficiencia productiva y selección de riesgos, de manera que los pagos puramente prospectivos no llevarían a soluciones óptimas.

Para contrarrestar los comportamientos oportunistas se han venido estableciendo mecanismos de pago mixtos, donde se combinan elementos prospectivos y retrospectivos. Entre las modalidades mixtas se incluye el pago por acto médico a los profesionales, junto con la retención de un porcentaje de los ingresos. Los ingresos retenidos se redistribuyen al final de cada año si es que los costos son menores o iguales a los presupuestados. Otra modalidad es la capitación de grupos médicos en lugar de la capitación individual, y la retribución por acto médico a cada profesional dentro del grupo. En el caso de médicos primarios, se evita cargarles el costo de la atención especializada pero se les induce a evitar la sobrederivación, mediante la distribución de un bono proveniente de un fondo de

atención especializada previamente establecido. En el caso de hospitales, se acepta el pago retrospectivo de los episodios que presentan características fuera de lo común.

La mezcla de sistemas de compensación conlleva riesgos y su calibración resulta difícil. Un mayor énfasis en el componente prospectivo aumenta los incentivos a desagregar los grupos diagnósticos, a disminuir la calidad de la atención y a seleccionar riesgos. Una mayor ponderación de los componentes retrospectivos induce a los prestadores a no poner suficiente atención a los costos. Las limitaciones de los incentivos puramente financieros han llevado a recurrir a otros mecanismos complementarios, tales como los controles de utilización, la gestión de calidad, y la contratación selectiva de prestadores. Los controles de utilización y calidad pueden ser implementados en sistemas donde existe libertad de elegir el prestador y con pagos retrospectivos. Pero son de alto costo y sólo se justifican cuando el prestador factura grandes sumas. La contratación selectiva hace más factibles los controles de utilización y la gestión de calidad, a través de provisiones contractuales explícitas con un número limitado de prestadores. Estos mecanismos administrativos influyen directamente en la elección de prestador por parte del usuario y en la elección de tratamientos por parte del prestador. La efectividad de distintas combinaciones de incentivos financieros y mecanismos administrativos depende, a su vez, de la “estructura de gobierno” en que opera la relación contractual entre asegurador y prestador.

Los controles de utilización y otros mecanismos administrativos operan mejor cuando los incentivos entre prestadores y aseguradores se encuentran alineados. Los pagos prospectivos contribuyen a que haya objetivos similares entre aseguradores y prestadores. Sin embargo, los mecanismos de pago deben ser complementados con cambios en la cultura médica que promuevan una relación de cooperación entre las partes. Los grupos médicos multiespecialidad ofrecen el ambiente propicio para desarrollar controles de utilización y educación de los médicos en forma continua, favoreciendo la adopción de tratamientos costo-efectivos aun cuando los mecanismos de pago enfatizan el componente retrospectivo. El desarrollo de una cultura médica que favorezca la costo efectividad de los tratamientos y la medicina basada en la evidencia sólo es posible lograrla cuando los aseguradores contratan selectivamente un número limitado de prestadores. Al mismo tiempo, la contratación selectiva permite a los aseguradores elegir prestadores que se desempeñen con altos estándares de calidad.

La integración vertical entre aseguradores y prestadores presenta el mayor potencial para alinear incentivos y fomentar una cultura médica conservadora desde el punto de vista de los costos, manteniendo altos estándares de calidad. Sin embargo, la integración vertical presenta los problemas de los sistemas centralizados que se discutieron anteriormente: la atenuación de incentivos, los costos de influencia y el aislamiento organizacional. Adicionalmente se sacrifican economías de escala en la cadena de distribución, porque pocos aseguradores tienen suficientes afiliados como para mantener un sistema de prestación exclusivo para sus miembros. La teoría de los costos de transacción y los modelos de agente principal enfatizan que la integración vertical en mercados maduros sólo se justifica cuando la actividad requiere equipamiento o entrenamiento especializados, o cuando la ubicación geográfica reduce las posibilidades de contratar externamente.

Como alternativa a la integración vertical está el establecimiento de contratos relacionales entre el asegurador y entre los prestadores. Estos pueden organizarse en la forma de Asociaciones de Práctica Independiente u Organizaciones de Prestador Preferido. El desarrollo de una cultura compartida es más difícil en este contexto porque los prestadores están físicamente separados. Por lo tanto los programas de control de utilización tienden a ser adversariales en lugar de cooperativos.

Los modelos de agente principal han tenido una influencia significativa en el establecimiento de mecanismos de pago que permitan alinear los incentivos de asegurador y prestador, y en la adopción de sistemas de control de utilización y monitoreo de la calidad. Pero este enfoque exclusivo en los incentivos financieros y en los controles tiene limitaciones. Se requiere una mirada más global que incluya también el rol de las organizaciones como “estructura de gobierno”.

Finalmente, los sistemas de pago prospectivo no necesariamente son equitativos. Sin embargo, es posible introducir ajustes en las cápitras o en los pagos asociados a diagnóstico de acuerdo al nivel de riesgo de los potenciales pacientes. Los factores de riesgo incluyen las características demográficas y el nivel de pobreza de la población que debe atender el prestador.

## 2. DESCENTRALIZACIÓN FINANCIERA EN SALUD. LA EXPERIENCIA CHILENA

En este capítulo se describe el proceso de descentralización financiera de los años 90. Este proceso tiene sus antecedentes en la reforma emprendida por el gobierno militar (1973-1990) durante la década de los ochenta, período en el cual se establecieron las bases para avanzar posteriormente en la separación de las funciones de regulación de las de provisión. El proceso de reformas de los 90 fue complementario a la reforma anterior y su alcance se limitó al diseño e implementación de nuevos mecanismos de pago a los proveedores, así como a un intento incipiente de separación de las funciones compradoras y proveedoras de Servicios de Salud.

### A. Las reformas en el sector salud del gobierno militar: 1973-1990

A fines de los años 70, el gobierno militar puso en práctica un conjunto de reformas con la finalidad de corregir las deficiencias del sector salud e imprimirle mayor eficiencia. Las principales reformas relacionadas con el sector público de la salud, fueron las siguientes:

*i) La reorganización del Ministerio de Salud*, que tuvo por objeto delimitar las funciones de los distintos organismos públicos del sector e incrementar su grado de autonomía en la toma de decisiones. El Ministerio quedó a cargo de funciones normativas, de planificación y control. Como organismos dependientes surgieron el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), constituido por 26 unidades descentralizadas, autónomas de acuerdo a la ley y con patrimonio propio; el FONASA, encargado de canalizar los recursos financieros a los Servicios de Salud y administrar la Modalidad de Libre Elección; la Central de Abastecimiento; y, por último, el Instituto de Salud Pública. Bajo este nuevo esquema, se intentó separar la función de regulación de aquella de provisión en atención de

salud, lo que no se logró plenamente, ya que los Servicios de Salud mantuvieron algunas funciones normativas. Con respecto a su ejecutividad, se descentralizó mayormente la función de provisión, y sólo parcialmente la de compra. Esto fue así ya que, en su función productora, a través de los establecimientos del Estado, operaron en un marco de transferencia de poder desde el Nivel Central hacia los Directores de Servicio, aunque manteniendo ciertas atribuciones importantes. Respecto a su papel de ejecutores/compradores, en el nivel secundario y terciario de atención, éste se limitó a permitirles efectuar directamente convenios con establecimientos del extrasistema, en circunstancias que el Sistema de Libre Elección se seguía operando centralizadamente, y lo mismo ocurría respecto de la compra de servicios prestados por los establecimientos públicos.

*ii) La Municipalización de Establecimientos de Atención Primaria* con el inicio, en 1981, del traspaso de la administración de establecimientos de atención primaria (postas y consultorios generales, urbanos y rurales) desde el SNSS a las municipalidades, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el DFL 1-3063 de 1980. Este traspaso implicó que las municipalidades debieron asumir la totalidad de las acciones de atención ambulatoria de nivel primario dentro de su área jurisdiccional, quedando los Servicios de Salud abocados a operar el nivel secundario-terciario de hospitales y de centros de especialidad. Este proceso culminó a fines de 1989 con más del 90% de los establecimientos bajo administración comunal.

*iii) La promulgación de una nueva Ley de Salud (Ley N° 18469 de 1985)* destinada a regular y unificar el régimen de prestaciones de los beneficiarios del sistema público. Por medio de ella se estableció el esquema de cobro diferenciado por niveles de ingreso, aún vigente, que sustituyó la gratuidad que caracterizaba el régimen de los antiguos beneficiarios del Seguro Obrero. A cambio, esta ley abrió a los beneficiarios del ex-SERMENA la posibilidad de acceder a los hospitales públicos en igualdad de condiciones. Además, significó la eliminación de las diferencias originadas en la pertenencia a determinados sistemas previsionales, lo que había sido una característica de la atención de salud en Chile. Por otra parte, el pago diferenciado por tramos de ingreso (grupos A, B C y D) perseguía incrementar la recuperación de costos en el sistema de salud pública y redistribuir recursos hacia los más desposeídos.

*iv) La reforma a los mecanismos de pago*, procurando incentivar eficiencia a nivel de los prestadores públicos de salud, para lo cual se creó un mecanismo de transferencia de los recursos, denominado FAP (Sistema de Facturación por Atención Prestada) en el caso de los Servicios de Salud, y FAPEM (Facturación de las Atenciones Prestadas en las Municipalidades) en el caso de los consultorios municipalizados. Esto intentó terminar parcialmente con los presupuestos históricos establecidos centralmente en el sector público de salud.

## **B. La descentralización financiera de los 90. Primera fase: 1990-1993**

Con el advenimiento de la democracia se realiza un diagnóstico global del sector salud, el cual da origen a un conjunto de reformas. Durante la primera fase de estas reformas se corrigen algunos problemas relacionados a los mecanismos de pago FAP y se inicia el

estudio de nuevos mecanismos de pago a los prestadores. El diagnóstico global del sector salud señalaba a inicios de los 90 los siguientes problemas:

- i) La descentralización no propició el grado de autonomía esperado. En la práctica, el Ministerio mantuvo gran parte de las funciones ejecutoras que debía delegar en otros organismos, manteniéndose una centralización de funciones.
- ii) La mayor flexibilidad en la gestión de los Servicios de Salud permitió un mejor uso de los recursos asignados y, por esta vía, el rendimiento de ellos se vio incrementado. Aun así, existieron notorias fallas de implementación que provocaron una gran precariedad financiera de los Servicios de Salud. La puesta en práctica de mecanismos de pago retrospectivos, limitados por techos presupuestarios, castigaba a los Servicios con mayores niveles de actividad.
- iii) Adicionalmente, los mecanismos de pago inducían a la sobrefacturación en acciones y procedimientos, incentivando la ineficiencia en la provisión de salud desde el punto de vista de la contención de costos.
- iv) En el ámbito de la municipalización de la atención primaria, el sistema de pagos por atención prestada no estimulaba las acciones preventivas, base de un sistema de atención primaria. A esto se sumaba que en dicho período no se tomaron medidas de reforzamiento de la capacidad de supervisión y coordinación, lo que motivó la existencia de fallas evidentes en los procesos de gestión administrativa y médica de muchos de los establecimientos traspasados. Asimismo, existía un fuerte descontento en el personal que laboraba en el sector municipalizado, y que se expresaba en una fuerte rotación laboral. Por último, y de primera importancia, este proceso de municipalización no implicó un incremento de la participación de la comunidad en la solución de los problemas de salud.

La política de modernización del Sector Público de Salud, contenida en el programa de gobierno que presentó la Concertación de Partidos por la Democracia en 1990, explicitaba tres objetivos estratégicos: (a) Readecuación del sistema de atención de salud con el propósito de condicionarlo a las necesidades que surgen a partir del nuevo perfil epidemiológico del país; (b) Perfeccionamiento del modelo de gestión, entregando mayores grados de autonomía a los organismos locales en la administración de sus recursos; y (c) Reforma a los mecanismos de asignación de recursos financieros, ligándolos con los principios orientadores de equidad y eficiencia en la provisión de salud. Este último objetivo estratégico impulsó lo que se denominó la Reforma Financiera.

Los principales componentes de la Reforma Financiera fueron el ordenamiento financiero, la política arancelaria, la política de recuperación de costos, y los mecanismos de asignación de recursos. En la última dimensión, la de los Mecanismos de Asignación de Recursos, la aplicación de los principios de *Pago prospectivo* y el *Pago por resultados*, respectivamente, propiciaron la creación, en el nivel de atención secundaria-terciaria en salud, del Sistema PAD-PPP (Pago Asociado a Diagnóstico-Pago por Prestaciones), mecanismo de pago mixto que trata de solucionar parte de los problemas relacionados con la eficiencia en el manejo de los recursos del sector público de salud. Es mixto en tanto se trata de un sistema de pago destinado a retribuir, a través de dos vías, la actividad del

proveedor de salud: por una parte el pago por resultado (PAD), de tipo prospectivo y medido a través de la resolución de ciertos diagnósticos previamente definidos, y por la otra el Pago Prospectivo de Prestaciones (PPP), vigente para toda la producción no asociada a PAD.

### **C. Segunda fase: 1994-1999**

El año 1994 se inició en el país un nuevo gobierno, oportunidad en que se emprende una nueva fase de reformas. En esta etapa se ponen en marcha los nuevos mecanismos de pago, el Per Cápita en la salud primaria y los sistemas PAD-PPP en los establecimientos hospitalarios. Con ello se inicia un replanteamiento general de las funciones realizadas por los distintos organismos que conforman el SNSS. En este período se trata de avanzar en la separación de las funciones de compradora y de prestadora de servicios, asignando al FONASA la misión de hacerse responsable de la gestión del Seguro Público de Salud. Ello le permitirá, con el paso del tiempo, avanzar en su rol de comprador.

En los primeros años de esta segunda fase, el FONASA avanzó en las funciones propias que le corresponden a cualquier institución aseguradora, entre ellas identificar beneficiarios, mejorar la administración de los ingresos del Fondo, y continuar con el desarrollo de nuevos mecanismos de pago en el nivel de atención primaria. En esta etapa se establecieron también los Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud, los que constituyeron un avance en el proceso de separación de funciones, en la medida que podían llegar a constituirse, finalmente, en un contrato de compra entre el asegurador y el prestador. Al final de esta fase, sin embargo, los Compromisos de Gestión cumplen con este rol de forma muy parcial, y sólo en lo que concierne al componente relativo a los Programas Especiales, en los cuales el FONASA ha podido asumir en mayor medida su rol de comprador.

### **D. Puesta en marcha de nuevos mecanismos de pago a los prestadores**

Este proceso cuyo objetivo apunta a mejorar la eficiencia y la eficacia de los prestadores públicos, merece de una profunda revisión, a casi una década de su inicio.

#### ***i) Mecanismos de Pago – PAD-PPP***

La filosofía PAD implica que los proveedores son retribuidos por el tratamiento y la recuperación de patologías específicas previamente estandarizadas. Las especificaciones relativas a presupuesto, precios de transferencia y/o frecuencia, se deben pactar con anticipación, de modo que este mecanismo conlleva una transferencia de riesgo al prestador.

Para calcular los primeros PAD se seleccionó un conjunto de diagnósticos que cumplieran con tres criterios: alto impacto en el gasto, alta frecuencia con respecto al total de prestaciones, y factibilidad de estandarizar. Utilizando la CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades, IX Versión) se estableció inicialmente un conjunto de 18 PAD.

Los diagnósticos que no están clasificados como PAD continúan retribuyéndose

financieramente en forma similar a como se hacía bajo el sistema anterior FAP, es decir, teniendo como unidad de medida las prestaciones realizadas para resolverlos, indistintamente si ellos efectivamente se resolvieron y del grado de eficiencia involucrado. Sin embargo, se establecieron dos importantes modificaciones: el presupuesto cambió desde uno retrospectivo a uno prospectivo, lo que transfiere el riesgo a los prestadores respecto del financiamiento efectivo de la actividad que realizan, y se modificó el arancel, incorporando una nueva estructura de costos e intentando alterar la estructura de precios relativos. Específicamente, aquí se encuentran las prestaciones realizadas en forma ambulatoria, los otros diagnósticos de egreso y las atenciones de urgencia.

A la fecha el sistema PAD-PPP no ha podido avanzar más allá de ser un sistema de registro referencial, que tiene como indudable fortaleza el hacer explícito el nivel de actividades llevado a cabo por los Servicios. Las transferencias han seguido efectuándose principalmente según presupuestos históricos, lo que genera costos de registro e incentivos parciales, al no estar ligados a un porcentaje importante del presupuesto.

#### **ii) *El Pago Per Cápita en la Salud Primaria***

A partir del segundo semestre de 1994, se implanta un sistema de pago Per Cápita en la salud primaria con el objeto de superar las ineficiencias detectadas en el esquema FAPEM y mejorar la equidad en la asignación de recursos. Como objetivos de más largo plazo, se esperaba que este sistema de pago incentivara las acciones de prevención y fomento, que ayudase a orientar la acción de los establecimientos hacia la obtención de resultados, que contribuyera a fomentar la participación de los usuarios y que ayudara a introducir incentivos a la calidad en las prestaciones.

La puesta en marcha del sistema se inicia con un proceso voluntario de inscripción de los beneficiarios en los consultorios de su preferencia. El cálculo del monto a pagar se basa en una canasta de prestaciones, diferenciándolo según pobreza y ruralidad. La libre inscripción de los usuarios en el consultorio de su preferencia tiene por objeto estimular la calidad de atención.

Asociado a este mecanismo de pago se establecen convenios financieros, y posteriormente Compromisos de Gestión consistentes en acuerdos periódicos suscritos entre los Servicios de Salud y las entidades administradoras, con el objetivo de orientar la acción de los prestadores hacia la obtención de resultados más que hacia la mera ejecución de actividades. La importancia de estos instrumentos deriva del hecho de que, al establecer un pago por persona, se genera un incentivo a disminuir las atenciones a la población.

A Mayo de 1995 se había completado la firma de cerca del 90% de los nuevos convenios, proceso que hoy se encuentra concluido.

#### **iii) *Los Compromisos de Gestión***

Las reformas financieras se insertan dentro de un escenario objetivo más amplio, consistente en modernizar el sector público de salud, mejorando su organización y funcionamiento. Como parte de dicho intento, se desarrolló una herramienta tendiente a regular una nueva relación entre el Nivel Central y los Servicios de Salud, ad-hoc con los

objetivos de avanzar en la descentralización, promover autonomía y monitorear resultados. Se puede considerar el desarrollo de esta herramienta como un avance en el proceso de descentralización financiera, ya que los Compromisos de Gestión crecientemente definen una relación contractual entre la entidad compradora (el FONASA y la Subsecretaría de Salud) y los Servicios de Salud, en representación de los prestadores. Con este instrumento se intenta asociar resultados a financiamiento, proceso que se inicia más decididamente a partir de 1995.

Sin embargo, sólo la parte de los compromisos relativa a financiar los denominados Programas Especiales del FONASA se mantendrá como experimento real, en donde el comprador contrata atenciones de salud a los prestadores bajo condiciones claras de financiamiento asociado a resultados, con un nivel mayor de especificaciones técnicas –o control de calidad- y con una mayor transferencia del riesgo al prestador.

#### *iv) Los Programas Especiales del FONASA*

A partir del diseño de los PAD y en el marco de los Compromisos de Gestión, se incorporaron los programas especiales de *Prestaciones Complejas*, *Oportunidad en la Atención* y *Programa del Adulto Mayor*, desarrollados por el FONASA. En estos últimos años, dichos programas han significado la aplicación resuelta de mecanismos de asignación de recursos prospectivos en forma de Pagos Asociados a Diagnóstico, en el caso de los dos primeros, y parcialmente en el caso del tercero.

El *Programa de Prestaciones Complejas* ha implicado la definición, por parte de la autoridad central, de aquellas patologías e intervenciones de más alta complejidad realizadas en los establecimientos del sector público de salud, en el marco de las prioridades sanitarias del país. El mecanismo de asignación de recursos utilizado, una vez definidas dichas prestaciones así como su financiamiento, se operacionaliza a través de una licitación con los establecimientos acreditados que tienen ventajas comparativas en la provisión de las prestaciones.

El *Programa de Oportunidad en la Atención* se relaciona con los tiempos de espera que enfrentan los beneficiarios del FONASA en las patologías que se resuelven a través de cirugía electiva (en muchos casos superior a seis meses). Este programa contempla pagar las prestaciones a los Servicios de Salud con recursos financieros adicionales, los que paralelamente serán complementados con reasignaciones propias de éstos, de manera tal que se garantice la atención de los pacientes beneficiarios del FONASA, resolviendo en forma oportuna y con calidad técnica determinadas intervenciones quirúrgicas asociadas a ciertas patologías.

El *Programa del Adulto Mayor* del Ministerio de Salud forma parte de una política más global del gobierno, destinada a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Entre las enfermedades crónicas de alta prevalencia en este grupo de edad, se encuentran los problemas de visión y audición, que producen frecuentemente una menor capacidad funcional. Este programa se inició en 1995 y estuvo dirigido a los adultos mayores que se atienden en la Modalidad Institucional del sistema público de salud.



### 3. DESCENTRALIZACIÓN FINANCIERA EN SALUD: EL CASO DE TRES HOSPITALES PÚBLICOS

Este estudio tuvo por objeto conocer los elementos claves que conforman la cultura organizacional de los hospitales, como una manera de comprender la lectura que desde ella se hace del cambio descentralizador operado. El estudio recoge la percepción de los diferentes actores del sistema público de salud acerca de las distintas medidas que forman parte de la descentralización, determinar el nivel en que se sitúa la aceptación o rechazo de estas medidas, y si obedece a aspectos netamente administrativos, o a la defensa de intereses de grupo (gremiales), o a arraigados en patrones culturales propios de la organización a la que pertenecen. El estudio indaga también en la forma en que ha sido implementada la reforma: si los actores se han sentido consultados con respecto al contenido de las reformas, si han percibido que es importante su participación, o si sólo han sido informados. El trabajo intenta relacionar esto con el grado de legitimidad que le conceden a los cambios y a la credibilidad que otorgan a la información que reciben al respecto.

El estudio se realizó en tres hospitales públicos pertenecientes a dos servicios de salud. Se trata de los hospitales de San Borja Arriarán, La Serena y Coquimbo, pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Central el primero y de Coquimbo los otros dos.

#### A. Cultura de los funcionarios de la salud pública y resistencia a los cambios

Una primera conclusión del estudio indica que existe una cultura de los funcionarios de la salud pública que está caracterizada por la coexistencia de rasgos de variadas subculturas orientadas a satisfacer distintas racionalidades.

Una **cultura médica** que está definida por las características de una burocracia profesional (Mintzberg), en el sentido de que su actividad supone una alta estandarización de conocimientos y habilidades. Esta cultura, vista desde los propios médicos, es *ritual*, llena de símbolos (el fonendo, el delantal blanco, cierto lenguaje, etc.), en donde lo que no pertenece al criterio de validación de ese ritual es visto como espurio. Asimismo, entre sus rasgos también hay un componente *elitista*, donde predomina el modelo de un grupo que concentra el poder del conocimiento que se reproduce en la relación con los pacientes y el equipo de salud; *autorreferente*, ya que minusvalora todo lo que no sea estrictamente relevante para su actividad; está marcada por la formación *individualista* de su profesión; y se presenta como *conservadora de la tradición*, caracterizada por la influencia que ejercen en ellos ciertas figuras relevantes de la profesión médica.

Los rasgos característicos de esta cultura definen una resistencia hacia reformas que enfatizan la eficiencia en el uso de los recursos. La base de esta resistencia se funda en la valoración de lo clínico como el centro de orientación del hospital, en función de lo cual deben girar los aspectos administrativos de la gestión.

Una **cultura burocrática** que se expresa en la excesiva *jerarquización de las relaciones laborales* y *respeto a la autoridad* por parte de casi todos los funcionarios de los hospitales. Esto último exceptúa a los médicos (principalmente jefes de servicios

clínicos), que aparecen con más autonomía con respecto a sus respectivos jefes, respondiendo más a su rol de médicos que de funcionarios subordinados a un poder administrativo. Esta cultura burocrática estaría representada por las autoridades máximas del hospital y por los funcionarios que no son médicos directivos, y que incluso ejercen jefaturas intermedias de apoyo y administrativas.

La relevancia de la cultura burocrática radica en que, frente a los cambios, el parámetro de resistencia o aceptación estaría determinado por la conveniencia que los funcionarios ven en relación al trabajo que realizan. Esta cultura burocrática es, sin embargo, por las mismas características que sostiene, permeable a los cambios. Los jefes que ejercen liderazgos legítimos y legales serían capaces de conducir cambios.

Se encontró también rasgos de una **cultura emergente centrada en la eficiencia** en el uso de los recursos. Esta cultura estaría representada por los funcionarios de los hospitales que se muestran más proclives al cambio, es decir, actores que forman parte de la cúpula directiva, que han recibido capacitación en gestión y tienen una mirada más acorde con los cambios que ha querido impulsar el Nivel Central. También algunos jefes de servicios clínicos, que han recibido capacitación en gestión, asumen que este cambio es inevitable y positivo.

Existe una creciente tensión producto de la coexistencia de dos racionalidades que son exitosas al actuar separadamente y que al interactuar producen choques entre los actores que las encarnan: la cultura de la eficiencia y la cultura médica. Por ejemplo, los actores del mundo clínico atribuyen a los funcionarios ligados al tema de la racionalidad en el uso de recursos, un énfasis en que se privilegia la productividad por sobre la calidad de la atención en salud. Consecuentemente, los médicos se resisten a ser medidos en términos de productividad.

Junto a las culturas mencionadas, coexiste en el sector público de la salud una cierta **cultura de la resistencia** (dinámica frente a los cambios) radicada en patrones culturales dentro de los actores de este sistema. Existe la idea de que el cambio es un tema difícil de asumir, por una resistencia natural a cambiar el modo habitual de hacer las cosas; los gremios de la salud encarnarían esta resistencia a los cambios, levantando la defensa de intereses gremiales y -no pocas veces- políticos.

Lo que resulta interesante es que, como parte de las razones que se exponen para rechazar los cambios, se menciona frecuentemente la escasa difusión de la información que ha tenido el tema de las reformas y la escasa participación en la formulación de los cambios. Esto último sugiere que en parte las resistencias al cambio tienen origen en la forma en que éste ha sido implementado.

## **B. Percepción acerca de los instrumentos de descentralización financiera**

El estudio entrega evidencia en torno a la percepción de tres tipos de instrumentos de la descentralización financiera en salud: los compromisos de gestión, los programas especiales y los mecanismos de pago PAD.

### *i) Los Compromisos de Gestión*

Estos instrumentos se conocen –en general- muy bien entre los directivos de los hospitales. Dicho conocimiento llega hasta el nivel de los jefes de servicios clínicos. Entre los funcionarios profesionales se conocen algo más que entre los no profesionales y administrativos.

Entre los aspectos **positivos** se reconoce que estos instrumentos permiten programar, ejecutar y evaluar más claramente que antes, lo que habría permitido mejorar el rendimiento de los servicios. Se aprecia que permiten también elevar el nivel de compromiso de los funcionarios y fomentar una mayor eficiencia en el uso de los recursos. En este sentido, estos instrumentos habrían introducido entre los médicos (dedicados a la clínica) una manera más racional de abordar los tratamientos, al señalar que toda acción tiene un costo.

Las **críticas** apuntan a que los Compromisos de Gestión enfatizan el aspecto financiero, miden el manejo de la deuda de los hospitales, los incrementos en la cantidad de prestaciones, etc., dejando de lado el tema de la calidad de la atención. A juicio de los actores, los niveles de actividad son impuestos por el Fonasa y no surgen desde el hospital donde finalmente se ejecutan los compromisos. Estos, además, no han sido adecuadamente difundidos entre los funcionarios, por lo tanto no han favorecido un mayor compromiso, amén del malestar que provoca que el cumplimiento de los mismos no esté asociado a incentivos.

### *ii) Los Programas Especiales*

Estos instrumentos de descentralización son los mejor evaluados invariablemente por casi todos los entrevistados. Al parecer, esta percepción estaría avalada por el hecho de que los Programas Especiales están asociados a recursos adicionales.

Los aspectos **positivos** de los Programas Especiales que se destacan son, principalmente, que están asociados a recursos, lo que ha permitido incorporar a los clínicos en el proceso; que a través de estos mecanismos se ha podido aumentar la actividad y mejorar el equipamiento e infraestructura de los Servicios, tema muy querido por los médicos; que están financiados según sus costos reales, por lo que se constituyen en una fuente importante de financiamiento; y que los compromisos y resultados son fácilmente medibles y cuantificables.

Las principales **críticas** a estos instrumentos se relacionan con el hecho de que es negativo pagar por lo que ya se hace como parte del trabajo habitual; y que incentivan la acción por el pago, tema considerado ajeno al comportamiento natural en salud al generar incentivos perversos relacionados con un futuro donde no se haría nada que no se pagara extra, lo que además provocaría -eventualmente- que no se realizaran acciones complejas que no formaran parte de estos mecanismos de financiamiento. También se señaló que son medidas de parche, que no resuelven los problemas de fondo y están diseñadas desde un ente centralizado que no acoge la diferencia local.

### *iii) Los mecanismos de pago PAD*

Este es el instrumento menos conocido y también el peor evaluado, aun cuando los Programas Especiales están financiados principalmente con este mecanismo. Muchos dicen no saber nada del tema, y entre éstos se encuentran funcionarios administrativos, médicos no directivos e, incluso, jefes de servicios clínicos.

Las escasas **opiniones positivas** sobre este instrumento se refieren a la percepción de que los mecanismos de pago están dentro de una estrategia basada en la mayor eficiencia en el uso de recursos, tema que es valorado en sí mismo. La opinión mayoritaria de los actores entrevistados es que el sistema PAD no ha sido puesto en marcha aún.

Entre los principales **aspectos críticos** se destaca que los fondos traspasados a los hospitales no cubren todas las actividades realizadas, lo que hace que los hospitales mantengan una deuda permanente. También muchos entrevistados mencionan que el PAD no está funcionando y que en la actualidad los hospitales se financian a través del traspaso tradicional de fondos.

## **C. Percepción sobre la implementación de la descentralización financiera en los hospitales**

El estudio indagó acerca del grado de información y participación de los actores, y del rol de las jefaturas en la implementación de la descentralización.

### *i) Participación*

La participación de los profesionales de la salud en el proceso de descentralización financiera ha sido escasa. Los actores que reconocen haber tenido algún grado de participación, refieren la experiencia al grado de información que manejan y a la implementación de las reformas en sus respectivos hospitales, pero en general no han sido invitados a participar en el diseño de ellas. En este sentido, puede afirmarse que la mayoría no se reconoce como partícipe del proceso.

Incluso las autoridades de los Servicios de Salud, de los cuales dependen los hospitales seleccionados, concuerdan en que no ha habido participación en la elaboración de los instrumentos. En este mismo sentido puede decirse que estos actores no tienen clara percepción de que haya sido recibida la invitación a participar por parte de los actores relevantes del hospital. Nuevamente esta participación se percibe como reuniones en las que sólo se informa a los directores del hospital.

Considerando que el proceso de descentralización se da en un contexto de democratización de la sociedad, más concretamente de recuperación de espacios de participación por largo tiempo perdidos, existían grandes expectativas de mayor autonomía y cercanía con los espacios de toma de decisiones por parte de los distintos actores. Por ello, la ausencia de mecanismos de participación genera frustración y resistencias al proceso.

## *ii) Comunicaciones e información*

Los funcionarios que no ejercen cargos de jefaturas plantearon, en general, que la comunicación no es buena, que la información no llega abajo, que es tardía, que casi siempre se enteran antes de la información oficial a través de rumores. Como instancias formales se mencionan los Consejos Técnicos, Consejos Técnicos ampliados, etc. pero se pone en duda si estas instancias formales satisfacen la necesidad de información de los que asisten a ellas. Lo que es evidente es que los jefes directos son una fuente de información, aunque no siempre eficaz. Prueba de ello es que muchos funcionarios subalternos se quejan de que la información llega sólo hasta esas instancias.

## *iii) Rol de las jefaturas en el proceso*

Las jefaturas, por otra parte, han ejercido un rol bastante contradictorio. Por una parte, los más proclives al cambio (la dirección de los hospitales) han asumido las propuestas como parte de un modelo muy centralizado en donde la participación se reduce a sentirse informados, pero no en tanto partícipes del diseño de los instrumentos ni como entes consultados acerca de las necesidades locales de sus respectivos servicios. Dichos niveles de jefatura reproducen hacia abajo este esquema: informan pero no generan espacios reales de participación. Lo anterior se debe a que no han aprendido este mecanismo o a que no hay manera de hacerlo, ya sea porque hay una estructura muy rígida de los sistemas, porque la descentralización no se produce a partir de una demanda de lo local o -finalmente- porque hay desinterés de los actores del sistema a participar de una reforma que se considera circunscrita al ámbito administrativo y financiero.

Por otra parte, las jefaturas que ejercen los jefes de servicios clínicos se muestran bastante más resistentes al cambio. Las razones se encuentran en un nivel que tiene que ver con los rasgos culturales de este estamento y también con el modo cómo ha sido implementado el cambio. Los jefes de servicios clínicos son médicos que -por su formación- valoran y son legitimados por su labor en el área clínica, por lo tanto informan sólo lo que consideran necesario e importante. Estas medidas tendientes a descentralizar financieramente los Servicios de Salud, por otra parte, son vistas por estos actores como tangenciales y no directamente vinculadas a su trabajo. Esto podría explicar que los jefes de servicios clínicos sean verdaderos cuellos de botella en términos de la información que debieran difundir al interior de sus servicios.

## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES<sup>60</sup>

Las conclusiones se han organizado, por una parte, en torno al diseño de la reforma financiera, considerando los objetivos, instrumentos y proceso de implementación; por la

---

<sup>60</sup> Un insumo muy importante para la elaboración de estas conclusiones y recomendaciones fueron un seminario interno con algunos invitados realizado inmediatamente después de finalizados los tres trabajos y los comentarios recogidos en el Seminario “Áreas Críticas de la Descentralización en Chile”, realizado el 7 de diciembre de 2000, donde participaron como comentaristas el Dr. Hernán Sandoval y el Dr. Fernando Muñoz.

otra, respecto de la gestión que se implementa con distintos grados de coherencia; y finalmente, en relación a la información y participación que concurren en este proceso.

## **A. Diseño**

En lo que respecta al diseño de la reforma financiera, en cuanto a los objetivos, instrumentos y el proceso mismo, podemos decir lo siguiente:

### *i) Objetivos*

Uno de los factores que contribuye a explicar la resistencia a la descentralización de la salud en Chile es el político-ideológico, factor que se expresa en el rechazo a las reformas por la ilegitimidad de su origen en los años de la dictadura. Este elemento, junto a la coexistencia de un sector de cultura centralizada -característica del accionar del antiguo Servicio Nacional de Salud- y de un sector preocupado por la eficiencia económico-financiera -considerado neoliberal- se tradujeron en una permanente ambigüedad de objetivos, tanto en el diseño de los instrumentos como del traspaso de autoridad a los niveles locales. La descentralización fue resistida por los propios directivos de confianza del gobierno, en buena medida imbuidos de la cultura del SNS, lo que impidió que se lograra un consenso técnico a nivel de la dirigencia del sector y se alcanzara suficiente respaldo político para que las reformas tuviesen prioridad en el gobierno.

Otra reflexión necesaria respecto de la descentralización financiera fue la falta de claridad conceptual que existía a inicios de la reforma, en relación con la separación de las funciones de compra y de prestación de servicios. Conceptos básicos, tales como el de compra de servicios, no estaban en la mente de los reformadores. A inicios de los años 90, cuando estos mecanismos fueron diseñados y comenzaron a ser aplicados, no existía la claridad conceptual que domina en la actualidad. Este fue un experimento pionero no sólo en la dirección señalada, sino que también en materia de ensayo y error de las diversas fórmulas de pago por Servicios de Salud.

### *ii) Instrumentos*

Una conclusión del diseño de los instrumentos de descentralización financiera es que no existe un modelo dominante o una recomendación única sobre mecanismos de pago, porque los distintos instrumentos tienen un conjunto de ventajas y desventajas. En esta materia es necesario tener presente la necesidad de escoger una combinación de instrumentos que permitan equilibrar los distintos objetivos que se persiguen (equidad, eficiencia, calidad de atención, etc.). Un instrumento puede ser muy efectivo para el logro un determinado objetivo y, a su vez, un obstáculo para otro. Por ejemplo, los mecanismos Per Cápita incentivan la prevención y la promoción, pero a su vez pueden transformarse en los peores enemigos de la calidad de servicio. Por su parte, el mecanismo de pago por acto, que es funcional a la cultura médica e intenta maximizar la satisfacción del usuario y minimizar los riesgos, no contribuye al control de costo.

Por lo tanto, la necesidad de combinar incentivos y no descansar sólo en incentivos económicos es otra lección de esta reforma. Los incentivos económicos no bastan para el logro del conjunto de objetivos buscados por la descentralización financiera, sino que es necesario complementarlos con otro tipo de incentivos (no pecuniarios, morales, etc.) y con controles administrativos. Es el médico quien decide una alta proporción del gasto en salud, y en el diseño de los mecanismos de incentivo es necesario considerar los valores y motivaciones propias de su cultura. En este sentido, el diseño de los instrumentos debe buscar una asociación virtuosa entre las motivaciones de los profesionales de la salud y las económicas. Este factor no fue suficientemente considerado en el diseño de los instrumentos, por lo que en la práctica los incentivos económicos fueron muy débiles.

Otra lección en materia de incentivos surge de una comparación entre aquellos instrumentos que se asociaron a recursos adicionales (Programas Especiales) versus aquellos que sólo reasignaron los recursos disponibles (mecanismos de pago). En el primer caso, el “juego” deja de ser suma cero y, como en alguna medida todos ganan, se generan menores resistencias al cambio. En contraste, cuando no se disponen recursos adicionales, el proceso se transforma en un juego de suma cero y genera fuertes resistencias en los sectores “perdedores”, que deben ajustarse a menores recursos.

Una falencia en el diseño de los instrumentos de descentralización financiera -que se ha ido perfeccionando en el tiempo - es la tendencia a privilegiar el uso de la planificación respecto de los mecanismos de mercado. Es así como los primeros PAD se diseñaron sobre la base de estudios de costos realizados a nivel central, los cuales difícilmente podían recoger las diversas características de los mercados locales. En los Programas Especiales, en cambio, el sistema operó sobre la base de generar mercados internos. Los prestadores de salud participaron en un proceso de licitación de prestaciones y por tanto los aranceles reflejaron en mejor medida las características del mercado local. Entre las ventajas del mercado por sobre la planificación puede mencionarse el hecho de que genera una transferencia real del riesgo y un mayor grado de compromiso de los agentes. Por una parte, los cambios en las condiciones del mercado son asumidos por el prestador, quien no puede “echarle la culpa” al nivel central de un cálculo “erróneo” de los aranceles y, por otra, al haber participado en la definición del contrato, adquiere un mayor compromiso con éste.

### *iii) Proceso*

Otra recomendación para el diseño, es que éste no se agota en la definición de los instrumentos. Las reformas requieren gestión de éstos y un entorno político cultural que haga posible el cambio. Está implícito en los trabajos que la evaluación del proceso de descentralización financiera debiera centrarse en la gestión de los instrumentos más que en su diseño, aspecto que muchas veces fue desatendido por los reformadores.

La identificación de actores, su rol y sus responsabilidades, es clave en cualquier proceso de reforma. En este sentido, la descentralización financiera supone la existencia de un comprador, el cual ejerce control de costos y calidad de servicio sobre los prestadores, dando cuentas al principal acerca del uso de los recursos. La escasa conceptualización acerca del rol del comprador y la indefinición acerca del ejercicio de este rol, fue una de las falencias en el diseño del proceso.

Otra lección que surge de esta reforma es que el proceso debió considerar una gradualidad que atendiera al principio de simplicidad en el diseño de los instrumentos, iniciándolo con instrumentos simples y fácilmente comprensibles, y avanzando hacia una mayor complejidad en la medida que la instalación se fuera consolidando. Los objetivos de fondo de la descentralización financiera eran transferir poder desde el nivel central hacia los niveles locales y generar un cambio de conducta en los actores del sector, para avanzar desde una actitud de discrecionalidad en la toma de decisiones hacia un comportamiento de acuerdo a reglas explícitas. Desde esta perspectiva era posible realizar esta transformación sobre la base de instrumentos muy sencillos (contratos simples) que pudiesen complejizarse a medida que se avanzaba en los cambios de conducta. Sin embargo, algunos de los instrumentos (por ejemplo los Compromisos de Gestión) tuvieron un diseño muy engorroso que se fue complejizando aún más a través del tiempo, sin que se observaran grandes avances en la conducta de los agentes del sector.

## **B. Gestión e Implementación**

En cuanto a la gestión e implementación de la reforma de descentralización financiera, podemos decir lo siguiente:

i) La implementación del mecanismo PAD de pago en los hospitales fue incompleta, siendo plenamente incorporado sólo en los contratos asociados a los Programas Especiales. Si bien se utiliza como sistema de registro en los hospitales, lo que tiene como indudable fortaleza el hacer explícito el nivel de actividades llevado a cabo por los servicios, aún no es un mecanismo de pago completamente utilizado.

ii) Como se desprende de los estudios a nivel de Servicios de Salud, la efectividad de los Compromisos de Gestión se ha visto limitada por el carácter de la negociación y por la carencia de incentivos reales a la mejor gestión. Aparte de las brechas de eficiencia y calidad que permiten, al menos, orientar la prioridad de la negociación de aquellos servicios con mejor relación entre ambos factores, a la fecha no se han destinado recursos a los servicios con mejores resultados en materia de gestión. Esto resulta desincentivador y pone en riesgo una valiosa herramienta de gestión, la que puede desprestigiarse antes de haber sacado lo mejor de su aplicación: la descentralización real de los servicios.

iii) El traspaso de autoridad, al nivel más cercano de las personas y la búsqueda de mayor eficiencia, enfrenta cuellos de botella en el ámbito hospitalario. Los mecanismos de pago han contribuido a mejorar y hacer más transparentes las relaciones entre hospitales y financiadores, aun cuando no han sido usados extensamente aquellos con mayor potencial de incentivo a la mejor gestión de recursos. Adicionalmente, la indefinición respecto al grado de autonomía deseable para la gestión hospitalaria limita el efecto de estas herramientas, dada la dificultad de transparentar la totalidad de los componentes del precio de las prestaciones, como la inversión, por ejemplo, y fundamentalmente dada la persistente centralización en el manejo de los factores de producción de la Red Nacional de Servicios Públicos de Salud.

iv) El sistema de pago Per Cápita ha operado mejor como mecanismo de pago. Destacan entre sus fortalezas el avanzar en el tema de equidad distributiva, al diferenciar entre comunas pobres y comunas no pobres. Generó, además, una mayor flexibilidad para



introducir las prioridades locales de salud con el uso del concepto de plan, que permite establecer desarrollos locales de salud. Introduce, también, un cierto grado de libertad de elección de consultorios para personas que viven en zonas urbanas. En cuanto a sus debilidades, el Per Cápita no llega a los prestadores, que son los verdaderos destinatarios. Esto opera a través de un pago de transferencia a las Municipalidades, pero concretamente no se ha llegado a que la obtención de ciertas metas se traduzca en algún incentivo para los funcionarios. Por otra parte, no hay evidencia de que efectivamente se haya producido lo que se espera de un sistema de capitación como éste: promover la prevención. Más bien al contrario: la inercia de lo que se hace -que es esencialmente de carácter curativo- no se logró cambiar sólo por la introducción de este nuevo mecanismo de pago.

v) La gestión municipal de la atención primaria ha significado, en los hechos, la delegación de la administración de los establecimientos y programas de salud a una red edilicia permanentemente insatisfecha con el monto y el destino de los recursos estatales. La descentralización en la atención primaria de salud sigue siendo un tema en discusión. Una revisión de estas políticas resulta necesaria si se considera, entre otros factores, que casi el 50% de las consultas del nivel primario se efectúan sin control sanitario alguno en el sector privado.

### **C. Información y Participación**

Los antecedentes recogidos en el trabajo de campo indican que no hay una presencia clara de la reforma en los hospitales. Por lo tanto, la resistencia se enfoca hacia la racionalidad que sustenta la reforma, más que a la reforma misma.

El trabajo también concluye que existió baja información hacia los funcionarios y escasa participación en el proceso. Atendiendo a los rasgos culturales de los funcionarios de la salud, es básico validar la experiencia del mundo clínico y establecer ciertos compromisos que incorporen sus principios. En este mismo sentido, es fundamental hacer ver al mundo clínico las reglas que rigen el sistema de administración orientado a hacer uso eficiente de los recursos.

Un hallazgo destacable es el cambio de comportamiento de los médicos clínicos cuando se desempeñan en el ámbito de las definiciones de políticas públicas, que es otro dominio de poder (Minsal, Fonasa, Servicio de Salud u otro). La recomendación, en este sentido, sería incorporar al trabajo de diseño de instrumentos de política a médicos y profesionales que trabajan en los establecimientos de salud, conjuntamente con aquellos que se desempeñan en los organismos centrales.

Otro desafío es generar un proceso menos centralizado, más orientado hacia las necesidades locales, que concite la participación de los actores relevantes del sistema y rompa con la cultura centralista del Ministerio, y que hoy día no tiene fuerza equivalente entre los impulsores del cambio en otros estratos del gobierno.

El factor crítico para la gestión de salud es el recurso humano, en particular el rol de la llamada inteligencia médica, que ha tenido mucho que ver con el proceso de descentralización y de reformas de salud en Chile. El ingreso de nuevos actores en las definiciones de política ha sido difícil de aceptar por parte del gremio médico, que se resiste

a ampliar su visión asociativa a un escenario diferente, oponiéndose con ello a la descentralización y concibiendo el poder gremial como ligado a la centralización.

Lo anterior conduce a la necesidad de considerar debidamente los aspectos sociológicos y culturales de los cambios. Se debe incrementar el acopio de antecedentes y evidencias acerca de las características de la cultura en la que ocurren los cambios en salud. En último término, si los cambios no han tenido todo el éxito esperado, en buena medida se debe a la incapacidad de las políticas de insertarse adecuadamente en el mundo de la salud.

## II. MARCO CONCEPTUAL E INSTRUMENTOS

*Consuelo Espinosa*

El objetivo de este capítulo es proveer un marco conceptual para el análisis de los procesos de descentralización financiera en el sector salud, derivado de la microeconomía de las organizaciones. A diferencia de otros enfoques, éste considera la decisión de centralizar o descentralizar como una respuesta endógena de los agentes económicos destinada a minimizar costos de transacción. La factibilidad y conveniencia de descentralizar también depende de factores políticos y culturales, los cuales no son analizados en este documento.

Se entenderá por descentralización financiera la separación de las funciones de contratación o compra y de provisión de servicios de salud. Ambas funciones pueden a su vez ser descentralizadas en términos geográficos, asignándose a entidades territoriales y/o a gobiernos subnacionales. Este trabajo enfatiza el aspecto funcional de la descentralización. Particularmente, se presenta un marco conceptual cuyo análisis se centra en las transacciones entre el organismo que contrata las atenciones de salud -el comprador- y los prestadores de servicios de salud, sean éstos públicos o privados. En este contexto se describen los principales mecanismos de pago a prestadores de servicios de salud y se analizan los incentivos que conllevan. Los mecanismos de pago son una herramienta esencial para lograr la separación de funciones.

El documento describe, en primer lugar, distintas conceptualizaciones sobre los procesos de descentralización desarrollados en la literatura. Luego presenta un marco conceptual, derivado de la microeconomía de las organizaciones, que permite evaluar las ventajas y desventajas de la descentralización. Posteriormente se describen distintos mecanismos de pago a proveedores en el sector salud y los incentivos que éstos generan. Finalmente se plantean las limitaciones de los incentivos financieros y se destaca la importancia de las instituciones.

### 1. EL CONCEPTO DE DESCENTRALIZACIÓN

El concepto de descentralización se ha definido como “la transferencia de autoridad, o la dispersión de poder para planificar, gestionar y tomar decisiones, desde el nivel nacional a

los niveles subnacionales, o en términos más generales, desde niveles altos de gobierno a niveles inferiores” (Mills, 1990:11). Esta definición, sin embargo, no permite distinguir entre una gran variedad de formas de descentralización que se observan en la práctica y que pueden llevar a resultados muy diferentes (Kutzin, 1995: 26).

Con el fin de acotar el problema, la literatura sobre administración pública presenta una taxonomía que intenta describir las diferentes experiencias de descentralización en forma más manejable (Mills, 1990).

En primer término, se distingue entre descentralización funcional y geográfica. La **descentralización funcional** se refiere a la transferencia de autoridad a una entidad especializada para el desarrollo de actividades específicas. La **descentralización geográfica** incluye un espectro más amplio de funciones públicas que las del sector salud, las que se entregan a organizaciones locales con límites territoriales bien definidos. El sistema de salud puede estar descentralizado tanto geográfica como funcionalmente, pero, en general, los ministerios de Salud tienen mayor poder para lograr la descentralización funcional (Mills, 1990:16).

Los procesos de descentralización que se observan en la práctica pueden ser clasificados en cuatro categorías: desconcentración, devolución, delegación y privatización (Mills,1990:16-24).

- La **desconcentración** implica el traspaso de autoridad administrativa pero no política. En este sentido, la responsabilidad legal sigue recayendo en la entidad central, quien además puede privar en cualquier momento de autoridad al ente descentralizado. El grado de discreción para la autoridad local es limitado. Los directivos del ente desconcentrado están subordinados a la autoridad central.
- La **devolución** es la creación o reforzamiento de gobiernos subnacionales con mayor independencia del poder central para ejercer un conjunto definido de funciones. Generalmente tienen autonomía para movilizar y gastar recursos, aunque no con total discrecionalidad. En la medida que los gobiernos subnacionales tienen una capacidad limitada de generar recursos propios, se vuelven más dependientes de las transferencias del gobierno central y tienden a perder autonomía.
- La **delegación** implica hacer responsable de la gestión de determinadas funciones a organizaciones autónomas del Estado. La responsabilidad última continúa recayendo en el gobierno central, pero su agente tiene mayor discrecionalidad para llevar a cabo sus deberes y funciones específicas. Estas organizaciones para-estatales pueden ser fuertemente centralizadas y, por lo tanto, no estar vinculadas al nivel local.
- La **privatización** consiste en la transferencia de funciones del gobierno a organizaciones privadas, con o sin fines de lucro. El grado de regulación gubernamental sobre estas organizaciones puede alcanzar distintos grados.

Una forma alternativa de caracterizar los procesos de descentralización, y que resulta más útil analíticamente, se deriva de la literatura sobre microeconomía de las

organizaciones. Los sistemas centralizados tienen su paralelo en las corporaciones integradas verticalmente, que funcionan básicamente sobre la base de órdenes y controles desde los niveles superiores a los niveles subordinados. En el otro extremo, está el modelo de firma que compra sus insumos en el mercado “spot” o externaliza parte de sus funciones. Entre estos dos extremos existe una variedad de formas organizacionales. Por ejemplo, la **desconcentración** correspondería al modelo de corporación con divisiones especializadas, con presupuesto propio pero autonomía limitada. La **devolución** podría asimilarse a la constitución de filiales autónomas o unidades de negocio que se relacionan con la matriz a través de algún sistema de precios de transferencia. En un nivel más cercano a la **delegación** y a la **privatización** “regulada”, estaría el establecimiento de contratos relacionales<sup>61</sup> con firmas proveedoras no pertenecientes a la corporación.

En concordancia con el modelo anterior, se entiende por “descentralización financiera” la separación de funciones al interior del sistema de salud. En efecto, las agendas de reforma de diversos países involucran la descentralización de las funciones de regulación, financiamiento, contratación (“compra”) y provisión.<sup>62</sup> Cada una de éstas constituye una unidad de negocio y puede ser ejercida por entidades especializadas que se relacionan entre sí a través de algún tipo de contrato. La regulación y el financiamiento son responsabilidad de instituciones centrales del Estado, generalmente el Ministerio de Salud y el seguro público de salud. En cambio, la contratación y la provisión de servicios de salud puede ser ejercida por varias entidades públicas y privadas que operan en un marco de competencia regulada o de cuasi mercados. Al mismo tiempo, las entidades de compra y prestación pueden ser de base regional o local y, por lo tanto, estar descentralizadas geográficamente.

El nivel “óptimo” de descentralización es aquel que minimiza los costos de transacción entre las entidades que ejercen las distintas funciones de un sistema de salud. El grado de descentralización funcional estará determinado por la “estructura de gobierno” que se establezca entre las partes y su pertinencia por las características de la transacción y la eficacia de los esquemas de incentivos. Este documento enfatiza el análisis de los vínculos que se establecen entre el(los) organismo(s) que contratan servicios de salud y los prestadores, ya sea públicos o privados.<sup>63</sup> En este contexto, los mecanismos de pago a prestadores constituyen un instrumento clave para lograr la descentralización funcional. En la medida que los mecanismos de pago a prestadores contengan incentivos correctos, los objetivos del comprador y el prestador se encontrarán alineados y será posible reducir costos de transacción entre las partes.

---

<sup>61</sup> Un contrato relacional se establece cuando existe una relación contractual sostenida y continua entre dos entidades, y donde los mecanismos de ajuste son de tipo administrativo y específicos a la transacción (Williamson, 1985: 71-72).

<sup>62</sup> En la taxonomía desarrollada por Londoño y Frenk (1995), a estas funciones se les denomina de modulación, financiamiento, articulación y prestación, respectivamente.

<sup>63</sup> Se excluye del análisis la movilización de recursos por parte de las entidades descentralizadas.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

La microeconomía de las organizaciones intenta explicar el fenómeno de éstas como una respuesta a la incertidumbre y a la racionalidad limitada de los agentes económicos. Existen dos enfoques complementarios dentro de la teoría económica de las organizaciones. Por una parte están los modelos de agente/principal, que se utilizan para explorar la pertinencia de los incentivos económicos y no pecuniarios bajo condiciones de incertidumbre y oportunismo.<sup>64</sup> En este contexto, los contratos constituyen un instrumento de coordinación que intenta resolver los problemas de asimetría de información entre las partes, a través del uso de mecanismos de incentivo. Por otra parte está la economía de los costos de transacción, que trata a las organizaciones como “estructuras de gobierno” que intentan superar las limitaciones de los contratos formales y ofrecen compromisos creíbles<sup>65</sup> para un comportamiento no oportunista en el largo plazo (Robinson, 1993:328). En otras palabras, la teoría de los costos de transacción apunta a definir la estructura organizacional y los procedimientos de control que conducen a minimizar costos asociados al proceso de intercambio. Esta herramienta permite evaluar la conveniencia de distintos tipos de organización económica para la provisión de un servicio, comparando, por la vía de la externalización de funciones, los costos asociados al uso del mercado con los costos de proveer este servicio mediante el establecimiento de contratos de largo plazo, o con los costos de la integración vertical de las actividades.<sup>66</sup>

Una “estructura de gobierno” se define como “la matriz institucional en que la integridad de una transacción se decide” (Williamson, 1996: 378). Esto incluye las instituciones, las formas contractuales, los esquemas de incentivos, los mecanismos de resolución de conflictos y las modalidades de adaptación a contingencias inesperadas (Dixit, 1996). En el caso del sector salud, la “estructura de gobierno” está representada por el tipo de sistema que se adopte y por la forma en que se relacionan sus distintos componentes. Los mecanismos de pago a prestadores juegan un rol clave en esta relación.

La teoría de agencia tiene como unidad de análisis el comportamiento del agente individual. La economía de los costos de transacción se centra en el estudio de las transacciones. En último término, ambos enfoques implican el análisis de los contratos entre las partes involucradas en una relación económica (Williamson, 1996:175). La teoría de agencia pone mayor énfasis en la alineación de incentivos en términos ex-ante, en tanto que la teoría de los costos de transacción le asigna mayor importancia a las instituciones que sustentan los contratos en términos ex-post, particularmente el orden privado (en contraposición al orden judicial) (Williamson, 1985:28-29).

---

<sup>64</sup> Williamson define el oportunismo como la búsqueda del propio beneficio a través del engaño, generalmente sutil. El oportunismo incluye la selección adversa (ex-ante) y el riesgo moral (ex-post). Véase Williamson, 1985: 47; Williamson 1996, 378.

<sup>65</sup> Los compromisos creíbles son contratos donde una de las partes es compensada adecuadamente en caso que el convenio sea terminado prematuramente o sus términos alterados por la otra parte (Williamson, 1996:377).

<sup>66</sup> Se agradecen los comentarios de Carmen Celedón para aclarar el ámbito de cada teoría.

Un elemento esencial de la economía de los costos de transacción es que el concepto de firma como función de producción es suplantado por el de “estructura de gobierno” (Williamson, 1985: 18).<sup>67</sup> Las “estructuras de gobierno” se pueden clasificar en tres categorías: i) el mercado; ii) las formas híbridas, donde existe un contrato relacional de largo plazo que preserva la autonomía pero establece resguardos específicos a la transacción; iii) las jerarquías o sistemas centralizados (Williamson, 1996: 378). Las ventajas de una forma de organización respecto a otra deben ser evaluadas en términos comparativos, donde lo que se intenta minimizar no son sólo los costos de producción sino también los costos de transacción (Williamson, 1985: 68).

Entre las dimensiones que diferencian una transacción de otra están la especificidad de los activos físicos y humanos involucrados en la actividad, la incertidumbre, y la frecuencia con que ocurre la transacción (Williamson, 1985:52). Como se muestra en el cuadro siguiente, a mayor especificidad de los activos y mayor frecuencia se incrementa la conveniencia de establecer una estructura de gobierno unificado (jerarquía centralizada), *ceteris paribus*. Una mayor incertidumbre también aumenta la conveniencia de la centralización.

		Características de la Inversión		
		Inespecífica	Mixta	Idiosincrática
Frecuencia	Ocasional	Mercado	Gobierno Trilateral	Gobierno Unificado
	Recurrente	Mercado	Gobierno Bilateral	Gobierno Unificado

Una transacción es altamente idiosincrática si los activos físicos y humanos que se requieren son muy especializados y específicos a la transacción (Williamson, 1985:76). En este caso la respuesta predominante es la integración vertical, excepto cuando el intercambio es ocasional y, por lo tanto, no es posible recuperar los costos de puesta en marcha de una estructura de gobierno específica a la transacción. La especificidad de los activos se puede manifestar de diversas formas: localización, activos físicos o recursos humanos especializados, activos dedicados (Williamson, 1985:95-96). Cuando las transacciones son recurrentes y la inversión requerida es de tipo mixto, la forma organizacional predominante es la estructura de gobierno bilateral regida por un contrato relacional.

Al evaluar las ventajas de una forma organizacional respecto a otra, conviene distinguir costos de transacción *ex-ante* y *ex-post*. Los costos *ex-ante* incluyen la formulación, la negociación, y el establecimiento de salvaguardas en el contrato

<sup>67</sup> La teoría de agencia considera a las firmas como un nexo de contratos (Williamson, 1996: 173).

(Williamson, 1985:20). Los costos ex-post incluyen los costos de monitorear y hacer cumplir los términos del acuerdo, la provisión de incentivos/sanciones para inducir el comportamiento deseado, los costos de los desajustes y realineaciones cuando la ejecución se aparta de lo previsto, y los costos de puesta en marcha y operación de la organización (Williamson, 1996: 379; Lehrman y Shore, 1998:304).

Las “estructuras de gobierno” están caracterizadas por una variedad de relaciones de agencia, donde los intereses de las partes están al menos parcialmente en conflicto y el agente tiene algún grado de ventaja respecto al principal, en el nivel de información que maneja o en su capacidad de acción (Dixit, 1996: 51-52). En el caso del sistema público de salud, el FONASA actúa como principal y los prestadores como agentes. La calidad de las acciones del agente o su nivel de esfuerzo no son directamente observables por el principal. El agente posee información privada que sólo revela en forma selectiva. Así por ejemplo, los Servicios de Salud pueden entregar información incompleta respecto al cumplimiento de metas o a la calidad de las prestaciones. El principal no es capaz de obtener esta información ni monitorear al agente salvo a un alto costo (Williamson, 1985: 81-82). Para disminuir el problema de agencia, el principal debe establecer una estructura de incentivos o sanciones que aumente el nivel de esfuerzo del agente, en cuanto a la consecución de los objetivos perseguidos por el principal (Williamson, 1985; Larrañaga, 1998:2; Dixit, 1996:52). Los incentivos envueltos en los mecanismos de pago a prestadores son cruciales para mitigar los problemas de agencia.

Los mecanismos que se utilizan para reducir costos de transacción (y los problemas de agencia) incluyen el establecimiento de “estructuras de gobierno” que sustentan compromisos creíbles entre las partes, y esquemas de incentivos que permiten alinear las preferencias del agente con las del principal. La intensidad de los incentivos se expresa en términos de la capacidad del agente para apropiarse de los beneficios (o costos) netos, que son el resultado de sus decisiones y de su nivel de esfuerzo (Williamson, 1996:378). Se obtendrán *incentivos de alto poder* si el agente tiene claramente establecido el derecho a estos beneficios (o costos) netos y puede determinar su magnitud fácilmente. Se obtendrán *incentivos de bajo poder* si los beneficios (o costos) netos se dispersan entre varios individuos y/o si resulta difícil establecer su magnitud. El mercado se caracteriza por generar *incentivos de alto poder*.

Bajo condiciones de incertidumbre y racionalidad limitada, todos los contratos entre las partes son necesariamente incompletos.<sup>68</sup> Por lo tanto, las instituciones ex-post (los mecanismos administrativos de resolución de conflicto) adquieren una importancia fundamental. Pero la incertidumbre respecto a las contingencias futuras y la complejidad de

---

<sup>68</sup> Un contrato es incompleto si: i) no es posible imaginar todas las futuras contingencias; ii) los detalles de algunas contingencias futuras son oscuros; iii) no es posible alcanzar un acuerdo respecto a la naturaleza de las contingencias futuras; iv) no es posible alcanzar un acuerdo respecto a la forma apropiada de adaptarse a las contingencias futuras; v) las partes no concuerdan respecto a los eventos que se ya se han materializado; vi) las partes no logran concordar si las formas de adaptarse a las contingencias que se han materializado corresponden o no a las establecidas en el contrato; vii) aun cuando las partes estén totalmente conscientes de las contingencias materializadas, una tercera parte a cargo de hacer cumplir el contrato no lo está (Williamson, 1996:378).

éstas pueden ser de tal magnitud que los mecanismos de resolución de conflicto sean muy imperfectos. Es posible que los estados de la naturaleza no sean observables por las partes una vez que se han materializado, o que no puedan ser verificados por los terceros encargados de hacer cumplir los contratos (Dixit, 1996:53). Bajo estas condiciones los sistemas centralizados o jerárquicos presentan ventajas frente al mercado y a los contratos relacionales. La integración lleva al control de las relaciones de intercambio por mandato en lugar de negociación, lo que reduce los costos derivados del regateo y el oportunismo inherentes a los intercambios con altos costos de transacción (Lehrman and Shore, 1998:305).

Los costos de transacción se tornan significativos en condiciones de racionalidad limitada; incertidumbre y/o alta complejidad en la toma de decisiones; un número pequeño de actores envueltos en la transacción; oportunismo derivado de la búsqueda del propio interés a través del engaño; información limitada y asimétrica<sup>69,70</sup> (McGuire et al, 1988: 184-185). Estas condiciones están presentes en forma importante en la relación entre pacientes y prestadores de salud (McGuire et al, 1988: 185-189). Los individuos desconocen el momento en que tendrán que requerir atención de salud y existe incertidumbre respecto a la eficacia de los tratamientos. El consumidor debe confiar en la información que provee el prestador de salud, lo que genera relaciones de agencia. La asimetría de información entre ambas partes puede dar lugar a comportamientos oportunistas por parte del prestador, por ejemplo en la forma de demanda inducida. Por otra parte, se requiere una complicada secuencia de respuestas adaptativas frente a cada caso, el que presenta especificidades idiosincráticas. A su vez, el pequeño número de actores envueltos en cada transacción hace que las presiones competitivas no sean eficaces para establecer precios de mercado en forma eficiente. Los costos de búsqueda y renegociación son demasiado altos.

El mercado en su forma pura no permite mitigar los altos costos de transacción que caracterizan los intercambios entre pacientes y prestadores en el sector salud. Como consecuencia, una variedad de alternativas institucionales se ha desarrollado para superar, al menos en parte, las fallas del mercado.<sup>71</sup> Estas incluyen los seguros de salud privados y nacionales, los sistemas de prepago, los sistemas nacionales de salud. Estas instituciones se convierten en mayor o menor medida en agentes del consumidor frente a los prestadores de salud. El consumidor delega su soberanía en la institución. La institución pasa a ser el principal y el prestador de salud el agente (Smith et al., 1997: 39).

---

<sup>69</sup> La información limitada y asimétrica entre las partes de una transacción se presenta en tres dimensiones. Primero, una de las partes posee información privada en la etapa pre-contractual, lo que genera el problema de selección adversa y crea costos de señalización y monitoreo. Segundo, la imposibilidad de observar el comportamiento del agente genera lo que se denomina "riesgo moral", el que debe ser contrarrestado con sistemas de monitoreo e incentivos. Tercero, la imposibilidad de verificar la información entregada sobre el agente por parte de terceros, genera costos de auditoría o costos derivados de los errores en la información proporcionada, cuando la auditoría es demasiado costosa (Dixit, 1996:54-55).

<sup>70</sup> La atmósfera se refiere al hecho de que el proceso mismo de transacción afecta la utilidad de los individuos.

<sup>71</sup> Ver Anexo para una descripción de las fallas de mercado que caracterizan al sector salud.



En general, el principal (seguro gubernamental, seguro privado de salud) tiene el poder de determinar los mecanismos de pago a los prestadores de salud (los agentes), incluyendo hospitales, centros de atención ambulatoria y médicos individuales. Estas modalidades de pago persiguen alinear incentivos entre el asegurador y los prestadores, de manera que el prestador realice las actividades que satisfacen los objetivos del principal (Smith et. al., 1997: 39). Algunos mecanismos de pago son más eficaces que otros para alinear incentivos entre los agentes y el principal. Por otra parte, diferentes “estructuras de gobierno” son factibles de implementar para llenar los vacíos del contrato formal (Smith et. al., 1997: 44-46). En un extremo está la integración vertical entre el asegurador y los prestadores (centralización funcional), donde los conflictos entre ambas partes son resueltos mediante mecanismos administrativos. Alternativamente, el asegurador puede establecer contratos relacionales con prestadores privados, dando mayor margen de acción a los agentes.

La descentralización geográfica también puede ser analizada en base a la teoría de agencia (Comminetti y Di Gropello, 1988:22-23). La asimetría de información entre el gobierno central (el principal) y los gobiernos subnacionales (los agentes) genera problemas de inequidad e ineficiencia. Por otra parte, existe incertidumbre respecto a los eventos que afectan el desempeño de los gobiernos subnacionales, lo que da origen al problema de “riesgo moral”.

Al igual que en el caso del asegurador y los prestadores de salud, el gobierno central debe establecer un esquema de incentivos que tienda a alinear los objetivos de los gobiernos subnacionales con los del gobierno central. Alternativamente, el gobierno central puede reducir el margen de maniobra de los gobiernos subnacionales y establecer una mayor supervisión y monitoreo. La conveniencia de cada estrategia debe analizarse en el contexto específico, en función de los costos de transacción involucrados y las “estructuras de gobierno” factibles de soportar los “contratos” entre el gobierno central y los gobiernos subnacionales.

Los ahorros en costos de transacción derivados de la integración vertical deben contrastarse con los costos inherentes a los sistemas centralizados. A continuación se entrega una caracterización de estos costos.

El primero es que los gerentes enfrentan limitaciones cognitivas en cuanto a la cantidad de información que pueden absorber y la cantidad de actividad que pueden supervisar. Segundo, las organizaciones requieren mecanismos de coordinación y motivación de todos los trabajadores y divisiones. La responsabilidad y la retribución por las acciones debe distribuirse entre todos los participantes, lo que implica establecer incentivos individuales. Tercero, existen limitaciones financieras, pues cuando la organización alcanza un determinado tamaño es difícil soportar el riesgo de las inversiones de capital (Robinson, 1996a: 164-165).

Las corporaciones modernas han resuelto las limitaciones cognitivas, de incentivos y financieras estableciendo una jerarquía gerencial, distintas subdivisiones con precios de transferencia internos y financiación a través de la emisión de acciones. Sin embargo, en el contexto de rápidos cambios tecnológicos y de mercado, los mecanismos de pseudomercado desarrollados por las grandes corporaciones no siempre son capaces de replicar el funcionamiento del mercado real. Esto se debe a los problemas que se generan

en los sistemas centralizados: la atenuación de incentivos, los costos de influencia, y el aislamiento organizacional.

La **atenuación de incentivos** se produce porque las firmas no pueden compensar a sus trabajadores exclusivamente en base a participación en utilidades en lugar de salarios. Tampoco pueden asignar recursos a las subdivisiones exclusivamente en base a propuestas competitivas en lugar de precios de transferencia basados en costos. Se compensa y se evalúa a los individuos basándose en el desempeño del grupo, de manera de favorecer la cooperación y el establecimiento de una cultura organizacional. Con el fin de minimizar la competencia interna improductiva y la sobreutilización de materiales y bienes de capital, las grandes firmas deben recurrir a *incentivos de bajo poder*. Esto hace que se atenúen los incentivos para cada individuo en particular, llegándose a situaciones extremas en que la carrera y la remuneración están totalmente divorciadas del desempeño (Robinson, 1996a: 164).

La centralización de la autoridad tiene como consecuencia un aumento en el poder discrecional de los gerentes para intervenir en las decisiones de los niveles inferiores. Esto puede generar costos para la organización. El primero es que los gerentes pueden utilizar inadecuadamente esta autoridad. El segundo costo, y más importante, es que los subordinados intentan persuadir o manipular a aquellos que poseen autoridad. A esto se le denomina **costos de influencia**, y surge porque individuos o grupos dentro de la organización utilizan tiempo, esfuerzo e ingenio en sus intentos de afectar las decisiones de las autoridades superiores para su propio beneficio (Milgrom y Roberts, 1990:170). A medida que la organización crece y existen mayores excedentes, las potenciales ganancias derivadas de las maquinaciones internas para obtener beneficios personales sobrepasan a las compensaciones por esfuerzo, innovación y capacidad empresarial (Robinson, 1996a: 165).

El **aislamiento organizacional** puede favorecer la cooperación entre los empleados, la protección de secretos industriales y el desarrollo de una cultura corporativa. Sin embargo, en el extremo, significa que las preferencias de los consumidores son desatendidas, que la innovación es lenta y que se crea un *ethos* en el cual se cree que todo lo que ha funcionado bien en el pasado debe mantenerse igual (Robinson, 1996a: 166).

Los problemas anteriores se ven exacerbados en los sistemas públicos. Las organizaciones públicas generalmente no están sujetas a las fuerzas competitivas del mercado, no enfrentan riesgos de quiebra y los usuarios sólo tienen la *opción de voz* a través del sistema político. Por otra parte, los precios de transferencia entre las divisiones especializadas son difíciles de determinar porque no siempre existe un mercado externo para los bienes y servicios que se producen, y porque es difícil dimensionar el producto marginal de cada unidad de manera individual. Esto hace que las instituciones públicas enfrenten mayores dificultades para medir su desempeño, el que no se traduce en utilidades como sí ocurre en las corporaciones privadas. Finalmente, las organizaciones burocráticas generalmente tienen una multiplicidad de objetivos y suelen existir limitaciones para el diseño de incentivos (Sanhueza, 1998).

Las compensaciones y sanciones en las organizaciones públicas generalmente son de tipo no pecuniario y los incentivos usualmente de *bajo poder* (Dixit, 1996:94). Los incentivos para los burócratas incluyen las perspectivas de hacer carrera política, el estatus,

el poder y la satisfacción en el trabajo. Aun teniendo en cuenta la importancia de las motivaciones no pecuniarias, la compensación marginal por generar un resultado de mayor valor para la sociedad, o la sanción por un mal desempeño, éstas suelen ser un mínimo porcentaje del valor agregado o de la pérdida ocasionada. El bajo poder de los incentivos hace difícil resolver los problemas de agencia en el contexto público (Dixit, 1996:95).

Las prioridades del agente no coinciden con las del principal, y éste debe establecer una estructura de incentivos para alterar el nivel de esfuerzo dedicado por el agente a cada tarea. Si la tarea prioritaria es difícil de observar, entonces los incentivos para el desarrollo de otras actividades deben ser de bajo poder. Adicionalmente, si algunas tareas son de valor sólo para el agente, el principal debe simplemente prohibir esas actividades, limitando la discrecionalidad del agente (Dixit, 1996: 96).

Sumado a lo anterior, las instituciones públicas de salud responden a múltiples principales, cada uno con su propia agenda. Deben responder al Ministerio, al comprador central, a la comunidad, a los partidos políticos, a los gremios. Cada uno de estos principales presiona al agente para que cumpla sus objetivos, los que están parcialmente en conflicto con los deseos de los demás. Bajo estas condiciones, se tienden a debilitar enormemente los incentivos (Dixit, 1996: 98).

### 3. CONTRATOS E INCENTIVOS ENTRE ASEGURADORES Y PRESTADORES

Los mecanismos a través de los cuales se paga a los distintos agentes de un sistema de salud afectan tanto la eficiencia como la equidad. El problema central radica en diseñar un sistema de incentivos que promueva aquellos comportamientos deseables para la consecución de los objetivos del sistema y que desincentive aquellos que resulten perjudiciales. Una de las mayores dificultades que existen para establecer incentivos adecuados es la medición del desempeño de los prestadores, en especial el impacto sobre el estado de salud de los pacientes (McGuire et al., 1988: 242).

Los prestadores de salud pueden ser retribuidos tanto en forma prospectiva como retrospectiva. El pago es **prospectivo** cuando se establecen presupuestos, frecuencia y/o precios de transferencia en términos ex-ante. De esta forma se transfiere parte o el total del riesgo financiero al prestador. Por el contrario, los pagos **retrospectivos** tienden a validar cualquier nivel de gasto en que incurra el prestador durante un período.

Casi cualquier sistema de pago puede aplicarse en forma prospectiva o retrospectiva. En general se considera que el pago por servicio (*fee-for-service*) con tarifas mayores al costo marginal de la prestación, son de carácter retrospectivo (Newhouse, 1996:1238). En este caso, el prestador tiene incentivos a aumentar innecesariamente el volumen de servicios pues se le reembolsa todo lo que haga. En el otro extremo, la capitación completa de servicios de salud es el mecanismo de pago que conlleva mayor riesgo para los prestadores y, por lo tanto, se trata de un mecanismo de carácter netamente prospectivo.

A continuación se describen los mecanismos de pago más comunes, los incentivos que generan y los problemas que presentan, desde el punto de vista de la eficiencia.

### **A. Pago por acto médico, contrato no selectivo (*fee-for-service*)**

En este sistema se retribuye a los prestadores por cada atención específica y los individuos son libres de elegir cualquier prestador. No existe un contrato entre el asegurador y el prestador. El principal es el paciente y los agentes son el médico u el hospital, sin que haya intermediación por parte del asegurador. Se destruye el poder negociador de los aseguradores y la posibilidad de que intervengan a través de la negociación de tarifas, gestión de utilización y control de calidad. Las tarifas se establecen entre el médico y el paciente, donde el paciente se encuentra en una situación desmedrada para negociar. Adquirir información sobre precios, calidad y tratamientos de otros prestadores le resulta demasiado costoso (Enthoven, 1997: 4-8).

En esta relación, donde el paciente actúa directamente como principal y el prestador como agente, se exacerbaban los comportamientos oportunistas. Existe un fuerte incentivo a aumentar el número de prestaciones, independientemente de que sean beneficiosas o no para el paciente. Las asimetrías de información entre prestadores y pacientes son muy fuertes, y en presencia de seguros de salud los incentivos para los pacientes y los prestadores se encuentran alineados (Smith et al., 1997: 43). El problema de riesgo moral hace que el paciente esté dispuesto a sobreconsumir, y la asimetría de información permite al prestador inducir una mayor demanda.

En este contexto no existen incentivos a la integración entre prestadores ni entre niveles de atención. Los distintos tipos de prestadores son pagados en forma independiente y la atención de salud se realiza principalmente en establecimientos hospitalarios de alto costo y por profesionales médicos, aun cuando existan alternativas más costo-efectivas. No hay incentivos para sustituir atención cerrada por atención ambulatoria, o para emplear profesionales de la salud de menor calificación y más bajo costo. Tampoco hay incentivos para fomentar la prevención. La producción de salud es fragmentaria y no existe un vínculo entre las necesidades de la población desde el punto de vista epidemiológico y la asignación de recursos (Enthoven, 1997).

### **B. Pago por acto médico, contrato selectivo**

Una variante del mecanismo anterior son los sistemas de proveedor preferente, donde los prestadores son remunerados en base a un pago por acto médico negociado previamente con el asegurador. Los prestadores aceptan un precio menor a cambio de un mayor volumen de pacientes. Sólo los que entran en una relación contractual con el asegurador pueden participar. Los incentivos son similares a los del caso anterior, pero el asegurador tiene mayor control sobre los gastos totales al limitar el número de prestadores que entran al grupo de prestadores preferentes y al negociarse previamente las tarifas unitarias.

Por otra parte, si la relación contractual es de largo plazo se pueden incluir mecanismos administrativos en el contrato para desincentivar la sobreutilización. Pueden incluirse cláusulas contractuales donde el prestador acepta que el asegurador efectúe auditorías de utilización y penalice a aquellos prestadores que se alejan de los estándares. Por ejemplo, los aranceles de cada médico pueden ser ajustados periódicamente de acuerdo

al gasto incurrido por ese prestador en relación a sus pares (The Governance Committee, 1995:132).

### **C. Presupuesto global prospectivo (*block contracts*)**

Este mecanismo se utiliza para el pago de servicios hospitalarios. El hospital recibe, generalmente en forma prospectiva, una suma fija para cubrir todos los gastos operacionales del año, independientemente del volumen de pacientes que finalmente deba atender. El presupuesto deviene en un plan financiero para el período, al cual el hospital debe ajustarse. Puede existir algún fondo de contingencia a disposición del hospital en caso de producirse eventos inesperados, por ejemplo un brote epidémico (McGuire et al., 1988:242).

En términos generales, los incentivos para contener costos dependen de la fórmula que se utilice para calcular el presupuesto hospitalario y del grado de permisibilidad que exista para sobrepasarse en el nivel de gastos (McGuire et al., 1988:243). Generalmente, el presupuesto se calcula en base a los costos de años anteriores, el desempeño financiero y clínico de la institución, los cambios proyectados en la demanda y los costos, además de la incorporación de programas innovadores. El presupuesto para gastos de capital se asigna en forma separada y los hospitales no están autorizados a recibir utilidades (Himmelstein et al., 1989:102). Los hospitales no pueden aumentar sus entradas realizando más procedimientos ni extendiendo la estadía de los pacientes.

Los incentivos serán adecuados en la medida que la fórmula para calcular el presupuesto incorpore elementos que promuevan la eficiencia y penalicen la ineficiencia. Sin embargo, en la práctica resulta difícil construir indicadores de desempeño que permitan determinar el grado de eficiencia con que operan distintos agentes, incluidos los hospitales (McGuire et al., 1988: 243). Estos indicadores generalmente se centran en resultados intermedios tales como el promedio de días estada y los costos por egreso. Al no incluirse elementos de estado de salud en los indicadores de desempeño, se corre el riesgo de premiar a aquellos hospitales que controlan sus costos disminuyendo la calidad de la atención.

Por otra parte, si la presupuestación se realiza sin considerar el financiamiento del continuo de los servicios de salud (atención ambulatoria y preventiva), se corre el riesgo de que los aumentos de eficiencia en el sector hospitalario se hagan a expensas de una mayor ineficiencia en otros niveles de atención. Si cada nivel es financiado en forma independiente, los responsables del hospital tendrán incentivos para intentar cargar los gastos a los niveles de menor complejidad (McGuire et al., 1988: 244). Por ejemplo, los hospitales pueden mantener listas de espera para cirugía electiva con el fin de no sobrepasar el presupuesto prospectivo. Esto incidirá en un mayor gasto en el nivel primario y secundario, donde habrán consultas recurrentes sin que sea posible resolver definitivamente la patología. Si, para evitar este efecto, se establece el presupuesto global en base a los gastos incurridos históricamente, se congelará la estructura de costos del sistema de salud, retardando innovaciones tales como la sustitución de atenciones hospitalarias por atenciones ambulatorias de más bajo costo (Starr y Zelman, 1993:18). Finalmente, si los

ahorros generados durante el año deben restituirse al organismo que contrata, no existirán incentivos para economizar.

Los presupuestos globales supuestamente disminuyen los gastos administrativos en relación a un sistema en que cada prestación debe ser facturada. Sin embargo, para poder calcular adecuadamente los presupuestos se requiere contar con sistemas de costos confiables y efectuar las auditorías correspondientes. De lo contrario, la presupuestación inducirá comportamientos oportunistas entre los agentes, los que tenderán a inflar sus costos y a proveer información errónea al principal.

La ventaja de este mecanismo de pago es que permite promover la equidad geográfica en la distribución de recursos para salud y, en la medida que los presupuestos sean respetados, se logra mantener controlados los costos a nivel macro.

#### **D. Pago por día cama (*per diem*)**

Este mecanismo se utiliza para pagar a hospitales. Se trata de un pago fijo por cada día de internación del paciente, independiente del diagnóstico. En general se utiliza en términos retrospectivos y los incentivos son a aumentar la duración de las estadías. Esto se debe a que los primeros días del paciente en el hospital son los que generan mayor gasto marginal. Por lo tanto, un número inferior de pacientes que permanezcan más tiempo en el hospital generará los mismos ingresos que un número mayor de pacientes con estadías más cortas. Sin embargo, el nivel de gastos en el primer caso será mucho menor. Por otra parte si el monto pagado es independiente de la severidad de los pacientes, o las diferencias son muy gruesas, existirán incentivos para seleccionar o rechazar pacientes de acuerdo al ingreso neto esperado (McGuire et al., 1988: 244).

#### **E. Pago flexible (*two part tariff*)**

Algunos países utilizan una mezcla de presupuestos globales para cubrir los costos fijos y pagos por ítem para cubrir los costos variables. Los hospitales tienden a tener un alto nivel de gastos fijos y la asignación de los gastos de capital constituye un problema complejo (Smith et al, 1997: 41). Bajo el sistema de pago flexible el asegurador paga prospectivamente un monto global que es independiente del número de pacientes y que permite cubrir los costos fijos del hospital. Adicionalmente, por cada paciente que es admitido se paga el costo marginal que ese paciente genera.

El sistema de pagos flexibles induce a los hospitales a privilegiar aquellos casos y/o tratamientos que generan los mayores beneficios netos en el margen, y a fomentar la sobreutilización. Para que esto no ocurra, la tarificación debe reflejar los verdaderos costos marginales del hospital. De esta forma, atender a un paciente o efectuar tal tratamiento en vez de tal otro, sería indiferente para el hospital porque todos generarían los mismos beneficios netos (Smith et al., 1997:41). Además, las tarifas variables tendrían que reflejar el beneficio marginal para el paciente de manera que no se incentive la sobreutilización. Sin embargo, cuantificar estos costos resulta muy engorroso y los incentivos que se generen dependerán de la estructura de costos de cada hospital específico (McGuire et al, 1988:244).

## **F. Pago prospectivo asociado a diagnóstico (DRG)**

Este mecanismo de pago se utiliza en contratos con hospitales. El hospital actúa como agente. Tanto los médicos como los hospitales cuentan con un presupuesto fijo por episodio de enfermedad para cada paciente (Phelps, 1992: 346-347). Una vez que el paciente ingresa al hospital, se le asigna dentro de un número limitado de grupos diagnósticos (DRGs). El precio pagado por el principal para cada categoría de diagnóstico es el mismo, independiente de lo que se haga al paciente durante su hospitalización o cuan prolongada sea su estadía. Los pagos se basan en costos estandarizados según la naturaleza y severidad de los pacientes en cada grupo diagnóstico.<sup>72</sup> Los casos extremos generalmente se reembolsan de acuerdo al gasto efectivo en que incurrió el hospital para su tratamiento.

En teoría, los pagos asociados a diagnóstico incentivan a los hospitales a operar en forma eficiente (al mínimo costo), y el precio pagado determina el nivel de calidad del servicio (Phelps, 1992: 347). El hospital pasa a enfrentar una demanda completamente elástica, donde por cada paciente se le paga un precio previamente definido y la decisión de cada establecimiento específico es de “tomarlo o dejarlo”. De acuerdo a los modelos de comportamiento hospitalario, el precio pagado determinará el nivel de calidad del hospital (representada por una curva de costo medio) y lo inducirá a operar al mínimo costo y a utilizar los tratamientos más costo-efectivos.

El incentivo más importante de los pagos asociados a diagnóstico es a reducir el número de días de estada. La duración de las estadías se reduce mediante altas anticipadas y mediante la sustitución de atención hospitalaria por atención ambulatoria u otras formas de atención cerrada, como la atención domiciliaria o la internación en establecimientos de cuidado postoperatorio.

Los hospitales enfrentan fuertes incentivos para sustituir la atención cerrada por atención ambulatoria, si es que ésta es retribuida más generosamente o es compensada en base a pago por prestación (Robinson, 1996b: 1060). Este incentivo puede resultar a la larga en que los ahorros en hospitalizaciones se compensen mediante un aumento de los gastos en atención ambulatoria (Schwartz et al., 1991:1037; Scheffler y Nauenberg, 1991:222). La evidencia empírica sugiere que se produce ese efecto sustitución, pero el aumento del gasto en atención ambulatoria no alcanza a compensar el ahorro de costos en atención cerrada (Wickizer, 1991:442).

Uno de los incentivos perversos que puede generar el sistema pago asociado a diagnóstico es que se den prematuramente de alta pacientes que aún no se han recuperado y por lo tanto se deteriore su estado de salud. Uno de los indicadores para medir este impacto es un aumento en la tasa de reingreso a los 30 días de ocurrido el egreso. Sin embargo, los estudios que se han realizado en EE.UU. muestran que no existen diferencias significativas en las tasas de reingreso observadas antes y después de implantarse el pago asociado a

---

<sup>72</sup> Generalmente se establecen diferencias en los montos pagados para cada diagnóstico según la localización del hospital (urbano-rural), el costo de los salarios en un mercado determinado, las actividades de formación que realiza el hospital, y cuando existe un porcentaje desproporcionado de pacientes en situación de pobreza en el área de influencia (Scheffler y Nuanberg, 1991:217).

diagnóstico por parte de Medicare<sup>73</sup> (Phelps, 1992:351). Tampoco se observan diferencias en las tasas de mortalidad (Phelps, 1992: 352), y los tratamientos tampoco se deterioran, aunque sí se observa un mayor número de pacientes dados de alta en condiciones inestables (Rogers et al., 1990:1993-1994).

El pago asociado a diagnóstico incentiva a los hospitales a alterar la clasificación de sus egresos en categorías de diagnóstico, con el fin de incrementar sus ingresos (Scheffler y Nauenberg, 1991:231). Algunos estudios empíricos de la clasificación diagnóstica de enfermedades del corazón muestra que después de la implementación de los DRGs por parte de Medicare, aumentó el número de egresos clasificados como agudos y disminuyó el número de pacientes considerados como crónicos. Esta forma de asignar los diagnósticos aumentó los ingresos de los hospitales. Sin embargo, la evidencia empírica no permite concluir si esto se debió a una mayor precisión en la clasificación de los egresos o fue consecuencia de los incentivos financieros (Assaf et al., 1993:931).

## **G. Capitación**

La capitación consiste en un pago fijo por cada individuo a cargo del prestador de salud, independientemente de los gastos en que efectivamente incurra el paciente durante el período. Bajo estas condiciones, cada componente del sistema de salud deviene un centro de costos y ninguno constituye un centro de ingresos. La rentabilidad de la organización depende exclusivamente de la habilidad para atraer “afiliados” y de la capacidad de mantener los gastos por debajo de la tasa de capitación (Robinson y Cassalino, 1996).

La capitación pura<sup>74</sup> constituye un incentivo de alto poder, generando respuestas muy fuertes para la contención de costos. En general, los pagos puramente prospectivos - como la capitación- generan eficiencia técnica en la producción porque la unidad prestadora de salud es el único demandante residual, es decir, percibe todos los beneficios de una mayor eficiencia y todos los costos de la ineficiencia. En consecuencia, los precios no inducen a proveer servicios en exceso y el nivel de esfuerzo del agente resulta óptimo (Newhouse, 1996:1241). Sin embargo, los pagos prospectivos inducen comportamientos oportunistas, tales como la selección de riesgos y el deterioro de la calidad de las atenciones. Adicionalmente, los pagos capitados imponen riesgos financieros muy altos a los prestadores<sup>75</sup> y se requieren varias decenas de miles de afiliados para reducir la variancia en los gastos esperados (Phelps, 1992:357).

El asegurador puede establecer un contrato capitado con una sola entidad que se hace cargo de todo el continuo de servicios de salud para sus afiliados, generalmente un

---

<sup>73</sup> Medicare es el sistema de salud que existe en EEUU para los mayores de 65 años. Es financiado por el gobierno federal. Medicare fue el primero en el mundo en implementar el pago prospectivo asociado a diagnóstico, en 1984.

<sup>74</sup> Una forma de capitación pura sería transferir el riesgo financiero por todos los gastos en salud de un individuo a un médico de nivel primario.

<sup>75</sup> Se requiere alguna forma de compartir los riesgos, ya sea a través de reaseguros, de la constitución de grandes grupos médicos o alguna forma de arreglo institucional que ponga un límite a las pérdidas en que incurre el prestador individual (*stop loss*).



sistema de salud integrado verticalmente o un grupo médico multiespecialidad. Alternativamente, el asegurador puede capitar separadamente la atención primaria, la atención ambulatoria especializada, y a los hospitales.

En EE.UU. se observan innumerables formas de contratación basadas en la capitación (The Governance Committee, 1994:84-85). El modelo más común es la capitación de los médicos de nivel primario que actúan como puerta de entrada al sistema de salud (*gatekeepers*). El médico primario actúa como un agente tanto para el asegurador como para el paciente, orientando a este último a través del sistema de salud (Smith et al, 1997:45). Sin embargo, los incentivos y la capacidad de los médicos primarios para reducir la utilización de servicios especializados y hospitalarios son limitados. Debido a que los médicos primarios no son responsables financieramente de los tratamientos de mayor complejidad (o sólo parcialmente responsables), persisten los incentivos a sobrederivar. Por otra parte, la capacidad resolutoria del nivel primario es escasa.

Un segundo modelo es la capitación completa de servicios profesionales a grupos médicos primarios o multiespecialidad. Es más común cuando existen grandes grupos médicos capaces de administrar los distintos niveles de la atención de salud. El potencial de reducción de costos es mucho mayor porque existe un incentivo a evitar la sobreutilización de especialistas y de atención cerrada. El asegurador paga directamente a los hospitales, generalmente a través de un pago por día cama. Pero los profesionales y los aseguradores comparten las ganancias de una menor utilización de servicios hospitalarios a través de un fondo de riesgo, de manera que existen fuertes incentivos a reducir el número de hospitalizaciones.

Desde el punto de vista del asegurador se recomienda compensar separadamente a los médicos primarios y a los especialistas (The Governance Committee, 1995:107). Los incentivos a la contención de costos son más fuertes cuando médicos primarios y especialistas tienen objetivos contrapuestos. Una opción es capitar a los médicos primarios por todos los servicios profesionales y que éstos paguen por acto médico a los especialistas, lo que genera un incentivo a canalizar a los pacientes hacia los especialistas más costo-efectivos. Una segunda opción es que los médicos primarios sean pagados por acto médico y los especialistas capitados por el asegurador, lo que genera un incentivo a que los médicos primarios resuelvan lo más posible antes de derivar y se ponga énfasis a la prevención. Una tercera opción es que los médicos primarios sean capitados por todos los servicios profesionales y subcapiten a los especialistas.

Un tercer modelo es la capitación completa de Servicios de Salud (profesionales y hospitalarios) a grupos médicos primarios o multiespecialidad. Esto es posible cuando existen grandes grupos de médicos primarios y grupos multiespecialidad. Los aseguradores pierden el vínculo con los hospitales y la posibilidad de negociar contratos más ventajosos, así como las ganancias que se derivan de una menor utilización de atención cerrada. Los grupos médicos conservan el 100% de los ahorros, convirtiéndose en los únicos demandantes residuales. Generalmente se paga a los hospitales por día cama, pero el grupo médico conserva total discrecionalidad para manejar los egresos y los servicios proporcionados por el hospital.

Un cuarto modelo es la capitación completa de servicios profesionales o del total de las prestaciones de salud a sistemas integrados de salud. Los sistemas integrados de salud

incluyen servicios de atención primaria, especializada y hospitalaria. Los incentivos operan de forma que se promueve la atención más costo-efectiva a través del continuo de la atención de salud. Se fomenta la cooperación y coordinación entre los prestadores de distinto nivel de complejidad con el fin de economizar y aumentar la eficacia de las atenciones. En este caso se producen economías en los costos de transacción, ya que la organización (“estructura de gobierno”) llena los vacíos del contrato formal a través de la integración vertical entre el principal (asegurador) y los agentes (hospitales y médicos) (Smith et al., 1997:45).

Los sistemas pueden estar integrados formalmente o sólo en términos “virtuales” (Robinson y Cassalino, 1996). La integración “virtual” implica la constitución de redes de prestadores a través de contratos relacionales en lugar de propiedad. La integración “virtual” permite una mayor flexibilidad para adaptarse a los cambios del entorno y requiere menos capital. Sin embargo, presenta desventajas en términos de coordinación, innovación clínica y difusión del conocimiento. Los problemas de la integración formal son la atenuación de incentivos y los costos de influencia. Más aún, en ausencia de competencia entre sistemas integrados y de la posibilidad de apropiarse de los beneficios netos, se distorsionan completamente los incentivos.

En los cuadros siguientes se comparan los incentivos que generan distintos mecanismos de pago a hospitales y médicos.

#### Mecanismos de pago a hospitales: riesgo financiero e incentivos

MECANISMO DE PAGO	CANASTA	RIESGO FINANCIERO ASUMIDO POR		INCENTIVOS PARA EL PROVEEDOR			
		Pagador	Proveedor	Aumentar número de pacientes	Disminuir actividad por consulta	Aumentar severidad al clasificar	Seleccionar pacientes más saludables
Pago por acto médico	Cada ítem de servicio y consulta	Todo el riesgo recae en el pagador	No corre riesgo alguno	Sí	No	Sí	No
Pago por caso (ej. pago asociado a diagnóstico)	Pago varía de acuerdo al caso	Riesgo por número de casos y clasificación de severidad	Asume el costo de tratar un caso determinado	Sí	Sí	Sí	Sí
Pago por egreso	Cada egreso	Riesgo por el número de admisiones	Riesgo por el número de prestaciones por egreso	Sí	Sí	No	Sí
Pago por día cama	Cada día del paciente	Riesgo por el número de días estada	Riesgo por el costo de los servicios por día	Sí	Sí	No	No
Capitación	Todos los servicios cubiertos para una persona en un	Asume riesgo por sobre el techo para	El proveedor asume todo el riesgo hasta un techo ( <i>stop</i>	Sí	Nd	No	Sí

	período de tiempo	limitar pérdidas ( <i>stop loss</i> )	<i>loss</i> )				
Presupuesto Global	Todos los servicios que provee una institución en un período de tiempo	No asume riesgo alguno	Todo el riesgo lo asume el proveedor	No	Nd	Nd	Sí

*Fuente:* Hsiao (1997), reproducido en Bloor, K y A. Maynard (1998), “Provider Payment Mechanisms: Background paper to Flagship Module 7”, The Economic Development Institute of the World Bank, November.

### Mecanismos de pago a médicos: riesgo financiero e incentivos

MECANISMO DE PAGO	CANASTA	RIESGO FINANCIERO ASUMIDO POR		INCENTIVOS PARA EL PROVEEDOR			
		Pagador	Proveedor	Aumentar número de pacientes	Disminuir actividad por consulta	Aumentar severidad al clasificar	Seleccionar pacientes más saludables
Pago por acto médico	Cada ítem de servicio y consulta	Todo el riesgo recae en el pagador	No corre riesgo alguno	Sí	No	Sí	No
Salario	Una semana o un mes de trabajo	Asume todo el riesgo	Médico no corre riesgo alguno	Sí	Nd	Nd	Sí
Salario más bono	Bono basado en número de pacientes	Riesgo por el componente salario	Riesgo por el componente bono	Sí	Nd	Nd	Sí
Capitación	Todos los servicios cubiertos para una persona en un período de tiempo	Asume riesgo por sobre el techo para limitar pérdidas ( <i>stop loss</i> )	El proveedor asume todo el riesgo hasta un techo ( <i>stop loss</i> )	Sí	No	No	Sí

*Fuente:* Hsiao (1997), reproducido en Bloor, K y A. Maynard (1998), “Provider Payment Mechanisms: Background paper to Flagship Module 7”, The Economic Development Institute of the World Bank, November.

Los mecanismos de pago descritos anteriormente funcionan en la medida que cada médico de la organización responda a los incentivos que se generan. Los médicos son los que controlan la mayor parte del gasto en salud (The Governance Committee, 1994: 88). Para que se produzcan aumentos en la eficiencia se requiere que los médicos actúen coordinadamente, ya que el esfuerzo de cada médico individual en la reducción de costos tiene un impacto relativamente pequeño (Phelps, 1992: 348). El problema de agencia también se presenta entre los directivos del hospital o del grupo médico y el personal

clínico y administrativo (Smith, 1997:39). El principal, es decir la dirección, no es capaz de observar el nivel de esfuerzo de los profesionales individuales (los agentes) y debe establecer incentivos para fomentar el comportamiento deseado.

Si los médicos del grupo o del hospital son compensados mediante sueldos fijos, los incentivos se atenúan enormemente y se desarrolla una cultura burocrática, sin orientación al logro. Como respuesta a este problema se observa el establecimiento de sistemas de compensación variable, tales como bonos y participación en las utilidades, y la capitación individual. Mientras más ajustada sea la relación entre la productividad del individuo y la compensación que recibe, mayor será el poder de los incentivos. Sin embargo, la motivación de los médicos depende no sólo de incentivos financieros sino también de incentivos no pecuniarios. Entre estos últimos se incluyen el liderazgo, controles de utilización, educación médica y presión de los pares (The Governance Committee, 1995: 105).

#### 4. LIMITACIONES DE LOS INCENTIVOS ECONÓMICOS

Los mecanismos de pago que se aplican en base prospectiva, como los DRGs y la capitación, generan incentivos para contener costos y para aplicar tratamientos más costo-efectivos. Simultáneamente, sin embargo, se crean respuestas oportunistas por parte de los agentes, limitando la efectividad de los sistemas de compensación (Robinson, 1993:329). Entre los incentivos no deseados, se cuenta la reducción en el valor de los tratamientos asociados a la unidad de pago, ya sea a través de un deterioro de la calidad de las atenciones o por medio del cobro independiente de prestaciones incluidas en la canasta. Se produce un problema de agencia inverso al de los sistemas retrospectivos (ej. *fee-for-service*): si el ingreso marginal por una prestación individual es inferior al costo marginal, se crea un incentivo a proveer menos atenciones que las necesarias (Newhouse, 1996:1240). Los pagos prospectivos también inducen a los agentes a practicar selección de riesgos, excluyendo a los pacientes potencialmente poco rentables (Newhouse, 1996; Robinson, 1993). Existe un *trade off* entre eficiencia productiva y selección de riesgos, de manera que los pagos puramente prospectivos no llevarían soluciones óptimas (Newhouse, 1996:1259).

Para contrarrestar los comportamientos oportunistas se han venido estableciendo mecanismos de pago mixtos, donde se combinan elementos prospectivos y retrospectivos (Robinson, 1993). Entre las modalidades mixtas se incluye el pago por acto médico a los profesionales, junto con la retención de un porcentaje de los ingresos. Los ingresos retenidos se redistribuyen al final de cada año, si es que los costos son menores o iguales a los presupuestados. Otra modalidad es la capitación de grupos médicos en lugar de la capitación individual, y la retribución por acto médico a cada profesional dentro del grupo. En el caso de médicos primarios se evita cargarles el costo de la atención especializada, pero se les induce a evitar la sobrederivación mediante la distribución de un bono proveniente de un fondo de atención especializada previamente establecido. En el caso de hospitales, se acepta el pago retrospectivo de los episodios que presentan características fuera de lo común.

La mezcla de sistemas de compensación conlleva riesgos y su calibración resulta difícil. Un mayor énfasis en el componente prospectivo aumenta los incentivos a desagregar los grupos diagnósticos, a disminuir la calidad de la atención y a seleccionar riesgos. Una mayor ponderación de los componentes retrospectivos induce a los prestadores a no poner suficiente atención a los costos. Las limitaciones de los incentivos puramente financieros ha llevado a recurrir a otros mecanismos complementarios, tales como los controles de utilización<sup>76</sup>, la gestión de calidad, y la contratación selectiva de prestadores. Los controles de utilización y calidad pueden ser implementados en sistemas donde existe libertad de elegir el prestador y con pagos retrospectivos. Pero son de alto costo y sólo se justifican cuando el prestador factura grandes sumas. La contratación selectiva hace más factibles los controles de utilización y la gestión de calidad, a través de provisiones contractuales explícitas con un número limitado de prestadores. Estos mecanismos administrativos influyen directamente en la elección del prestador por parte del usuario y en la elección de los tratamientos por parte del prestador. La efectividad de distintas combinaciones de incentivos financieros y mecanismos administrativos depende, a su vez, de la “estructura de gobierno” en que opera la relación contractual entre asegurador y prestador (Robinson, 1993).

Los controles de utilización y otros mecanismos administrativos operan mejor cuando los incentivos entre prestadores y aseguradores se encuentran alineados. Los pagos prospectivos contribuyen a que haya objetivos similares entre aseguradores y prestadores. Sin embargo, los mecanismos de pago deben ser complementados con cambios en la cultura médica que promuevan una relación de cooperación entre las partes. Los grupos médicos multiespecialidad ofrecen el ambiente propicio para desarrollar controles de utilización y educación de los médicos en forma continua, favoreciendo la adopción de tratamientos costo-efectivos aun cuando los mecanismos de pago enfatizan el componente retrospectivo. El desarrollo de una cultura médica que favorezca la costo-efectividad de los tratamientos y la medicina basada en la evidencia sólo es posible lograrla cuando los aseguradores contratan selectivamente un número limitado de prestadores. Al mismo tiempo, la contratación selectiva permite a los aseguradores elegir prestadores que se desempeñen con altos estándares de calidad (Robinson, 1993).

La integración vertical entre aseguradores y prestadores presenta el mayor potencial para alinear incentivos y fomentar una cultura médica conservadora desde el punto de vista de los costos, manteniendo altos estándares de calidad (Robinson, 1993). Sin embargo, la integración vertical presenta los problemas de los sistemas centralizados que se discutieron anteriormente: la atenuación de incentivos, los costos de influencia y el aislamiento organizacional. Adicionalmente, se sacrifican economías de escala en la cadena de distribución porque pocos aseguradores tienen suficientes afiliados como para mantener un sistema de prestación exclusivo para sus miembros (Robinson, 1999:19). La teoría de los costos de transacción y los modelos de agente principal enfatizan que la integración vertical en mercados maduros sólo se justifica cuando la actividad requiere equipamiento o

---

<sup>76</sup> Los controles de utilización incluyen la autorización previa de las hospitalizaciones, la gestión de los egresos, la obligación de consultar una segunda opinión antes de una cirugía, y la gestión de tratamientos en pacientes de alto costo.

entrenamiento especializados, o cuando la ubicación geográfica reduce las posibilidades de contratar externamente (Williamson, 1985, Robinson, 1999).

Como alternativa a la integración vertical está el establecimiento de contratos relacionales entre el asegurador y entre los prestadores. Estos pueden organizarse en la forma de Asociaciones de Práctica Independiente u Organizaciones de Prestador Preferente. El desarrollo de una cultura compartida es más difícil en este contexto, porque los prestadores están físicamente separados. Por lo tanto los programas de control de utilización tienden a ser competitivos en lugar de cooperativos (Robinson, 1993).

Los modelos de agente principal han tenido una influencia significativa en el establecimiento de mecanismos de pago que permitan alinear los incentivos de asegurador y prestador, y en la adopción de sistemas de control de utilización y monitoreo de la calidad. Pero este enfoque exclusivo en los incentivos financieros y en los controles tiene limitaciones. Se requiere una mirada más global que incluya también el rol de las organizaciones como “estructura de gobierno” (Robinson, 1993).

Finalmente, los sistemas de pago prospectivo no necesariamente son equitativos. Sin embargo, es posible introducir ajustes en las cápitales o en los pagos asociados a diagnóstico de acuerdo al nivel de riesgo de los potenciales pacientes. Los factores de riesgo incluyen las características demográficas y el nivel de pobreza de la población que debe atender el prestador. Pero hay que tener presente que los mayores recursos no garantizan equidad en términos de acceso a la atención, y menos en cuanto a resultados en salud. Estas dimensiones de la equidad dependen de la eficiencia y calidad de los prestadores y de las características epidemiológicas de cada grupo poblacional.

### **III. DESCENTRALIZACIÓN FINANCIERA EN EL SECTOR DE SALUD CHILENO**

*Sylvia Galleguillos*

#### **1. INTRODUCCIÓN**

El sector salud, desde una perspectiva económica, puede dividirse en tres grandes componentes: el mercado de seguros de salud, el mercado de prestaciones de salud, y el mercado de los factores productivos de salud. Históricamente, en Chile este sector se caracterizó por concentrar dichos mercados en un solo ente, el Servicio Nacional de Salud (SNS), creado en 1952. En efecto, dicha institución, pilar del desarrollo del sector por muchas décadas, funcionó como el principal asegurador, asumiendo la responsabilidad de ofrecer el plan de salud al cual adhería el grueso de la población chilena, así como de proveer las prestaciones de salud, contratar los factores productivos y regular el sector. En dicho escenario, el mercado de prestaciones era inexistente en la práctica, puesto que el SNS funcionaba con prestadores exclusivos, constituidos por la red de prestadores públicos

que se extendía a lo largo de todo el país y con los que no mediaba un contrato de transacción.

El objeto de estudio de este capítulo lo constituye la descentralización financiera de los años 90. Según la conceptualización efectuada en el capítulo anterior, se entiende por descentralización financiera la separación de las funciones de contratación o compra respecto de la provisión de servicios de salud. Este proceso tiene sus antecedentes en la reforma emprendida por el Gobierno Militar (1973-1990) durante la década de los ochenta, período en el cual se reestructuró el mercado de seguros de salud y por primera vez se avanzó en separar las funciones de regulación de las de provisión. La reforma de los 90 consistió en un complemento de la reforma anterior y su alcance se refiere al mercado de las prestaciones, teniendo efectos sólo de manera indirecta en los otros mercados aludidos, debido a las interrelaciones naturales entre éstos (Lenz y Muñoz, 1995).

Para una comprensión del tema en los años 90 es importante presentar algunos antecedentes relativos a las políticas implementadas durante el gobierno militar.

## 2. LAS REFORMAS EN EL SECTOR SALUD EN EL PERÍODO 1973-1990

### A. Un cambio a la estructura del sector de salud chileno

En 1973 el sector de salud se caracterizaba porque tanto la propiedad como la provisión estaban mayoritariamente en manos del Estado. El 90% de las prestaciones se efectuaban en las postas, consultorios y hospitales públicos organizados en torno a un Servicio Nacional de Salud (SNS), que dirigía las acciones de todo el país desde el Nivel Central con grandes logros a nivel de indicadores de salud en el contexto latinoamericano, pero reconocidamente burocrático y desfasado en su respuesta a los cambios que la transición epidemiológica le imponía al país.

A fines de los años 70, el gobierno militar puso en práctica un conjunto de reformas con la finalidad de corregir las deficiencias del sector salud e imprimirle mayor eficiencia. Estas reformas se fundamentaban en tres principios básicos de su política social (Oyarzo, 1994): la subsidiariedad en la acción del Estado, que sirvió de base para la descentralización y traspaso al sector privado de una serie de decisiones tanto en el ámbito productivo como en el manejo de los recursos financieros; la focalización de recursos en sectores prioritarios en las políticas contra la pobreza extrema, que puso énfasis en la Atención Primaria de salud y en la atención materno-infantil; y por último estaba el objetivo de imprimirle una mayor eficiencia al Estado, lo que llevó a una serie de reformas en materia de organización del sector público y a la introducción de nuevas modalidades en los mecanismos de asignación de recursos al interior del sistema.

Las reformas en el sector público de salud consistieron en:

- La reorganización del Ministerio de Salud: permitió delimitar las funciones de los distintos organismos públicos del sector e incrementar su grado de autonomía en la toma de decisiones. El Ministerio quedó a cargo de funciones normativas, de planificación y control, con el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) como organismo dependiente y constituido por 26 unidades descentralizadas, autónomas de acuerdo a la

ley y con patrimonio propio, además de un ente encargado de canalizar los recursos financieros a los Servicios de Salud y de administrar la Modalidad de Libre Elección<sup>77</sup> (FONASA), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública. Bajo este nuevo esquema se intentó separar la regulación de la provisión de atención de salud, lo que no se logró plenamente ya que los Servicios de Salud mantuvieron algunas funciones normativas. Con respecto a su ejecutividad, se descentralizó en mayor medida la función de provisión y sólo parcialmente la de compra. Esto fue así porque, en su función productora a través de los establecimientos del Estado, operaron en un marco en que efectivamente hubo transferencia de poder desde el Nivel Central a los Directores de Servicio, pero manteniendo ciertas atribuciones importantes. Respecto a su papel de ejecutores/compradores, en el Nivel Secundario y Terciario de Atención, éste se limitó a permitirles efectuar directamente convenios con establecimientos del extrasistema<sup>78</sup>, en circunstancias que el Sistema de Libre Elección se seguía operando centralizadamente, y lo mismo ocurría respecto de la compra de servicios prestados por los establecimientos públicos. Esta situación hizo que los Servicios de Salud permanecieran concentrados en su papel de proveedores de atención de salud a través de los hospitales del Estado.

- La Municipalización de Establecimientos de Atención Primaria: en 1981 se inició el traspaso de la administración de establecimientos de Atención Primaria (postas y consultorios generales, urbanos y rurales) desde el SNSS a las municipalidades, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el DFL 1-3063 de 1980. Este traspaso implicó que las municipalidades debieron asumir la totalidad de las acciones de atención ambulatoria de Nivel Primario dentro de su área jurisdiccional, quedando los Servicios de Salud abocados a operar el Nivel Secundario-Terciario de hospitales y de centros de especialidad. Este proceso culminó a fines de 1989 con más del 90% de los establecimientos bajo administración comunal.<sup>79</sup>
- La promulgación de una nueva Ley de Salud (Ley N° 18469 de 1985) destinada a regular y unificar el régimen de prestaciones de los beneficiarios del sistema público. Por medio de ella se estableció un esquema de cobro diferenciado por niveles de ingreso, aún vigente, que sustituyó la gratuidad que caracterizaba el régimen de los antiguos beneficiarios del Seguro Obrero. A cambio, esta ley abrió a los beneficiarios del ex-SERMENA (Servicio Médico Nacional de Empleados) la posibilidad de acceder a los

---

<sup>77</sup> Modalidad a disposición de los beneficiarios cotizantes del sector público de salud, que consiste en una red de prestadores privados adscritos al sistema, con precios preestablecidos por prestación y en la cual los beneficiarios deben copagar la atención.

<sup>78</sup> Fuera del sector público de salud.

<sup>79</sup> La excepción continúan siendo los establecimientos de dos Servicios de Salud: Metropolitano Central servicio que tuvo una experiencia de gestión privada fracasada, lo que motivó la devolución de los establecimientos) y el Servicio de Salud Aysén (región que también devolvió los establecimientos debido a la baja densidad poblacional). Duarte (1999).



hospitales públicos en igualdad de condiciones. Además, significó la eliminación de las diferencias originadas en la pertenencia a determinados sistemas previsionales, lo que era una de las características de la atención de salud en Chile. Por otra parte, el pago diferenciado por tramos de ingreso (grupos A, B C y D) perseguía incrementar la recuperación de costos en el sistema de salud pública y redistribuir recursos hacia los más desposeídos.

- La reforma a los mecanismos de pago. Procuraba incentivar la eficiencia a nivel de los prestadores públicos de salud, para lo cual se creó un mecanismo de transferencia de recursos denominado FAP (Sistema de Facturación por Atención Prestada) en el caso de los Servicios de Salud, y FAPEM (Facturación de las Atenciones Prestadas en las Municipalidades) en el caso de los consultorios municipalizados. Con ello se intentó terminar parcialmente con los presupuestos históricos establecidos centralmente en el sector público de salud.

## **B. Financiamiento de los prestadores públicos de salud: hospitales, postas y consultorios**

Los prestadores del Nivel de Atención Secundario y Terciario del sector público de salud (consultorios de especialidad y hospitales de baja y alta complejidad) se financiaron en esa época principalmente a través de fondos que les entregaba el Estado por diversas vías.

En primer lugar, el Estado enviaba recursos a los Servicios de Salud para el pago de las remuneraciones de sus trabajadores. Los cargos que ellos ocupaban, en el período que nos interesa, estaban enmarcados en alguna de las categorías de tamaños de planta de hospitales, definidos en los Decretos con Fuerza de Ley promulgados para los Servicios de Salud durante 1980.

Una segunda vía de recursos debía financiar el gasto en bienes y servicios efectuados por los prestadores. Estos recursos, que se transferían según presupuesto establecido históricamente, cambiaron su concepción de asignación cuando se instauró el sistema de reembolso FAP, que relacionó, por primera vez, el volumen producido de atenciones con el financiamiento recibido por los prestadores.

Una tercera vía de recursos, que comenzó en este período, fue la entrega de fondos a los Servicios de Salud por concepto de premios por el buen desempeño logrado, sobre la base de ciertos indicadores de condiciones de salud y eficiencia administrativa.

Adicionalmente, deben considerarse los fondos que se asignaban para financiar la inversión cuando ésta se efectuaba con recursos del presupuesto ministerial, y los ingresos propios generados por atención de no beneficiarios, venta de activos, etc., que durante este período constituyeron una proporción muy marginal del presupuesto.

Con respecto al Nivel de Atención Primaria de salud (postas de salud rural, consultorios generales, urbanos y rurales), la transferencia de dichos establecimientos a las municipalidades tuvo como objetivo, entre otros, acercar la toma de decisiones al nivel local y movilizar recursos provenientes de los municipios hacia el sector salud<sup>80</sup>. De este

---

<sup>80</sup> Giaconi, 1985, citado en Duarte, 1995.

modo, los consultorios contaron desde ese momento con aportes municipales a la vez que siguieron recibiendo, como principal fuente de financiamiento, las transferencias de recursos financieros desde el Ministerio hacia los establecimientos, y que estaban destinadas a financiar la entrega de prestaciones a los beneficiarios del sector público de salud. Estas transferencias han sido de tres tipos a lo largo del tiempo: el primero, que representa los mayores volúmenes en cuanto a recursos financieros, está representado por el aporte vía FAPEM; el segundo, se refiere a los aportes que reciben algunos municipios en el marco del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, existente a partir de 1990; y el tercero, de menor importancia, se refiere a recursos que reciben algunos municipios a través de la contratación de recursos humanos -especialmente médicos- por parte de los Servicios de Salud, los cuales son enviados a desempeñar sus labores en establecimientos administrados por las municipalidades (Duarte, 1999).

### **C. Sistema de facturación por atención prestada (FAP)**

A partir de 1980, se implementó en Chile un mecanismo de reembolso a los servicios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, denominado Facturación por Atención Prestada (FAP). Este sistema involucraba los recursos que el Estado transfería a través del Fondo Nacional de Salud, FONASA, por concepto de bienes y servicios de consumo a dichos Servicios de Salud, esto es, insumos directos como los medicamentos y aquellos indirectos como luz, agua, gas y energía (Galleguillos y Sierralta, 1988).

El sistema se inició como un intento de introducir eficiencia en el sector público de salud, reemplazando el antiguo sistema de financiamiento según presupuestos históricos por uno que ligara el financiamiento con el volumen de producción.

En este sistema cada prestación realizada por el hospital y debidamente clasificada, era facturada a fin de mes al Nivel Central por el Servicio de Salud respectivo, el que habiendo establecido un arancel por prestación reembolsaba al Servicio el monto correspondiente a dicho mes. En síntesis, este sistema consistía en un listado de aproximadamente dos mil prestaciones, cada una con su respectivo arancel. El servicio de salud informaba al Nivel Central el número de prestaciones realizadas mes a mes, contra las cuales éste le reembolsaba el presupuesto para financiar, al menos teóricamente, el componente de bienes y servicios de consumo de dichas prestaciones.

Desde su creación, este sistema experimentó sucesivas modificaciones.

En 1985 un 30% de los recursos asignados a los Servicios de Salud para el financiamiento de bienes y servicios de consumo, se canalizaron vía incentivos a la gestión técnico – administrativa. Los fondos destinados a incentivos se distribuían sobre la base de indicadores que pretendían medir la eficiencia de cada servicio. Los indicadores se clasificaban en tres grupos: 1) calidad de la salud, 2) calidad de la administración, y 3) subsidios por incapacidad laboral. Los primeros premiaban el fomento a la nutrición, al control del embarazo y la capacidad resolutoria de la Atención Primaria. Los segundos premiaban aspectos tales como, la atención a la población de escasos recursos, el equilibrio financiero y la eficiencia en el uso de los recursos. Estos indicadores se modificaron a lo largo del tiempo e incorporaron diversos procedimientos para evaluar la gestión del servicio

en términos de su posición relativa a los otros y respecto de sí mismo (Galleguillos y Sierralta, 1991).

*i) Análisis del FAP*

Los aspectos más relevantes del mecanismo de financiamiento FAP eran los siguientes:

1.- Aunque el FAP teóricamente relacionaba financiamiento con producción, esta asociación era parcial, ya que entre el 60 y el 70%<sup>81</sup> de los recursos financieros continuaban asignándose en forma presupuestaria retrospectiva, lo que reducía notablemente cualquier impacto sobre la eficiencia. Por otra parte, no se asociaba financiamiento y resultados, ya sea que éstos fuesen medidos por el estado de salud de la población o por acciones específicas destinadas a la resolución de ciertas patologías. El énfasis se centraba entonces en la cantidad de prestaciones otorgadas y no en la calidad de éstas, existiendo además una carencia de sistemas de control de calidad, incluidos aquellos que monitorean la percepción de las personas, comunidades y líderes.

2.- La compatibilidad entre disponibilidad y demanda por recursos financieros estaba asegurada. En el caso del FAP, una primera forma de limitar la provisión de prestaciones estaba dada por las instalaciones y equipos existentes, y luego en la dotación de personal, el cual era remunerado directamente por el Nivel Central. Como los rendimientos de estos recursos eran desconocidos, el resto del financiamiento asignado era objeto de ajustes. En este aspecto, los incentivos pasaron a jugar un rol crecientemente importante, ya que alrededor de un 30% de los recursos para bienes y servicios de consumo eran transferidos por esta vía. Además, la inflación jugaba a favor de la compatibilidad, toda vez que no existía obligación legal de ajustar las transferencias en igual proporción, lo que permitía de un año a otro reducir cualquier exceso de demanda por financiamiento observado (Ministerio de Salud, 1991).

3.- Los valores arancelarios nunca tuvieron una relación muy estrecha con los costos, y no contemplaron mecanismos para que se ajustaran a diferencias de costos regionales. De este modo, la estructura de precios (relativos y absolutos) establecidos para las prestaciones entregó señales erróneas, puesto que una gran parte de ellos estaba por debajo del costo de otorgarlas, provocando en el oferente dos estímulos perversos: sobrefacturación de acciones de bajo precio y /o supresión de muchas de ellas, principalmente aquellas prestaciones de alta complejidad. Adicionalmente, los precios tampoco contemplaron mecanismos que, a través del tiempo, permitieran ajustarlos a cambios en la estructura de costos o a aplicar correcciones monetarias compensatorias por inflación. En consecuencia, los aranceles jugaron un escaso papel como señales que orientaran el proceso de producción de prestaciones de salud.

4.- Los incentivos que se establecieron a partir de 1985 constituyeron una ayuda importante para, a un nivel de mayor generalidad que los aranceles, promover resultados esperados, pero presentaban deficiencias: algunos premiaban acciones débilmente

---

<sup>81</sup> A modo de ejemplo, en 1987 el presupuesto para bienes y servicios de consumo del SNSS, que era susceptible de pagarse vía FAP, constituía un 36% del total.

controladas por los Servicios, otros eran contradictorios. Luego, estos incentivos también jugaron un papel en la compatibilidad de disponibilidad y demanda por recursos, pero con graves debilidades en cuanto a la incertidumbre de las retribuciones.

5.- Por último, la fuente de información en base a la cual se establecían las prestaciones otorgadas no era un sistema de registro administrativo-contable propiamente tal, sino que consistía en la información estadística de prestaciones regulares de los establecimientos. Estos registros primarios carecían del rigor deseable en su generación, y no eran objeto de auditorías sistemáticas ni periódicas. De modo que la generación misma de la facturación carecía del control interno requerido para todo tipo de acción que involucra recursos financieros (Ministerio de Salud, 1991).

6.- El divorcio entre el área financiera y el área técnico-clínica inhibió la actualización de las prestaciones que componían el arancel, de acuerdo a los avances tecnológicos y necesidades de la población.

#### **D. Sistema de facturación por atenciones prestadas en establecimientos municipalizados (FAPEM)**

El FAPEM operó de una forma muy similar al FAP, ya que consistía en la entrega de recursos contra facturación por actividades clasificadas en un Listado de Prestaciones de Salud Municipal. Esto implicaba que cada municipio solicitaba al Servicio de Salud respectivo la cancelación de un monto mensual, determinado previamente en función del total de actividades realizadas por los establecimientos bajo su administración.

Inicialmente el sistema operó sin límites a la facturación, observándose en la experiencia de los primeros traspasos un crecimiento considerable del gasto en Atención Primaria, por lo que después de un tiempo se fijaron montos máximos a la facturación, llamados “techos FAPEM”. Se establecía en primer lugar un techo regional, determinado en conjunto por el MINSAL y el Ministerio del Interior, a partir del cual se determinaban los “techos comunales”, fijados aparentemente en base a los montos facturados por los municipios en el período previo al de la fijación de los topes por primera vez. La asignación de los techos comunales no estaba relacionada con los costos que representaba para la Municipalidad la administración de la Atención Primaria. Una vez que se establecía el techo por comuna, cada municipio efectuaba la facturación en base a las actividades que hubiera realizado en el período correspondiente. Si facturaba sobre el techo, se le cancelaba el monto equivalente al techo mensual. Si por el contrario la facturación estaba por debajo de dicho monto, se le pagaba el monto facturado, quedando a criterio del Director del Servicio de Salud respectivo la decisión de entregar la diferencia o bien dejar que ésta se acumulara, generando los llamados “saldos de facturación”. Estos debían entregarse al final de cada año entre los municipios del respectivo Servicio de Salud, según decidieran las autoridades locales (Ministerio de Salud, 1992).

##### *i) Análisis del FAPEM*

El sistema FAPEM, al igual que el FAP, tenía en teoría las ventajas propias de cualquier sistema *fee for service*, en el sentido de orientar el comportamiento de los prestadores. La

incorporación de una determinada actividad en el listado de prestaciones a pagar, así como el precio que se le asignaba, debía establecer una señal clara para incentivar o desincentivar la realización de esta prestación (Duarte, 1999). Sin embargo, en la práctica, los aranceles tuvieron sólo un papel referencial, ya que la información en verdad considerada eran los techos en el financiamiento que asignaba a cada comuna el Intendente (Ministerio de Salud, 1992).

Por otra parte, al igual que el FAP, este sistema tenía la desventaja de fomentar la realización de prestaciones que dejaban excedente, independientemente de si éstas eran necesarias, en el sentido de aportar significativamente a un resultado o incluso de si habían sido efectuadas con calidad. Esto se vio claramente porque las prestaciones con valores más altos - y por lo tanto las más realizadas- resultaron ser las prestaciones con carácter curativo, lo que fue en desmedro de actividades de prevención y fomento de la salud. También se observó, en algunos casos, un aumento en la referencia de pacientes a los establecimientos de Nivel Secundario, ya que la mayor o menor capacidad resolutive de los establecimientos de Nivel Primario no se reflejaba en los montos a pagar (Duarte, 1999).

En relación a la implementación del FAPEM, el establecimiento de los techos comunales en base a las facturaciones previas favoreció a aquellos municipios que llevaban más tiempo en la administración de los establecimientos y un mayor grado de avance en el sistema. Ello mantuvo una diversidad importante de dichos techos en los distintos municipios, sin una lógica coherente. Por otra parte, este sistema redujo el espacio a la iniciativa local, ya que prestaciones no incorporadas al sistema - aunque fueran estimadas como de gran importancia- difícilmente serían ejecutadas, a no ser que se dispusiera de fondos municipales propios para ejecutarlas. Por todo lo anterior, este sistema se mantuvo con grandes críticas hasta Julio de 1994, fecha en la cual se decidió su reemplazo (Duarte, 1999).

### 3. LA DESCENTRALIZACION FINANCIERA DE LOS 90

#### A. Primera fase 1990-1993: Contexto económico, político e institucional

A comienzos de los 90, con el advenimiento de un régimen democrático, se realizó un diagnóstico global del sector salud.

De primera importancia fue el reconocimiento de que, en el sector salud, la descentralización no propició el grado de autonomía esperado. Se admitió así que, en la práctica, el Ministerio mantuvo gran parte de las funciones ejecutoras que debía delegar en otros organismos, prolongando una centralización que en parte también era explicada por las rigideces de las leyes que norman el sector público.

Con respecto a los Servicios de Salud, la mayor flexibilidad en la gestión permitió de manera creciente un mejor uso de los recursos asignados y, por esta vía, el rendimiento se vio incrementado. Sin embargo existieron notorias fallas de implementación, entre las que destacaban, por ejemplo, que los Servicios no participaban en las decisiones respecto del presupuesto y que las dotaciones del personal estaban fijas, lo que reducía la posibilidad de efectuar modificaciones de acuerdo a los requerimientos percibidos, considerando que los Servicios estaban sujetos al Nivel Central en lo que se refería a inversiones y

adquisición de equipos, así como respecto a otros elementos necesarios para su operación (Oyarzo, 1994).

Por otra parte, se reconoció que la modificación a los mecanismos de pago contenía algunos elementos distorsionadores que no permitieron inducir eficiencia en el sector. De hecho, se privilegió la sobrefacturación en acciones y procedimientos, incentivando la ineficiencia en la provisión de salud desde el punto de vista de la contención de costos (Marangunic, 1995).

Los estudios del BID con el Ministerio de Salud, realizados a comienzos de los 90, detectaron que la injerencia de las personas y comunidades en la determinación de las metas programáticas y en la orientación de las actividades de los establecimientos y Servicios era prácticamente nula, y que el sistema continuaba siendo fuertemente centralizado. Tampoco se observaba una participación significativa del personal –médico y no médico- del nivel medio e inferior en la definición de metas programáticas, aunque sí se daba en la etapa de programación. Esta deficiencia generaba baja identificación con la misión, objetivo y metas de los establecimientos, con las consecuencias conocidas para todo tipo de institución. Con respecto al sistema de financiamiento, se detectó a lo largo de los Servicios un bajo nivel de conocimiento tanto de la operatoria de los coeficientes como de los efectos de los incentivos.

En el ámbito de la municipalización de la Atención Primaria, las deficiencias tenían que ver principalmente con los errores cometidos en el diseño del sistema de pagos por atención prestada, el cual, entre otros elementos, no estimulaba las acciones preventivas, base de un sistema de Atención Primaria. A esto se sumaba que en dicho período no se tomaron medidas de reforzamiento de la capacidad de supervisión y coordinación, lo que motivó la existencia de fallas evidentes en los procesos de gestión administrativa y médica de muchos de los establecimientos traspasados. Asimismo, existía un fuerte descontento en el personal que laboraba en el sector municipalizado, y que se expresaba en una fuerte rotación laboral. Por último, y de primera importancia, este proceso de municipalización no implicó un incremento de la participación de la comunidad en la solución de los problemas de salud. La existencia de alcaldes designados por el gobierno militar y la ausencia de otros mecanismos que permitieran la efectiva participación de la comunidad, frustraron uno de los logros que es posible obtener como resultado de un proceso de efectiva descentralización (Oyarzo, 1994).

## **B. Principios de la reforma financiera**

La política de modernización del Sector Público de Salud, contenida en el programa de gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia en 1990, explicitaba tres objetivos estratégicos:

- 1) Readequación del sistema de atención de salud, con el propósito de condicionarlo a las necesidades asociadas al nuevo perfil epidemiológico del país.
- 2) Perfeccionamiento del modelo de gestión, entregando mayores grados de autonomía a los organismos locales en la administración de sus recursos y reestructurando, además, las funciones del MINSAL para que abandonara las tareas de ente ejecutor y se

concentrara en las funciones que le eran propias, esto es: formular, supervisar y evaluar los planes, políticas y normas en el ámbito de la salud.

- 3) Reforma a los mecanismos de asignación de recursos financieros, ligándolos con los principios orientadores de equidad y eficiencia en la provisión de salud.

Este último objetivo estratégico impulsó lo que se denominó la Reforma Financiera, que se estableció a su vez sobre los siguientes principios:

- 1) Descentralización de la gestión financiera. Esto significaba entregar mayores grados de autonomía respecto del manejo financiero a los Servicios de Salud.
- 2) Gradualidad. Las reformas irían siendo aplicadas en etapas con el fin de ir perfeccionando los mecanismos propuestos.
- 3) Pagos prospectivos. Los recursos serían asignados ex-ante contra acciones o resultados determinados entre el proveedor y el comprador (FONASA). Esto requería precisar el tipo de producto de salud a otorgar, su distribución temporal y el tipo de beneficiario al cual iría dirigido.
- 4) Pagos por resultados: se postulaba ligar el financiamiento a resultados en salud y no únicamente a acciones realizadas.
- 5) Arancel basado en costos: se proponía redefinir el arancel de manera tal que los precios reflejaran, en promedio, el costo de realizar la prestación, incluyendo las remuneraciones y los bienes y servicios de consumo.
- 6) Simplicidad administrativa: se proponía hacer más expedito el proceso, de manera que la información fluyera adecuadamente.
- 7) Pagos como parte de un proceso global de negociación: se postulaba que el esquema de transferencia de recursos debía ser parte de un proceso de negociación y de gestión más amplio, que diera cuenta de las áreas técnico-asistencial y administrativo-financiera.
- 8) Recuperación de costos: se buscaba promover el uso de cobros directos o co-pagos a los usuarios, fueran o no beneficiarios del sistema.
- 9) Inversiones asignadas desde el Nivel Central: se mantenía la asignación desde el Nivel Central, donde se define la política de crecimiento de la infraestructura de los establecimientos de salud del sistema (Marangunic, 1995).

Estos principios dieron lugar a la implementación de medidas concretas en cuatro dimensiones: el Ordenamiento Financiero, la Política Arancelaria, la Política de Recuperación de Costos, y los Mecanismos de Asignación de Recursos (Ver Anexo N°1).

En lo que respecta a los Mecanismos de Asignación de Recursos, la aplicación de los principios de pago prospectivo y pago por resultados propició la creación del Sistema PAD-PPP (Pago Asociado a Diagnóstico-Pago por Prestaciones) en el Nivel de Atención Secundaria-Terciaria, mecanismo de pago mixto que intenta solucionar parte de los problemas relacionados con la eficiencia en el manejo de los recursos del sector público de salud. Este sistema es mixto por cuanto está destinado a retribuir la actividad del proveedor de salud a través de dos vías: Pago por resultado (PAD), que es de tipo prospectivo y se mide a través de la resolución de ciertos diagnósticos previamente definidos, y Pago

Prospectivo de Prestaciones (PPP), que es una modalidad para toda la producción no asociada a PAD (Marangunic, 1995).

### **C. Mecanismo de asignación de recursos en los niveles secundario y terciario: PAD – PPP**

#### *i) Los PAD: Pagos Asociado a Diagnóstico*

El PAD es un mecanismo de retribución financiera que asocia el pago a un resultado médico concreto: el diagnóstico por el cual fue tratado el paciente. Es decir, el PAD implica pagar un valor (precio) predeterminado a cambio de un diagnóstico resuelto, basado en un conjunto estandarizado de prestaciones que permiten la resolución de la patología, y considerando la evolución y tratamiento de la morbilidad de un paciente promedio. El pago incluye, además del costo por concepto de bienes y servicios de consumo, el relativo a concepto de personal. El conjunto estandarizado de prestaciones se denomina “canasta”, la cual contiene las frecuencias de uso de cada una de las acciones y procedimientos, así como el costo de resolver la patología en cuestión.

La filosofía PAD implica que los proveedores no son retribuidos por los gastos efectivamente sufragados o por la cantidad de prestaciones realizadas, sino por el tratamiento y la recuperación de patologías específicas previamente estandarizadas (Marangunic, 1995). Las especificaciones relativas a presupuesto, precios de transferencia y/o frecuencia, se deben pactar con anticipación, de modo que este mecanismo conlleva una transferencia de riesgo al prestador.

Para calcular los primeros PAD se seleccionó un conjunto de diagnósticos que cumplieran con tres criterios: alto impacto en el gasto, alta frecuencia con respecto al total de prestaciones, y factibilidad de estandarizar. Luego se procedió a encuestar a expertos profesionales para conocer las prestaciones y los procedimientos más frecuentes relativos a cada diagnóstico. Se utilizó la CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades, IX Versión) para considerar, de acuerdo a dicha tabulación, los diagnósticos que más se asemejaban a cada PAD. Después de este proceso, se llegó finalmente a establecer un conjunto de 18 PAD, que tuvieron vigencia hasta 1998, año en que se extendieron a 21. Mención aparte merece lo relativo a los cambios en los sistemas de registro que conllevó este nuevo sistema (Ministerio de Salud, 1994).

#### *ii) Sistemas de Registro*<sup>82</sup>

Los cambios en el sistema de registro y de información de los centros hospitalarios nacionales resultaron de tanta importancia como los cambios relativos a los mecanismos de pago, y su concreción condicionó en la práctica los desarrollos del sistema PAD.

Estos sistemas poseían graves deficiencias porque proveían escasa información, ésta era extemporánea y no muy relevante además en términos financieros ni clínicos. Los

---

<sup>82</sup> La elaboración de esta sección se basó en Ministerio de Salud (1994).



diagnósticos de egreso hospitalario no concordaban necesariamente con la CIE-9 y el proceso de los mismos tardaba dos años en entregarse. En consecuencia, cualquier variación en los perfiles epidemiológicos nacionales y lo que ello implicaba en la asignación de recursos se venía a conocer con bastante retraso.

Por otro lado, no existía información a nivel de pacientes individuales sino sólo a nivel de ciertas unidades previamente definidas que englobaban la información. Adicionalmente, ésta no era homogénea en cuanto a su generación (hospitales y consultorios), lo que impedía cualquier comparación entre dichas unidades, sobre todo cuando se trataba de determinar los costos de producción en las mismas.

Se procedió entonces a impulsar importantes cambios en dos aspectos: el primero, relativo a establecer sistemas de registro que permitieran homogeneizar y hacer comparable la información a nivel de hospitales y de Servicios de Salud; el segundo, relativo a incorporar el concepto de cuenta corriente o cuenta individual de pacientes. Para lo primero se diseñaron Hojas de Registros de las Prestaciones Médicas (HRPM), que permitían recoger la información en distintos puntos del centro hospitalario (servicios clínicos, emergencia para pacientes en observación, pacientes de atención cerrada que recibieron servicios de las unidades de apoyo, atenciones ambulatorias en unidades de apoyo, e información del paciente al ingreso, incluyendo apertura de cuenta corriente). También consideraba los respectivos reportes generadores de información clínica y financiera que permitieran evaluar la gestión efectuada a distintos niveles organizacionales. Para lo segundo, se concibió que el HRPM arrojara información acerca del tratamiento recibido, el diagnóstico y la condición de egreso en cuentas individuales. Estas cuentas permitían identificar al paciente, su situación clínica, así como todas las prestaciones que recibió durante su estadía intrahospitalaria en cada unidad de apoyo o servicio.

### *iii) Ventajas del Mecanismo PAD* <sup>83</sup>

Las principales ventajas de este mecanismo se resumen a continuación:

1) Incentiva la eficiencia técnica en la atención del paciente, ya que el pago se asocia a la resolución de la patología. Genera un incentivo a la calidad por sobre la cantidad de prestaciones realizadas, ya que el diagnóstico, para que pueda ser retribuido como PAD, debe cumplir con el requisito de paciente mejorado. El proveedor de salud debe buscar entonces la combinación óptima de recursos para lograr el objetivo deseado de mejorar al paciente, teniendo como base de comparación la canasta estandarizada del diagnóstico tratado.

2) Incentiva la eficiencia económica, dado que si se resuelve la patología con menos acciones que las contenidas en la canasta promedio, el proveedor de salud obtiene un excedente financiero de libre disponibilidad. Este mecanismo exige velar por la calidad de las prestaciones, ya que el prestador podría aumentar la eficiencia a costa de la calidad con el objeto de disponer de los excedentes financieros. Un ejemplo de esto es el incentivo a disminuir los días de estada, con el consecuente riesgo de efectuar altas prematuras. Por

---

<sup>83</sup> La elaboración de esta sección se basó en Marangunic (1995).

esta razón este mecanismo, que tiene sus antecedentes en los Grupos de Diagnóstico Relacionados (DRGs) creados en los Estados Unidos, nació con la recomendación explícita de establecer, paralelamente, sistemas que controlaran la calidad de la atención (Ver Galleguillos, 1989).

*iv) Los PPP: Pagos por Prestaciones*

Los diagnósticos que no están clasificados como PAD continúan retribuyéndose financieramente en forma similar a como se hacía bajo el sistema anterior FAP, es decir, teniendo como unidad de medida las prestaciones realizadas para resolverlos, indistintamente si ellos efectivamente se resolvieron y del grado de eficiencia involucrado. Sin embargo, se establecieron dos importantes modificaciones: la primera es que el presupuesto cambió desde uno retrospectivo a uno prospectivo, lo que da lugar a una negociación con los Servicios de Salud en la que ellos mismos estiman la cantidad de prestaciones a realizar durante el año. Desde este punto de vista, los prestadores ahora asumen el riesgo respecto del financiamiento efectivo de la actividad que realizan. En segundo lugar, se modificó el arancel, incorporando una nueva estructura de costos para que éste se acercara en forma paulatina a sus valores reales. Específicamente, aquí se encuentran las prestaciones realizadas en forma ambulatoria, los otros diagnósticos de egreso y las atenciones de urgencia. Estas modificaciones justifican el cambio de nombre de este sistema de pago, que en un principio pasó a llamarse FAP corregido y posteriormente Pago Por Prestaciones, PPP, que ha mantenido hasta la fecha. En definitiva, todo lo que no es PAD se paga vía PPP, y se pasa así a un presupuesto mixto, prospectivo, en parte financiado vía PAD y en parte financiado vía PPP (Ministerio de Salud, 1994).

*v) La Aplicación del Principio de la Gradualidad: Plan Piloto PAD-PPP*

De acuerdo con el principio de gradualidad, en una primera etapa se optó por implementar la reforma financiera a través de una experiencia piloto que comenzó en 1992 en sólo seis servicios de salud (Atacama, Viña del Mar-Quillota, Valparaíso-San Antonio, Metropolitano Sur-Oriente, Libertador Bernardo O'Higgins y Llanquihue-Chiloé-Palena). Posteriormente se redujeron a cinco, cuando se desechó un Servicio de Salud (Libertador Bernardo O'Higgins) debido a demoras en la compra de equipos computacionales.

Dicha implementación abarcó la incorporación del sistema PAD, la aplicación del Sistema FAP corregido o Pago por Prestaciones (PPP) y, además, la formulación de una política de generación de ingresos propios (esto último más privativo del Nivel Central, con una metodología y un cronograma de trabajo de naturaleza distinta que los anteriores).

Estos servicios cumplían con los requisitos de ser representativos en términos nacionales, tanto en el nivel de complejidad de los hospitales que los componen como de la ubicación geográfica (uno del norte del país, cuatro de la zona central y uno del sur) y de la posición financiera, relacionada fundamentalmente con el nivel de deuda que poseen.

Esta experiencia se completó en un período de doce meses (finalizó en Junio de 1993), con atrasos propios debidos a la lentitud en la compra de los equipos computacionales, atribuidos en su momento a trabas burocráticas de dichos procedimientos.

Durante dicho período se cumplió con procesos relacionados con la adquisición de equipos, diseño de software y capacitación para el personal en aspectos de registro e informática.

*vi) Plan Piloto PAD-PPP: Aspectos Críticos*

A Junio de 1993 el Plan Piloto de Financiamiento se había cumplido en más de un 80% de lo establecido en los términos de referencia del proyecto. Se había capacitado al personal en terreno, comprado equipos computacionales por un monto cercano a los \$74 millones, realizados todos los trámites para la adquisición de otros por un monto cercano a los \$ 90 millones; se había desarrollado un software hospitalario inscrito legalmente a nombre del MINSAL y se había efectuado una completa revisión de las canastas de prestaciones PAD, entregándose una propuesta distinta a la inicial.

Factores críticos para el cumplimiento de esta primera fase del Plan Piloto resultaron:

a) El déficit de recursos humanos para asumir, en el área de informática, la tarea de modificar los sistemas de registro asociados al sistema PAD-PPP. Esto fue causal de demoras en las compras del equipamiento computacional como proceso previo a la implementación de dichos sistemas, lo que sumado a lo burocrático de los procedimientos dilató el avance una vez que los equipos estaban operando.

b) La negativa disposición al cambio por parte de las personas pertenecientes a los establecimientos piloto, la cual más adelante se logra revertir. El desarrollo de Jornadas de Capacitación y Seminarios, en las que se congregaban a los distintos Servicios de Salud, constituyó una herramienta vital para modificar la conducta de los participantes del plan piloto.

c) La falta de espacio físico necesario para la instalación de los equipos computacionales en diversos establecimientos, lo que impidió en general que los servicios del plan piloto se movieran integralmente (con todas sus unidades) hacia el nuevo sistema (Ministerio de Salud, 1993).

A partir de Junio de 1993, se continuó avanzando en la implementación del Plan Piloto en los primeros cinco Servicios de Salud y se expandió la experiencia a otros siete, lo que se pudo concretar a contar del segundo semestre de 1995 (Ministerio de Salud, 1994). FONASA tuvo un rol preponderante en la concreción de esta iniciativa, puesto que la etapa piloto del Proyecto finalizó oficialmente en Marzo de 1994, fecha en la cual se traspasó la gestión del plan de financiamiento a esta institución, que adquirió la misión de iniciar la transferencia de los recursos bajo el nuevo esquema PAD-PPP. El área informática quedó, sin embargo, bajo la tutela del Departamento de Desarrollo Institucional del MINSAL.

*vii) Sistema PAD-PPP: Estado de las Artes a Abril de 1999*

Contrariamente a lo planificado originalmente, a inicios de 1999 no se observaba un panorama muy auspicioso. Si bien a los doce Servicios de Salud del Plan Piloto se habían sumado unos pocos más, a la fecha el Sistema PAD-PPP no había avanzado más allá de conformar un sistema de Registro Referencial. Este sistema tiene como indudable fortaleza

el hacer explícito el nivel de actividades llevado a cabo por los Servicios, lo que le permite al Nivel Central compararlo con el monto de recursos transferidos y, en base a esto, plantear algún nivel de exigencias respecto del nivel de actividad del año siguiente. Sin embargo, cabe destacar que de presentar el Servicio una facturación-nivel de actividades mayor a su presupuesto, esto no se traduce en un aumento del mismo para el año siguiente.

Las diferencias entre transferencias y facturación por concepto PPP (o facturación por concepto PAD-PPP, en el caso de que el Servicio tenga incorporado este sistema de registro), dan origen a las denominadas *brechas de eficiencia*, las que sumadas a las de *equidad*, han sido escasamente consideradas en las expansiones presupuestarias de los Servicios de Salud. La ausencia de reasignación efectiva de los presupuestos entre los distintos Servicios de Salud, probablemente influida por las implicancias políticas que dicha decisión conlleva, ha impedido que las brechas hayan podido saldarse. Las transferencias han seguido efectuándose principalmente según presupuestos históricos. Esta situación ha generado desánimo en algunos Servicios de Salud, ya que visualizan los nuevos mecanismos de pago como brindándoles solamente costos y carentes de todo incentivo, al no estar ligados efectivamente al financiamiento recibido. Seguramente ello ha incidido en los retrasos de sus envíos de información, la cual mantiene de todas formas el valor de una herramienta de gestión, al explicitarle a los directivos los detalles de los procesos productivos llevados a cabo en sus establecimientos.

#### **D. Segunda fase 1994-1998: Introducción**

En 1994 se inició en el país el segundo Gobierno de la Concertación, oportunidad en que el Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, a través de su Ministro de Salud, Carlos Massad, emprendió una nueva fase de la Reforma e inició un replanteamiento general de las funciones realizadas por los distintos organismos que conforman el SNSS. A FONASA se le asignó la misión de gestionar el Seguro Público de Salud, lo que le permitirá, con el paso del tiempo, avanzar en su rol de comprador. Hasta ese momento, FONASA se limitaba a administrar la Modalidad de Libre Elección y a cumplir funciones de tesorería en la Modalidad de Atención Institucional (Lenz y Vanderschueren, 1998). En los primeros años de esta segunda fase, FONASA avanzó en las funciones propias de una institución aseguradora (identificar beneficiarios, mejorar la administración de los ingresos del Fondo, etc.) y continuó desarrollando nuevos mecanismos de pago, pendientes en el Nivel de Atención Primaria. En esta etapa se implementan también los Compromisos de Gestión, los que tienen un desarrollo irregular pero constituyen un avance en el proceso de separación de funciones, ya que podrían llegar a constituirse, en el futuro, en un contrato de compra entre el asegurador y el prestador.<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> Los Compromisos de Gestión constituirían una mezcla de cuasi contrato de compra (ya que FONASA hoy no es el comprador único, definido de facto en el sistema, y estamos en medio de un proceso donde la separación de funciones dista de estar consumada) y contrato de desempeño (con diversas modalidades en sus diferentes versiones, por ejemplo, al incorporar indicadores que responden a la lógica regulatoria del Ministerio, propia de su función). César Oyarzo, entrevista personal, 19 de Mayo de 1999.

## **E. Mecanismo de asignación de recursos en la atención primaria: Pago per cápita**

### *i) Antecedentes*

El Estudio del Sistema Público de Salud del Banco Mundial contemplaba un componente relativo a la transferencia de recursos financieros al Nivel de Atención Primaria (Ministerio de Salud, 1992). En él se establecía una nueva modalidad de pago, de tipo prospectivo, denominado *Pago per Cápita*<sup>85</sup>. Esta proposición inicial fue posteriormente modificada en algunos aspectos y, en 1992, cuando estaba finalmente aceptada por la autoridad ministerial, la crisis de los Servicios de Urgencia que terminó con la salida del Ministro de la época dilató su implementación, hasta el año 1994 en que el Ministro Carlos Massad le dio un fuerte impulso al proyecto.

El nuevo mecanismo de pago, que “tuvo como eje superar las ineficiencias detectadas en el esquema FAPEM, y además contribuir al logro de la equidad en la asignación de recursos” (Duarte, 1999), se implanta a partir del segundo semestre de 1994. Como objetivos de más largo plazo, se esperaba que este sistema de pago permitiese un mayor grado de flexibilidad en la gestión municipal, que se incentivaran las acciones de prevención y fomento, que ayudase a orientar la acción de los establecimientos hacia la obtención de resultados más que hacia la ejecución de actividades, que contribuyera a fomentar la participación de los usuarios y que ayudara a introducir incentivos a la calidad en las prestaciones. Adicionalmente, como resultado asociado, se esperaba una mejor identificación de los beneficiarios, lo cual permitiría terminar con el subsidio que significa hoy en día la atención de no beneficiarios, y una mejor planificación y focalización de las atenciones de salud brindadas en el Nivel Primario (Duarte, 1995).

Los aspectos centrales de la nueva modalidad de asignación de recursos son:

1) La identificación de la población beneficiaria de los establecimientos de Atención Primaria, por la cual se les paga un Per Cápita para financiar la atención brindada. Para dicha identificación, se inicia un proceso voluntario de inscripción de los beneficiarios en los consultorios de su preferencia. El cálculo del monto a pagar se basa en una canasta de prestaciones, diferenciándolo según si el beneficiario está adscrito en un consultorio perteneciente a un municipio catalogado como pobre y a una comuna identificada como rural (Duarte, 1995). Cabe señalar que este aspecto del Per Cápita estimula la participación de los usuarios, en la medida que el proceso de inscripción es libre y representa la preferencia de las personas por los establecimientos en los cuales desean recibir las atenciones de salud, en función de la calidad percibida (Lenz y Vanderschueren, 1998).

2) La definición de una canasta básica de servicios, o *Plan de Salud Familiar*, que contiene las prestaciones del Nivel Primario que el Per Cápita debe financiar. Estas prestaciones, consideradas como las mínimas, debieran ofrecerse a la población beneficiaria a través de la red de establecimientos de Nivel Primario. El criterio principal para su diseño fue el de identificar todas las actividades definidas como prioritarias en los programas de

---

<sup>85</sup> Para el detalle de las implicancias teóricas de esta herramienta sobre la transferencia de riesgo, referirse al capítulo anterior, sección 3.

salud del MINSAL, a partir básicamente de lo hecho frecuentemente por dichos establecimientos. Para proceder a calcular el Per Cápita, fue necesario costear la canasta de prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar, considerando estimaciones de las frecuencias de la demanda efectuada por la población beneficiaria de dichas actividades, y de los insumos requeridos para satisfacerla. En particular, con respecto al insumo de recursos humanos, se recurrió al Estatuto de Atención Primaria<sup>86</sup>, cuerpo legal que regulaba las relaciones al interior del sistema municipalizado, de modo de buscar una concordancia entre este nuevo sistema de asignación y las obligaciones legales emanadas de dicho Estatuto. Aunque a la fecha de las estimaciones este cuerpo legal aún no se aplicaba, se efectuó una simulación mediante la cual todos los trabajadores fueron clasificados según las normas contempladas en dicho Estatuto (Duarte, 1995).

3) El establecimiento de Compromisos de Gestión, consistentes en acuerdos periódicos suscritos entre los Servicios de Salud y las entidades administradoras, con el objetivo de orientar la acción de los prestadores hacia la obtención de resultados más que hacia la mera ejecución de actividades. La importancia de estos instrumentos deriva del hecho de que, al establecer un pago por persona, se genera un incentivo a disminuir las atenciones a la población. Por otra parte, el comportamiento de los prestadores podría llegar a ser muy variable, y no necesariamente coincidente con las necesidades de salud de la población. Además, estos Compromisos tienen como finalidad adecuar las definiciones de política nacional a la realidad local (Duarte, 1995).

## *ii) Implementación*

La implementación del Sistema Per Cápita se realizó en forma gradual. Se partió costeando la canasta de prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar, clasificando a las comunas según su condición de pobreza y ruralidad, y operando, en un principio, con entrega de montos en base a estimaciones de la población potencialmente beneficiaria de cada consultorio<sup>87</sup>, mientras se completaba su proceso de inscripción.

Con estos elementos y otras consideraciones, tales como la decisión de establecer que la puesta en marcha del sistema no podía significar una disminución de los aportes a ningún municipio, se definieron las transferencias y se procedió a la firma de los Compromisos de Gestión<sup>88</sup> entre los Servicios de Salud y los municipios, en los que se establecía el nuevo sistema de pago. A Mayo de 1995 se había completado la firma de cerca del 90% de los nuevos convenios (Duarte, 1995), proceso que hoy se encuentra concluido.

Posteriormente, con la dictación del Estatuto de Atención Primaria, se inició la fase de consolidación. Esta fase contemplaba un tratamiento especial de asignación de recursos

---

<sup>86</sup> Ley N° 19.378, publicada en el Diario Oficial N° 35.143, del 13 de Abril de 1995.

<sup>87</sup> Para ello se recurrió a la Encuesta CASEN 1992.

<sup>88</sup> Estos compromisos son totalmente independientes de aquellos suscritos entre el Nivel Central y los Servicios de Salud, que se describen en el capítulo 3.5.

a las comunas con brecha, es decir a aquellas con una mayor transferencia efectiva de recursos que la que correspondía según el modelo Per Cápita. Cabe destacar que, entre 1989 y 1994, se observó un aumento de 20% en términos reales de los recursos entregados vía FAPEM al conjunto de los municipios que administran establecimientos de Nivel Primario (Duarte, 1995).

iii) *Evaluación Preliminar: Aspectos Críticos*<sup>89</sup>

El proceso de descentralización financiera que se ha llevado a cabo en la Atención Primaria de salud ha tenido fortalezas y debilidades. De acuerdo a un análisis reciente sobre el sector, las principales fortalezas se resumen en su capacidad de allegar mayores recursos a través del aporte voluntario de los municipios, una mejora en la equidad distributiva, mayor flexibilidad para introducir las prioridades locales de salud, y cierto grado de libertad de elección de consultorio para las personas que viven en zonas urbanas (Celedón y Noé, 2000).

En relación a la equidad de recursos, el sistema Per Cápita, por definición, favorece una distribución más equitativa de los mismos, en la medida que los fondos sectoriales estarán, una vez finalizado este proceso, en directa relación con la cantidad de beneficiarios inscritos, es decir con sus clientes potenciales y no en base a los techos definidos según presupuestos históricos. Este es, sin embargo, un resultado por lograr, ya que la decisión de que ninguna comuna percibiera un monto inferior al que estaba recibiendo con el sistema anterior FAPEM, generó la existencia de diversas brechas. En la práctica, las comunas que efectivamente presentaban estas brechas eran generalmente las de mayores ingresos, las cuales no vieron reducidas sus transferencias debido a lo señalado anteriormente.

Adicionalmente, también contribuyeron a la equidad los nuevos ajustes en el cálculo del Per Cápita basal durante 1998, que aumentaron la consideración del factor de pobreza, lo que introdujo un sesgo en favor de las comunas pobres. Hoy en día existen claras diferenciaciones de aranceles Per Cápita, donde los mayores pertenecen efectivamente a las comunas rurales y los menores a las urbanas no pobres. Como se aprecia en el cuadro siguiente, el valor del Per Cápita ha tenido un aumento real superior al 50% en el período 94-98 en todas las comunas del país, alcanzando este aumento a más del doble en las comunas rurales pobres.

---

<sup>89</sup> Los contenidos de esta sección están extraídos de Duarte (1999) y de Celedón y Noé (2000).

Valor per cápita y variación real 1994 – 1998  
(pesos promedio 1997)

<b>TIPO DE COMUNA</b>	<b>1994</b>	<b>1998</b>	<b>Var. 94-98</b>
- Urbana no pobre	480	717	49,4%
- Urbana pobre	441	817	85,3%
- Rural no pobre	500	900	80,0%
- Rural pobre	483	1.029	113,0%

*Fuente:* Cálculos realizados sobre la base de los datos presentados en Duarte, D. y Zuleta, M.S. (1998); CPU, en Celedón, Carmen y Noé, Marcela (2000).

Por otra parte, el proceso de inscripción ha hecho posible conocer exactamente el número, tipo de beneficiario y cargas que son atendidos en los establecimientos de salud municipales. Este proceso contó con apoyo ministerial en lo relativo a la compra de equipos para cada establecimiento de salud municipal y la implementación de talleres de capacitación. Sin embargo, resultó bastante lento en un principio, registrando a fines de 1996 alrededor de 3,5 millones de personas inscritas, repuntando sustancialmente en 1997 para llegar a Octubre de 1998 con un total de 6.352.141 personas inscritas, lo que constituiría un 94% de cumplimiento en relación a la estimación de población beneficiaria hecha en base al Censo de 1992 (6.733.324 personas). Conforme al marco legal vigente, el plazo para cerrar finalmente la población respecto de la inscripción, es Abril del año 2000. Una consecuencia importante de este resultado es que constituye un primer paso en la correcta dirección de eliminar el permanente subsidio en que incurren los establecimientos al atender a población no beneficiaria. En la práctica, con la información que disponen a la fecha, algunos municipios han desarrollado mecanismos de cobro a pacientes no beneficiarios<sup>90</sup>.

En lo referente a los Compromisos de Gestión, se ha registrado un avance importante en términos cuantitativos, ya que si la firma de los mismos se inició en 1995 con un 76% de las comunas, en 1996 el 90% de ellas aparecen como suscriptoras. (Para un orden de magnitud, ese año se asignaron por esa vía un total de \$ 600 millones, con una cobertura de 150 municipios). Sin embargo, aunque teóricamente constituyen un instrumento para orientar las atenciones de salud conforme a las prioridades existentes, incentivando a los prestadores a que logren cambios tecnológicos (con los mismos recursos hacer más y mejores actividades de salud), su utilización ha estado asociada a los vaivenes exógenos de la disponibilidad de recursos en el Nivel de Atención Primaria, con transferencias irregulares y discontinuas. Más importante aún resultan los problemas relacionados con la imposición, de parte de los Servicios de Salud y del nivel ministerial, de un paquete de indicadores ajenos a la realidad local o regional, disciplinando de cierta

<sup>90</sup> Dr. Dagoberto Duarte, de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, entrevista personal, Marzo de 1999.



manera el pensamiento de distintas instancias de nivel local, y en especial de los propios equipos de salud. A comienzos de 1998, se ha postulado a nivel de Ministerio de Salud y específicamente desde el interior de su Departamento de Atención Primaria, la incorporación de fondos de incentivo regional íntimamente ligados a las prioridades sanitarias definidas.

Con respecto a las debilidades de este proceso en la Atención Primaria, entre las principales estaría la falta de control de los consultorios por parte de los Servicios de Salud, pese a ser ésta una de sus funciones. Cabe hacer notar que este control resulta especialmente necesario como contraparte, considerando el mayor grado de flexibilidad en la programación y financiamiento de sus actividades que el sistema de pago Per Cápita otorga a los consultorios. Estas circunstancias requieren de un estrecho control de resultados y de la calidad de las atenciones. Las autoridades de los Servicios argumentan que este control se ve dificultado por la dependencia de los consultorios a las municipalidades, que son entidades autónomas independientes del gobierno central (Celedón y Noé, 2000).

Un segundo problema, que se menciona frecuentemente, son los bajos incentivos de los profesionales médicos a desempeñarse en este nivel de atención. Nuevamente la distinta dependencia administrativa genera dificultades para el desarrollo profesional, en particular para la formación de especialistas (Celedón y Noé, 2000).

Otra línea de argumentación ha señalado como uno de los mayores problemas del proceso de descentralización en salud la debilidad existente en los mecanismos de control ciudadano sobre la salud primaria. Esto se habría traducido también en una asignación ineficiente de los recursos financieros, demostrada por el hecho que los mayores recursos destinados al sector habrían sido asignados al pago de remuneraciones por factores no asociados a mayor productividad. Los mayores aumentos reales de remuneraciones, en el período entre Septiembre de 1995 y Marzo de 1998, corresponden de hecho al personal auxiliar y administrativo. Al respecto, las fuentes oficiales señalan que los aumentos a dichos grupos laborales responderían a la expresa determinación de disminuir el tamaño de las brechas existentes al comienzo del sistema, cuando las remuneraciones de esos estamentos estaban particularmente deprimidas. Se habría perseguido, entonces, un objetivo de mayor equidad distributiva en la fuerza laboral que participa en la Atención Primaria.<sup>91</sup>

Finalmente, cabe preguntarse a esta fecha si, adicionalmente a las consideraciones anteriores, la aplicación de este sistema ha mejorado efectivamente la gestión a nivel municipal. Según el Doctor Dagoberto Duarte, quien ha sido uno de los gestores de la reforma financiera en la Atención Primaria, la diferencia con la situación de hace diez años atrás, cuando la rotación laboral le impedía contar con gestores de experiencia, es que hoy dicha tendencia se ha revertido,<sup>92</sup> situando el Nivel de Atención Primaria en el sitio que le corresponde. Este logro se habría alimentado, además, del propio mecanismo Per Cápita, que respeta la autonomía municipal y lleva a la instalación de departamentos de apoyo técnico en los municipios, situación que no tenía precedentes en este sector. Más

---

<sup>91</sup> Soledad Zuleta, entrevista personal, Agosto de 1999.

<sup>92</sup> Muchos de dichos gestores ingresaron al sector a partir de las elecciones municipales de 1992.

importante aún resultarían las perspectivas que este sistema le ha brindado al desarrollo de la Medicina Familiar en nuestro país, a juicio de Duarte, verdadero norte de toda esta transformación<sup>93</sup>.

## **F. Compromisos de gestión: Una herramienta de administración**

### *i) Antecedentes*

Las reformas financieras se insertan dentro de un objetivo más amplio consistente en modernizar el sector público de salud, mejorando su organización y funcionamiento. Como parte de dicho intento, se desarrolló una herramienta tendiente a regular una nueva relación entre el Nivel Central y los Servicios de Salud, ad-hoc con los objetivos de avanzar en la descentralización, promover autonomía, y monitorear resultados. Se puede considerar al desarrollo de esta herramienta como un avance en el proceso de descentralización financiera, en la medida que define una relación contractual entre el ente comprador (Ministerio de Salud en las primeras experiencias de los Compromisos, y posteriormente el FONASA) y los prestadores de atención de salud. Este instrumento intenta asociar resultados a financiamiento, proceso que se inicia más decididamente a partir de 1995 con los denominados Programas Especiales del FONASA. Estos programas son el único experimento real en que el comprador contrata atenciones de salud a los prestadores bajo condiciones claras de financiamiento asociado a resultados, con un nivel mayor de especificaciones técnicas –o control de calidad- y con una mayor transferencia del riesgo al prestador.

Según Lenz y Fresard, "históricamente, la relación contractual (del Nivel Central) con los Servicios de Salud era poco consistente, pues se formulaban una serie de compromisos entre los distintos actores que negociaban, muchos de los cuales eran incompatibles entre sí. Por una parte, no siempre las orientaciones emanadas del Nivel Central eran transparentes, en el sentido de que no eran conocidas por todos los actores involucrados en el proceso. Asimismo, por no explicitarse y formalizarse adecuadamente, las contrapartes se sentían en libertad de dar interpretaciones alternativas a dichos compromisos, en función de sus intereses particulares. Por otra parte, por el hecho de generarse acuerdos bilaterales entre los Servicios de Salud y cada instancia específica del Nivel Central, se generaban problemas de coordinación. Estos se expresaban algunas veces en la duplicación de señales y esfuerzos, otras en la contraposición, e incluso en la incoherencia de los mismos" (Lenz y Fresard, 1995). A todo lo anterior se añadía la ausencia del control, por parte del Nivel Central, del cumplimiento de los acuerdos.

---

<sup>93</sup> Dr. Dagoberto Duarte, entrevista personal, Marzo 1999. Para ilustrar este último punto, cabe señalar que en 1998 se crearon 35 Centros de Salud Familiar en todo el país, los que contaron con fondos para especiales la cobertura de ciertas especialidades. La División de Atención Primaria intentará seguir avanzando en esta línea, la que todavía no puede regularizarse, ya que estos Centros requieren un nuevo Plan de Salud Familiar, situación a la fecha todavía no respaldada por Hacienda. Adicionalmente, se han efectuado intentos por introducir la Medicina Familiar a la Modalidad de Libre Elección ofrecida por el FONASA.

Dado lo anterior, y como parte del componente de Desarrollo Institucional del Proyecto del Sector Salud del Banco Mundial, se propone, en los primeros estudios de 1991, una forma de coordinación operativa entre el Nivel Central y los Servicios de Salud basada en Compromisos de Gestión entre éstos y aquél. Un segundo documento sobre el tema, elaborado por la Unidad de Coordinación de proyectos MINSAL-Banco Mundial (UCP), avanza sobre el particular y finalmente desarrolla el concepto de “Negociación Presupuestaria” como parte integrante del proceso de negociación de los Compromisos de Gestión entre el Nivel Central y los Servicios de Salud. Esto permitió, en 1993, avanzar preliminarmente en acuerdos presupuestarios bajo los nuevos mecanismos de transferencia de recursos, proceso que recibió un fuerte impulso en 1994, liderado ahora por el FONASA, y que culminó en la forma de Compromisos de Gestión 1995 (Lenz y Fresard, 1995).

## *ii) Objetivos*

El Compromiso de Gestión es un intento del Nivel Central del Ministerio por resolver el problema de la administración delegada, estableciendo mayor claridad en los objetivos. Para ello busca definir indicadores que permitan monitorear el cumplimiento de los mismos, evaluar la gestión de los administradores delegados acuerdo a los objetivos trazados, y descentralizar la gestión de los Servicios de Salud a nivel de las direcciones.

La idea implícita de los Compromisos de Gestión entre el Nivel Central y los Servicios de Salud, es recoger la multiplicidad de relaciones que se dan entre ambos actores en un solo documento que permita ordenar y hacer explícitas las “reglas del juego”. De este modo, se persigue establecer un contrato que señale la conducta esperada de los Servicios de Salud por parte del Nivel Central. Así, se intenta disminuir la desviación de objetivos y mejorar el esfuerzo aplicado para conseguir el o los resultados esperados (Lenz y Fresard, 1995).

En particular, el objetivo de los Compromisos de Gestión del año 1995, según se señala en el protocolo respectivo, es el de “mejorar la eficiencia y la eficacia en las áreas técnico-sanitarias y administrativo-financiera, al interior de los Servicios de Salud, como también de los establecimientos asistenciales que la componen”. Se agrega además, como fundamento, “la descentralización política”, que implica dar crecientes grados de autonomía a los Servicios de Salud, los que deben asumir un grado de responsabilidad más directo sobre el resultado de su gestión frente a los recursos que el Estado pone a su disposición. Con ello se espera que “el Sector Público de la Salud incremente sus propios niveles de eficacia y eficiencia”.

El Protocolo de 1996 no altera sustancialmente la definición del año anterior, y en 1997 los Compromisos de Gestión se redefinen, centrándose exclusivamente en los objetivos globales del sistema y sus usuarios. El documento señala: "El objetivo principal que se busca con la suscripción de los Compromisos de Gestión es la mejoría continua de la eficiencia y la eficacia en la gestión de los Servicios de Salud, a través de la necesaria integración y complementación de las áreas técnico-programáticas, administrativa y económica-financiera, en función del mejoramiento de la salud de la población y con un

enfoque de satisfacción del usuario, atendiendo preferentemente el propósito de brindar una mejor atención de salud a los beneficiarios de la Ley N° 18.469" (Celedón et al , 1998).

iii) *Caracterización*<sup>94</sup>

Los Compromisos suscritos el año 1995 estuvieron organizados en cinco áreas temáticas: i) Políticas y Programas de Salud, ii) Financiamiento y Gestión Financiera, iii) Incremento Global de Actividades, iv) Recurso Humano, y v) Inversiones.

Como parte de la primera área, *Políticas y Programas de Salud*, todos los Servicios de Salud comprometieron la elaboración de un Plan de Salud para 1995. Como objetivos del Plan se incluyeron cuatro categorías de indicadores: biodemográficos, de cobertura de programas, de actividades, y de uso de recursos. En total se incluyeron once indicadores con sus correspondientes metas, las que, cuando era posible, tuvieron como base los valores que los indicadores experimentaron el año anterior. Este número aumentó a 26 el año 1997. Los indicadores fueron comunes a todos los Servicios, en cambio las metas específicas difieren de Servicio a Servicio. Este constituía un modelo común, pero la negociación se producía entre el Nivel Central y cada uno de los Servicios, dando origen a grados de compromiso diferentes.

Respecto del componente de *Financiamiento y Gestión Financiera*, el diseño de los Compromisos de Gestión establecía que el Servicio debía realizar su gestión financiera dentro de los montos de ingresos y gastos que definen su marco presupuestario (definido por el FONASA). Los Compromisos de Gestión también incluyeron el acuerdo de alcanzar un resultado operacional positivo o igual a cero. Es decir, si existía diferencia entre los recursos transferidos por el FONASA y los gastos incurridos por el Servicio con motivo de las actividades realizadas, éstas debían ser financiadas con ingresos propios. Adicionalmente, a través de un indicador de deuda efectiva respecto de un nivel de deuda definida, se establecía una meta de endeudamiento por gastos en bienes y servicios. El compromiso implicaba que el indicador debía ser menor o igual a uno.

Con respecto al *Incremento Global de Actividades*, cada Servicio se comprometía a un aumento global de actividades, ponderado de acuerdo al número de prestaciones otorgadas a los beneficiarios atendidos en la Modalidad Institucional entre Noviembre de 1994 y Octubre de 1995 en relación al mismo período en los años 93-94. Las actividades comprendían atenciones abiertas, exámenes de diagnóstico, prestaciones de medicina nuclear, intervenciones quirúrgicas, atención odontológica, procedimientos de ginecología y obstetricia, atención cerrada y actividades de protección específica, entre otras.

Respecto al área de *Recursos Humanos*, las materias se referían a la obligación de circunscribir sus expansiones a las fijadas tanto en términos de montos de recursos incrementales como número de cargos adicionales (puestos de trabajo), y a la fijación de metas para indicadores de desarrollo de procesos de gestión de recursos humanos, tales como regularizar sistemas de monitoreo e iniciar estudios sobre ausentismo. Los indicadores específicos diferían entre los distintos Servicios, y esto como una forma de recoger los diferentes problemas de gestión interna que presentaba cada uno de ellos.

---

<sup>94</sup> La información de esta sección se extrajo de Celedón et al (1998).

En el área de *Inversiones* se incorporaron indicadores de carácter financiero, tales como el porcentaje de gasto efectivo y devengado respecto de las transferencias de recursos recibidos, y también metas de co-financiamiento -a través de ingresos propios- de los proyectos de inversión acordados en el ejercicio presupuestario.

Para el año 1996, los Compromisos complementaron el diseño anterior con aspectos de *Desarrollo Organizacional* y *Gestión del Servicio*, así como de *Calidad de Atención*.

Respecto del primero, el Servicio se comprometía a impulsar un enfoque integral de la gestión, buscando relevar la planificación estratégica con el objeto de mejorar la eficiencia, fortalecer la descentralización y robustecer la participación, involucrando al personal de salud y a los usuarios.

En relación al segundo, se comprometía a los Servicios de Salud para introducir enfoques de calidad, a través de iniciativas que se tradujesen en mejoras en la satisfacción del usuario y garantía de estándares de calidad confiables.

El año 1997 se modifican nuevamente aspectos específicos de su diseño, incorporando nuevos ámbitos de compromisos. Es así como en el área de *Gestión de Salud* se incorpora lo que se denominan “Indicadores de Compromisos de Gestión”, y otros que contemplan la entrega de prestaciones prioritarias a través de los programas Oportunidad de la Atención, Adulto Mayor y el Programa de Prestaciones Complejas.

#### iv) *Aspectos Críticos*<sup>95</sup>

Resulta indudable que, para el Nivel Central del Ministerio de Salud, el hecho de tener que ajustar la transferencia de recursos a criterios objetivos de asignación ha permitido generar metodologías cada vez más perfeccionadas, reduciendo la discrecionalidad en la asignación de los mismos.

Importante ha sido, a su vez, el mejoramiento de la comunicación en las instancias del Nivel Central (en particular entre el Ministerio de Salud y el FONASA), en términos de la alta coordinación que se requiere para generar un tipo de contrato como el que comentamos.

Por su parte, en los Servicios de Salud el Compromiso de Gestión ha significado primordialmente un marco más claro que el existente con anterioridad a su suscripción, tanto respecto de las metas a alcanzar como del mayor control acerca del desempeño de gestión que realizan. En la práctica, esto ha significado que los Servicios eviten la práctica de negociar aisladamente con múltiples oficinas del Nivel Central, ya que el *lobby* bajo el nuevo escenario resulta menos rentable. De esta forma, liberan recursos para otras actividades.

Este proceso, efectuado originalmente entre el Nivel Central y los Servicios de Salud, ha tendido asimismo a reproducirse entre estos últimos y el nivel siguiente. Efectivamente, numerosos Servicios de Salud, en el período inmediato a la firma de los compromisos, iniciaron procesos para arribar a acuerdos, en esquemas similares, con sus establecimientos de salud.

---

<sup>95</sup> La información de esta sección se extrajo de Celedón et al (1998) y de Lenz y Fresard (1998).

Sin embargo, un análisis más profundo de los mismos nos señalan las siguientes debilidades:

Una primera dimensión de los Compromisos de Gestión se relaciona con la formulación de un Plan de Salud por parte de los Servicios y el establecimiento de indicadores de control de resultados. Con respecto a su construcción, algunos de ellos presentan ciertas imperfecciones que afectan la definición de lo que se quiere medir, o su análisis posterior. Adicionalmente, algunos de los indicadores no son controlables por los Servicios o su evolución sólo es posible de observar en el mediano y largo plazo, motivo por el cual su incorporación en una evaluación de gestión anual, como lo es este instrumento, debe ser muy cuidadosa. Sin embargo, con el transcurso de los años, los indicadores mejoran en su construcción, haciendo más precisa su definición.

La ausencia de un sistema de seguimiento o monitoreo es una de las principales debilidades de diseño de los Compromisos de Gestión. En efecto, la información que se genera desde los Servicios no es registrada en un sistema que dé garantías de homogeneidad, calidad y oportunidad en la disponibilidad de sus indicadores. Esto, naturalmente, afecta las mediciones y la capacidad de contar con información confiable respecto de los niveles de cumplimiento de los compromisos.

En relación a la metodología, el hecho que ésta no sea conocida en el momento en que se establecen los Compromisos constituye una debilidad importante. Esto afecta en la medida que los Servicios no tienen claridad respecto de las prioridades incorporadas en los compromisos. Por otra parte, las diferentes pautas aplicadas cada año es otro elemento que no contribuye a dar señales claras ni a producir aprendizaje en este aspecto. En general, la falta de transparencia, debido a la ausencia de un diseño claro y conocido en forma oportuna, puede provocar incertidumbre y desorientación en los Servicios, a la vez que restarle legitimidad al instrumento.

Por último, la no incorporación de incentivos es otra insuficiencia del diseño. Si bien los Compromisos en los diferentes años incorporan algunos elementos de incentivo a través de las características particulares de los indicadores, éstos tienen un alcance reducido y acotado a aspectos muy específicos. El elemento de diseño más destacable en esta materia es la incorporación, el año 1997, de un Bono de Eficiencia para el 25% de los Servicios mejor evaluados. Esto constituye un incentivo de carácter pecuniario que premia el desempeño relativo de acuerdo al resultado final de la evaluación, por tanto considera al Servicio en su comportamiento integral. Si bien el monto total de recursos que se destina a este objetivo es relativamente reducido, su introducción constituye un precedente importante.

Respecto de incentivos no pecuniarios, éstos tampoco son un elemento central en el diseño. Si bien se observan ciertas aproximaciones, tales como la inclusión de una clasificación de los Servicios según los resultados de su evaluación en el año 1996, al no definirse algún tipo de acción derivada de esta clasificación, ni tampoco definirle un carácter público a tales resultados, la incorporación de estos elementos no alcanza a constituir un incentivo. Adicionalmente, la transitoriedad de su inclusión (sólo en el año 1996) lo debilita aún más.

## G. Programas especiales del FONASA <sup>96</sup>

Bajo este título consideramos aquí tres Programas que ha desarrollado el FONASA en estos últimos años. Ellos implican la aplicación resuelta de mecanismos de asignación de recursos prospectivos bajo la forma de Pagos Asociados a Diagnóstico, en el caso de los dos primeros, y parcialmente en el caso del tercero<sup>97</sup>. Estos son el *Programa de Prestaciones Complejas*, el *Programa de Oportunidad en la Atención*, y el *Programa del Adulto Mayor*.

El primero obedece a una respuesta que entrega el Seguro Público de Salud, FONASA, al cambio experimentado en el perfil epidemiológico de la población chilena. Lo anterior se refleja concretamente en un mayor requerimiento de prestaciones de alta tecnología, realizadas sólo en centros altamente especializados y que, por su alto costo, inciden fuertemente en el gasto total de los establecimientos que las realizan, provocando con ello largas listas de espera. El segundo responde al grave problema de las listas de espera que enfrentan los beneficiarios del FONASA para el caso de la cirugía electiva. El tercero, finalmente, obedece a una respuesta a las exigencias que impone el proceso de transición hacia el envejecimiento de la población de nuestro país, uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas.

El *Programa de Prestaciones Complejas* requirió, por parte de la autoridad central, una definición de las patologías con sus respectivas intervenciones de más alta complejidad, lo que era prioritario resolver en el marco de las prioridades sanitarias del país. El mecanismo utilizado para la asignación de recursos, una vez definidas dichas prestaciones así como su financiamiento, se operacionalizó a través de una licitación con los establecimientos acreditados que tenían ventajas comparativas en la provisión de las prestaciones.

En una primera etapa, el Ministerio de Salud y el ente comprador (FONASA) establecen una cuota máxima a financiar. Paralelamente, el FONASA establece los precios máximos por los cuales se realizará la compra. En una segunda etapa, los centros prestadores acreditados ofrecen un determinado número de prestaciones a precios iguales o inferiores a los precios preestablecidos. En esta instancia, los proveedores también se comprometen con una cierta distribución geográfica de casos a resolver, de tal modo de asegurar la equidad en las condiciones de acceso entre los beneficiarios residentes de una zona geográfica con centro hospitalario proveedor, frente a los beneficiarios residentes de otras zonas geográficas sin centros hospitalarios proveedores de prestaciones complejas. Producto de esta oferta el FONASA llena la cuota nacional, mientras los cupos (número de prestaciones) se adjudican por tipo de prestación compleja y de acuerdo al menor precio propuesto por cada proveedor. De esta forma, para un mismo nivel de calidad, los establecimientos con propuestas más económicas podrán adjudicarse el total de prestaciones ofrecidas. Posteriormente, se establecen los Compromisos de Gestión o contratos de desempeño que el FONASA y el Ministerio firman con cada ente proveedor,

---

<sup>96</sup> La información de esta sección se extrajo de Ministerio de Salud (1998).

<sup>97</sup> Para el Programa del Adulto Mayor, el financiamiento está asociado en algunos casos a insumos para tratar diagnósticos, como es el caso de la provisión de bastones y marcapasos.

dependiendo de si el proveedor es público o privado.

Este Programa se inició en 1994, y las prestaciones que contempla son: Prestaciones Cardioquirúrgicas con Circulación Extracorpórea, Neuroquirúrgicas, Transplantes Renales, Transplantes Hepáticos, Oncología y Programa Nacional de Droga Inmunosupresora (PNDI).

Durante 1997 se asignaron M\$ 7.389.000, lo que en la práctica implicó que el número de intervenciones Cardioquirúrgicas aumentaran en un 110% entre 1993 y 1997, las Neuroquirúrgicas en un 23% entre 1994 y 1997, y que por primera vez se financiara el PNDI, considerando que se trata de un componente farmacológico de alto costo asociado a los transplantes renales efectuados con anterioridad al 1° de Septiembre de 1995, fecha en que se dio inicio al Programa de Transplante Renal, que sí financia este costo para los pacientes.

El *Programa de Oportunidad en la Atención* se relaciona con los tiempos de espera que enfrentan los beneficiarios del FONASA en patologías que se resuelven a través de cirugía electiva. Esta espera en la atención superaba en muchos casos los seis meses.

El Programa está centrado en la satisfacción del usuario. Contempla pagar las prestaciones a los Servicios de Salud con recursos financieros adicionales, los que paralelamente serán complementados con reasignaciones propias de éstos, de manera tal que se garantice la atención de los pacientes beneficiarios del FONASA, resolviendo en forma oportuna y con calidad técnica determinadas intervenciones quirúrgicas asociadas a ciertas patologías (entre otras: colelitiasis mayor de 65 años, criptorquidia, cáncer de mama, etc.). La resolución de estas patologías debe ser garantizada en un plazo que no exceda los *tres meses* desde el momento de la indicación de intervención quirúrgica. En el caso de los cánceres, la resolución debería ser inmediata o no exceder el plazo de *un mes* desde el momento de la indicación de tratamiento quirúrgico.

En caso de incumplimiento del programa, el beneficiario deberá realizar su reclamo a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la cual deberá arbitrar las medidas necesarias para dar solución al paciente en el más breve plazo posible. Como segunda instancia, el paciente deberá acudir a presentar su reclamo a la Agencia Regional correspondiente del FONASA. En este caso, FONASA descontará a los Servicios el monto correspondiente a la prestación no resuelta y dará solución al paciente, pudiendo acudir para ello a otro Servicio de Salud o a otros establecimientos que no pertenezcan al SNSS. El costo total de las intervenciones quirúrgicas adicionales comprometidas por los Servicios de Salud, en el marco del Programa para el año 1997, fue de M\$ 2.472.589.

Por último, el *Programa del Adulto Mayor* del Ministerio de Salud forma parte de una política más global del gobierno, destinada a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Entre las enfermedades crónicas de alta prevalencia en este grupo de edad se encuentran los problemas de visión y audición, que producen frecuentemente una menor capacidad funcional. Este programa se inició en 1995 y estuvo dirigido a los adultos mayores que se atienden en la Modalidad Institucional del sistema público de salud.

El programa se inició con una primera etapa destinada a dotar a los beneficiarios de elementos necesarios para mejorar su funcionalidad, especialmente en visión, audición, capacidad masticatoria y de movilidad. En este contexto, se entregaron 25.295 lentes ópticos, 1.871 audífonos, 8.374 tratamientos odontológicos integrales, 2.985 bastones y



1.006 sillas de rueda. Posteriormente se desarrolló una segunda etapa que comprendió la entrega de prótesis necesarias en intervenciones quirúrgicas de patologías frecuentes en ancianos, tales como marcapasos, prótesis de cadera y lentes intraoculares.

La ejecución del Programa se realizó en forma descentralizada, siendo los Servicios de Salud la instancia responsable de fijar sus metas, en términos del número de elementos a distribuir como también respecto a la entrega de los mismos a través de sus hospitales. Para su consecución, el Ministerio de Salud, a través del FONASA, transfirió los recursos correspondientes a los niveles locales. El Programa se realizó con éxito gracias en gran medida al esfuerzo desplegado por los Servicios de Salud, los cuales debieron agregar a sus actividades habituales la ejecución del Programa del Adulto Mayor.

Este Programa se amplió en los años siguientes y se modificó, incorporando nuevas acciones, tales como la extensión de la entrega de lentes ópticos y audífonos a los beneficiarios cotizantes de la Modalidad de Libre Elección del FONASA, bonificándolos con un 50% del precio establecido en el Arancel de Prestaciones. En esta línea, también se cuentan la creación de la consulta de geriatría en el Arancel de la Modalidad de Libre Elección (claro que con un valor superior a la consulta general, por considerarse al médico geriatra como un especialista en falencia); la Atención Integral de Enfermería en Centros del Adulto Mayor y en domicilio; y la ampliación del tipo de prestaciones financiadas a través de la Modalidad Institucional, entre otras acciones.

#### 4. CONCLUSIONES

En este artículo se han presentado los principales elementos que caracterizan el proceso de descentralización financiera experimentado por el sector público de salud. Las reformas iniciadas por el Gobierno Militar sientan las bases estructurales sobre las que se consolidará posteriormente dicho modelo, que alcanzará integridad y mayor envergadura con la Reforma Financiera de la década de los noventa.

Esta Reforma estuvo centrada, en una primera etapa, en la recuperación del sector público de salud, para luego dar paso al desarrollo de herramientas que impulsaran una gestión descentralizada. El punto de partida en este proceso fueron las reformas a los mecanismos de pago como un intento de introducir eficiencia en el sector. La separación entre las funciones de provisión y de compra, o Descentralización Financiera propiamente tal -que constituye nuestro objeto de estudio- no aparecía todavía como objetivo explícito de la política pública. Desde 1994 en adelante, aunque de forma gradual, se avanzó en dicho sentido con la redefinición del FONASA como organismo responsable de gestionar el Seguro Público de Salud y el reforzamiento de las funciones normativas y de provisión en el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud, respectivamente.

Un paso importante dentro de este escenario lo constituyó el desarrollo de los Compromisos de Gestión, que han permitido -aunque débilmente todavía y en un espacio muy limitado de recursos disponibles para dicha función- que el ente asegurador asuma algún rol como comprador, efectuando contratos explícitos con los prestadores e incorporando mecanismos de pago que, junto con incentivar la eficiencia, transfieren el riesgo al prestador. Esta experiencia ha traído, sin lugar a dudas, mayores niveles de transparencia en la asignación del financiamiento, donde hoy priman conceptos de gestión

por sobre las decisiones discrecionales que imperaban con anterioridad.

Este proceso, que ha tenido como fin último aumentar el bienestar de las personas acercando la toma de decisiones al nivel local, merece, a casi una década de su inicio, una profunda revisión.

La implementación de nuevos mecanismos de pago a Nivel Secundario y Terciario se ha logrado parcialmente, lo que podría llegar a poner en cuestionamiento su permanencia. Los Compromisos de Gestión todavía no cuentan con un diseño estable y carecen de sistemas de seguimiento y monitoreo, así como de incentivos pecuniarios y no pecuniarios. A la fecha, todavía un 95% de las transferencias de los recursos financieros a los Servicios de Salud son asignados en base a presupuestos históricos, argumento suficiente para hacer una revisión del proceso<sup>98</sup>.

Crucial responsabilidad en estos resultados la ha tenido la imposibilidad de introducir modificaciones en la gestión de los recursos humanos del sector, para que éstos sean consistentes con el proceso de reforma financiera. Lograr una mayor flexibilidad en la movilidad del recurso humano e introducir incentivos orientados al mejor desempeño a través de las remuneraciones, ha resultado políticamente imposible debido a la oposición de los sectores gremiales (Lenz y Vanderschueren, 1998).

Sin embargo, al contrastar la organización del sector público de salud de comienzos de la década con la situación enfrentada en la actualidad, no se puede dejar de admitir que, a un ritmo probablemente distinto al por todos esperado, la modernización del sector salud ha brindado algunos frutos importantes:

En lo relativo a los mecanismos de financiamiento, existe la apreciación general que ellos han contribuido a la administración sectorial. Su descalificación, a estas alturas, se debe más a un problema de desfinanciamiento sectorial que a la evaluación de estos mecanismos como inadecuados. De hecho, en aquellos casos donde no hay problemas de financiamiento, ellos son valorados positivamente. Un ejemplo concreto es el caso de los Programas Especiales donde, respecto del Programa de Oportunidad en la Atención y el Programa de Prestaciones Complejas, ya nadie discute que el sistema de pago a través del PAD da resultado, dado que los aranceles de las canastas son similares a los precios de mercado (Lenz y Vanderschueren, 1998).

Con respecto al nuevo mecanismo de financiamiento establecido en el Nivel de Atención Primaria, si bien ha enfrentado distintas resistencias de diversos actores del sector que critican el modelo por el bajo monto que tendría el Per Cápita, lo restrictivo que sería el Plan de Salud Familiar, los dañinos efectos que producirían la libertad de inscripción, etc.<sup>99</sup>, lo cierto es que ha logrado grandes avances en el cumplimiento de sus objetivos. Ello se ve reflejado en un sostenido crecimiento de la población adscrita al sistema, en su contribución a una mayor equidad en la entrega de recursos, y en su capacidad de allegar mayores recursos para la Atención Primaria con el aporte voluntario de los municipios.

---

<sup>98</sup> El 5% restante es el que se asigna a través de los Programas Especiales, detallados en la sección 3.7 de este artículo.

<sup>99</sup> Las críticas vendrían de parte de grupos organizados, como la Asociación Chilena de Municipalidades y la Coordinadora Nacional de Trabajadores, como también de parte de profesionales del área de la salud pública. Ver Lenz et al., eds. (1999).

Por último, la separación de funciones que radicó –parcialmente- la función de compra en el Fondo Nacional de Salud, separándola de la función prestadora que tradicionalmente ponía el énfasis en la oferta de servicios más que en las necesidades del usuario, ha permitido fortalecer dicha función. Con ello se ha mejorado la oferta de servicios con la que se beneficia la población a cargo del Seguro Público, que es la de menor nivel de ingresos del país.

#### **IV. EL ROL DE LOS ACTORES Y DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL EL CASO DE TRES HOSPITALES PÚBLICOS**

*Darío Rodríguez  
Ángela Boitano*

##### **1. INTRODUCCION**

Las medidas de descentralización financiera han encontrado en los hospitales ciertos obstáculos que han impedido lograr una mayor flexibilidad en los prestadores. Pese al aumento de los recursos destinados al sector durante la década de los 90, no se ha observado un incremento equivalente en las prestaciones entregadas, ni tampoco una mayor satisfacción de los usuarios. Si bien los recursos se han duplicado entre los años 1990 y 1996, la deuda de los hospitales se ha acumulado hasta cifras enormes.

Este estudio se propone determinar los elementos claves que conforman la cultura organizacional de los hospitales y analizar su gravitación sobre los resultados del cambio descentralizador que se ha intentado implementar. Los objetivos específicos son los siguientes:

- i) Identificar los grupos de pertenencia y de referencia de los actores involucrados en la toma de decisiones a los hospitales;
- ii) Caracterizar la cultura del sistema de salud, vale decir, la identidad del sistema;
- iii) Conocer la forma en que se genera la información, su origen y grados de legitimación, el modo en que ésta se distribuye, los canales de comunicación y sus cuellos de botella;
- iv) Identificar las expectativas generadas en torno a la descentralización financiera del sector, y las esperanzas y temores que ha generado;
- v) Analizar si es en los distintos actores existe o no un cultura de resistencia a la descentralización así como la presencia de factores de aceptación, y determinar si la eventual resistencia o aceptación se encuentran vinculadas principalmente al proceso descentralizador, o si mas bien se trata de un fenómeno más amplio que se asienta en rasgos de la cultura organizacional de los hospitales.

Las hipótesis que orientan este estudio son las siguientes:

La primera hipótesis alude a que el rechazo a las medidas de descentralización financiera tienen origen principalmente en la forma en que han sido implementadas. Bajo esta hipótesis se indaga si los actores se han sentido consultados respecto al contenido de las reformas, si han percibido que es importante su participación, o si sólo han sido informados.

La segunda hipótesis alude a la existencia de resistencias que se originan en una visualización de la descentralización como amenaza para los intereses de grupos; esto es, que la resistencia ocurre en defensa de intereses gremiales o políticos. En este caso es interesante conocer la estructura de poder que opera realmente (y no sólo formalmente) en el espacio de toma de decisiones, para detectar posibles cambios en las bases de autoridad y en la legitimidad de esta autoridad. También es pertinente preguntarse si la racionalidad ligada a la gestión ha generado cambios importantes en la estructura de poder, cómo ha sido asumida por los actores en espacios de poder, y cuáles han sido las dificultades con que se han encontrado entre los funcionarios a su cargo.

La tercera hipótesis alude a la existencia de resistencias que podrían explicarse por conductas y valoraciones de los principales actores y que se hallan arraigadas en patrones culturales propios de la organización. En este caso nos centramos en la mirada de los funcionarios de la salud para, desde ahí, evaluar lo que ha significado para ellos la política de descentralización financiera. También es relevante preguntar cómo han sido recibidos tradicionalmente los esquemas nuevos de trabajo y de financiamiento, cómo perciben los funcionarios la actual discusión sectorial, cómo proyectan el sector a futuro y cómo se ven ellos asumiendo esta nueva lógica centrada en la gestión.

Por cultura entendemos un conjunto de esquemas de distinción que permiten configurar una cierta realidad y tomar decisiones coherentes acerca de lo bueno/lo malo, lo válido/lo no válido, lo verdadero/lo falso, etc. Estas pautas son invisibles para los que están dentro de ella, y difíciles de modificar; de hecho, no se pueden cambiar por decreto (Rodríguez., 1991, p. 157).

El enfoque adoptado supone asumir a las organizaciones como sistemas culturales cuyos miembros comparten un sistema de ideas, cogniciones y significados. Acceder al conocimiento de las claves culturales implica, al mismo tiempo, reconocer que cualquier innovación que se intente debe recoger este elemento, lo que permite -a la larga- mejorar y/o reforzar la estrategia y la gestión de una institución.

Por lo tanto, cada vez que se desee implementar un cambio que implique afectar pautas culturales, es recomendable conocer dichas pautas y su inserción en la cultura global para, desde ahí, apoyándose en ella, introducir la innovación.

En este estudio se tomó como casos tres hospitales públicos pertenecientes a dos servicios de salud. Se trata de los hospitales de San Borja Arriarán, La Serena y Coquimbo, pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Central el primero y de Coquimbo los otros dos<sup>100</sup>. En cada caso por medio se entrevistas semiestructuradas y observación directa

---

<sup>100</sup> El criterio de selección que se aplicó tiene que ver con el desempeño de los hospitales en el período 1995-97. Considerando los siguientes criterios: i) cumplimiento de programas; ii) organización y gestión; y iii) calidad de la atención a los usuarios, los que se operacionalizaron según información sobre el grado de cumplimiento de los compromisos de gestión desarrollados por el Ministerio de Salud. En base a

se hizo un diagnóstico de la cultura organizacional hospitalaria, buscando en ella facilitadores y obstaculizadores de la reforma financiera descentralizadora que se aplica desde el Ministerio de Salud.

El trabajo presenta a continuación los principales rasgos culturales encontrados entre los funcionarios que trabajan en los hospitales públicos seleccionados, y señala cómo operan estos rasgos en contacto con las reformas financieras intentadas.

Posteriormente, se aborda cómo los diferentes actores relevantes perciben la introducción de estas medidas, o bien la discusión acerca de esta reforma que se ha instalado en algunos de estos hospitales. Se señala cómo los entrevistados perciben que las medidas han sido implementadas, cómo han sido informados y cuáles son los efectos que ellos han notado a raíz de estos cambios.

La sección 3 sintetiza y reflexiona sobre los principales resultados y la 4 señala las recomendaciones que se desprenden de ellas.

## 1. LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

### A. Actores y cultura de los funcionarios de la salud pública

Un análisis de las entrevistas permite afirmar que existe una cultura propia de los funcionarios de la salud pública. Los signos de esta cultura se expresan en el discurso que exalta la satisfacción de servir a los más necesitados y el orgullo por la labor que realizan. Lo anterior va unido a cierta desazón por las condiciones de escasez y pobreza del sistema. A su vez, esta cultura se caracteriza por incluir varias culturas que coexisten simultáneamente -aunque con distinto peso- y que están orientadas a satisfacer distintas racionalidades. Encontramos rasgos de seis subculturas: burocrática; médica; centrada en la eficiencia; de la resistencia; de servicio público; de la región.

#### i) *La cultura burocrática*

Esta se caracteriza por:

a) Una excesiva jerarquización de las relaciones laborales y el respeto a las jefaturas por parte de casi todos los funcionarios de los hospitales seleccionados. En este punto se puede hacer una excepción con los médicos (principalmente, con los jefes de servicios clínicos).

Esta cultura burocrática estaría representada por las autoridades máximas de los hospitales, en el sentido de que aparecen sosteniendo la jerarquía en la que descansan las decisiones y cuidando el uso de los conductos regulares. Y también estaría encarnada por los funcionarios subordinados al poder administrativo y por los funcionarios del hospital pertenecientes al área clínica que no son médicos directivos, incluso por aquellos que ejercen jefaturas intermedias de apoyo y administrativas.

Esta cultura no sería estable. Muchos entrevistados se refieren a un cierto cambio de mentalidad en el funcionario público, cambio que se refleja en pedir más explicaciones

---

estos antecedentes el Servicio de Salud Metropolitano Central se encontraba en el grupo de servicios con desempeño más deficiente y el de Coquimbo en el grupo con desempeño más favorable.

acerca de lo que se le solicita, a que para hacer los cambios habría que convencer, etc. La explicación para entender este cambio de mentalidad estaría referida a cambios en el país relacionados con la democratización de la sociedad. Sin embargo, esta idea coexiste con la aceptación de los cambios a través del hágase esto sin más explicaciones, sosteniendo que ésa es la única manera de obtener rendimiento de los funcionarios. Subyace la idea de que si se propusieran cambios aceptando participación, éstos serían demasiado lentos.

b) Una cierta valoración de la mediocridad pareja, asociada a un bajo reconocimiento al desempeño y a una estabilidad laboral que atenta contra cualquier intento de premiar a los mejores y que con frecuencia se expresa en comportamientos rituales.

Esta cultura está presente en los funcionarios no médicos del hospital. Sobre todo entre los administrativos.

Observamos una pauta de comportamiento ritual, de hacer por hacer, del mero trámite, sin un compromiso con el tema. Esta pauta se observa al menos en tres ámbitos:

- Es frecuente que los funcionarios hagan lo que se les pide desde arriba para no poner en peligro el trabajo, para no crear conflictos, etc., pero sin un compromiso con esta nueva manera de hacer las cosas. Es decir, se adopta el formato pero se siguen haciendo las cosas como tradicionalmente se han hecho.

- En el ámbito de la participación, no es fácil para la autoridad tomar decisiones que no se legitiman. La democratización de nuestra sociedad ha hecho valorar este aspecto. Sin embargo al no contar con los mecanismos que permitan hacer efectiva la participación, se cae frecuentemente en el “ritualismo”: todos hacen como que participan, la dirección hace como que es importante oír las opiniones, pero en la práctica esta instancia no se traduce en medidas que reflejen la diversidad de opiniones.

- Finalmente, observamos este ritualismo en el tema de las Calificaciones. Se trata de un aspecto crítico presente en toda la Administración Pública (según estudio de Clima Organizacional de la Administración Pública Chilena, Desuc, 1997). Las calificaciones se han transformado en un ritual que se realiza por una obligación de calificar pero que -en la práctica- no refleja el desempeño ni está asociado a incentivos al desempeño. Se evalúa según aspectos formales. Esto genera desmotivación y fomenta la “mediocridad pareja”. La presión que ejercen los gremios es un factor que limita aún más las facultades de los jefes en el reconocimiento del desempeño.

c) Un modo de relacionarse con lo público como lo que no es de nadie, como un espacio del cual los funcionarios y los usuarios se sirven, y no al cual sirven. En este caso, el hospital es el bien público del cual es legítimo usufructuar.

Entre los distintos estamentos se dan diferentes relaciones con lo público. Entre los médicos encontramos una doble relación. Al hablar de las razones por las que permanecen en el servicio público, está por un lado la vocación de servicio (lo gratificante de atender a una población necesitada), y por otra parte la necesidad de aprender, de perfeccionarse en alguna área.

En los estamentos de los auxiliares paramédicos y administrativos, este servirse de lo público se expresa en usar los medicamentos destinados a los pacientes, algo que “todos saben” y que, sin embargo, justifican tácitamente en razón de los malos sueldos y la precaria situación económica en que vive la mayoría de los funcionarios de estos estamentos.

Esta relación con lo público se daría también entre los usuarios del sistema. Es decir, éstos no sienten obligación de ciertos actos básicos, por ejemplo presentar la credencial que los identifica como usuarios del sistema. Los usuarios llegan a atenderse con la sensación de que esto debe ser así, pero sin un compromiso con el sistema, en el sentido de que no comprenden que se deben distinguir de aquellos que no son beneficiarios del sistema.

La relevancia de este rasgo en la cultura burocrática radica en que, frente a los cambios, el parámetro de resistencia o aceptación estaría determinado por la conveniencia que los funcionarios ven en relación al trabajo que realizan. En este caso es urgente fortalecer una cultura de servicio en que se enfatice la idea de servicio a las personas, porque en caso contrario se rechaza todo lo que no convenga a los funcionarios y se desdibuja el objetivo de los servicios de salud, que son los usuarios.

Esta cultura burocrática es, sin embargo, por sus mismas características, permeable a los cambios. Los jefes que ejercen liderazgos legítimos y legales serían capaces de conducir cambios. Es probable que una motivación importante sea un reconocimiento al desempeño (tema que cruza la crítica al sistema) que se traduzca en mejorar las condiciones de trabajo, tanto propias como colectivas. Por ejemplo, la calificación que permita el ascenso. Recordemos que otras experiencias de modernización de servicios públicos han sido exitosas, pese a la existencia de esta cultura, al introducir mecanismos que han fortalecido la pertenencia a la institución, las mejoras salariales, la carrera funcionaria, etc.

Por otro lado, la resistencia que esta cultura ofrece dice relación con la baja disposición a un cambio que no esté asociado a incentivos que se relacionan con el entorno más inmediato. El aumento de la carga de trabajo debería estar asociado a mejoras sustanciales que logren impactar las prácticas laborales.

Para esta cultura, la reforma intentada no sería más resistida que cualquier otro proceso de cambio. Es decir, es probable que frente a los cambios la cultura burocrática se resista como frente a cualquier modelo nuevo. Sin embargo, para producir la adhesión a ellos se pueden introducir los incentivos que reclaman: fortalecimiento del liderazgo, reconocimiento al desempeño, incentivos económicos, reforzar mecanismos de participación adecuados y crear canales de comunicación eficientes que reduzcan la desmotivación, la desinformación (y, por ende, los rumores), y modelos de resolución de conflictos (los que actualmente se resuelven con la activación de las instancias gremiales).

## *ii) Cultura médica*

Los diversos actores ven a la actividad médica como el centro de orientación de la actividad del hospital. En este contexto, todos los demás estamentos y áreas del hospital prestan apoyo a esta actividad y, en este mismo sentido, quedan subordinados a este eje de orientación.

La cultura médica está caracterizada por:

a) Los rasgos de una **burocracia profesional** (Mintzberg), concepto que supone una alta estandarización de conocimientos y habilidades, un gran número de personal de apoyo realizando el trabajo simple y rutinario que los profesionales no quieren hacer o que elevaría los costos de estos mismos profesionales. Esto hace que surjan jerarquías paralelas:

una democrática para los profesionales y otra autocrática para el personal de apoyo; estas burocracias son más efectivas para organizaciones estables y complejas, y la complejidad requiere que las decisiones estén centralizadas en individuos altamente calificados.

b) Una cultura marcada por **símbolos** que cumplen la función de definir lo que es pertinente y lo que no cabe en la práctica profesional. Entre los símbolos más visibles se encuentran el fonendo, el delantal blanco, el lenguaje, cierta manera de comportarse que transmite seguridad al equipo de trabajo, austeridad en los lugares de trabajo (oficinas). Los símbolos definen el dentro/fuera y marcan la jerarquía médica, y a la vez definen la práctica médica que se realiza en un ceremonial casi religioso de exclusiva relación médico-paciente, donde lo que no pertenece al criterio de validación de ese ritual es visto como espurio. Esto sería lo que permite levantar resistencias a nivel del gremio, las que tratan de defender este dominio de relación en el que no caben criterios económicos.

c) Una cultura **individualista**, en que se privilegia la relación cara a cara con un paciente de carne y hueso. Modelo que acostumbra a los médicos a interactuar solos con el paciente. Algunos mencionan, a propósito de esto, que “la esencia de la medicina es la relación médico-paciente, donde el médico toma la decisión acerca del tratamiento, los exámenes que va a pedir, etc.”

La relación médico-paciente imprime un sello peculiar a esta cultura. Por una parte, configura un concepto de participación excluyente: toda la dinámica de diagnóstico, prescripción del tratamiento, eventual consulta a los pares, etc., transcurre en un modelo que concentra el poder, la información y la decisión. Esto nunca se traspasa al paciente, a éste no se le consulta, simplemente se le indica. Es probable que los médicos reproduzcan este modelo en otros dominios de relación.

Por otra parte, pensamos que esta relación es lo que constituye el rasgo distintivo de lo clínico, por cuanto es en ese espacio de relación que el médico realiza su vocación, experimenta, obtiene legitimación de sus pares, etc.

d) **Elitista**, en que predomina la pauta de grupo poseedor del conocimiento. Rasgo que viene dado por una historia de éxitos académicos y sociales a lo largo de la vida. En esta sociedad, un médico que tiene una historia de buen rendimiento escolar, es considerado(a) inteligente, estudioso(a), capaz, etc., todo lo cual forma una personalidad con una notable autoestima. En la práctica y el ejercicio de su profesión aterriza y se encuentra con la gente común y corriente, es decir, sus pacientes y el equipo de salud. Para los pacientes, es quien resolverá sus problemas de salud, y por lo tanto se descansa en su sabiduría. El paciente toma un rol infantil, de dependencia. Con respecto a los funcionarios que forman su equipo de trabajo, el médico tiene el rol protagónico, en el sentido de que toma las decisiones, asume los costos de ellas, y los demás “descansan” en esta especie de Dios que se mueve en el dominio de la vida y la muerte.

e) Una **subvaloración de todo aquello que no está ligado al ámbito clínico**. Todos los actores del sistema esperan que el médico se comporte como un dios, y si así no lo hiciese generaría graves disfunciones. Por esto los médicos, dada la pesada carga de asumir decisiones vitales, se concentran en este tema y minusvaloran todo lo que no sea estrictamente relevante para su actividad.

La importancia de la relación médico-paciente más el poco interés por los temas administrativos da lugar a una postura extrema por parte de algunos médicos: “Eso lo



aprendí cuando estudiaba medicina: no le ahorre plata ni al paciente ni al hospital, que la única perjudicada va a ser usted misma” (Jefe Servicio Clínico, Hospital San Borja Arriarán).

Este rasgo explica la resistencia al cambio cuando éste supone aumentar los controles administrativos a su tarea.

f) **Legitimación por los pares.** Los médicos se validarían por medio de los mecanismos de reconocimiento a su experiencia, a la especialización clínica y a los diagnósticos acertados. Este reconocimiento proviene de sus pares. Un segundo mecanismo, mencionado en menor medida, es el buen trato a los pacientes.

Unos pocos entrevistados, básicamente pertenecientes al área directiva, mencionaron que en un futuro los médicos se validarán por ser buenos gestores. Actualmente la validación no se da en esta esfera.

g) **Influencia de figuras relevantes de la profesión.** Este modelo proviene de la existencia de cátedras universitarias ligadas a algunos servicios clínicos. Se habla de los “discípulos” de algún buen médico, se habla de “feudos” en que la figura de un médico de renombre acapara la atención y orienta el que hacer de los más jóvenes. La funcionalidad de este modelo estaría dada por la transmisión de la tradición, por la conservación de cierta memoria histórica que permite mantener el sistema y un modo en que se considera natural que ocurran las cosas.

La cultura médica muestra una heterogeneidad que está dada por el lugar que los médicos ocupan en la organización. Los médicos que ocupan cargos directivos y aquellos que se han especializado en salud pública sostienen rasgos distintos a los médicos clínicos.

Los médicos directivos son algo críticos con sus colegas que se desenvuelven en el ámbito exclusivo del trabajo clínico. Su experiencia en labores administrativas les ha hecho conocer la otra cara de la medalla, es decir, lo que cuesta brindar un apoyo real y efectivo cuando hay escasez de recursos, por un lado, y también cuando no hay comprensión por parte de los clínicos acerca de la importancia de atender temas ligados a la productividad y la eficiencia.

Para los médicos clínicos, el ejercicio de su actividad (cara a cara con el paciente) es lo que realiza su vocación. Es “para lo que han estudiado”, lo que les da prestigio y legitimación entre sus pares. Desde esta mirada, los salubristas o los médicos dedicados a la administración serían calificados como médicos menos capaces en lo clínico. De más está decir que cuando un médico clínico tiene como jefe a un médico que no ha sido validado en lo clínico, le otorga poco poder de decisión en lo que respecta a su esfera de competencia.

Estas tensiones tenderían a resolverse cuando los jefes (médicos dedicados a labores administrativas) han ejercido una larga trayectoria como médicos clínicos (han probado que saben). Si los médicos que ejercen jefaturas no han probado su saber técnico (clínico), no son legitimados. En los hospitales seleccionados, los médicos que ejercen cargos directivos son médicos clínicos que han asumido cargos directivos.

De algunas entrevistas se desprende cierta jerarquía en las especialidades médicas, que ubican al salubrista en el último peldaño de esta escala. Sin embargo, un médico jefe de servicio clínico consideró que la poca importancia que hoy se les otorga a estos médicos se debería a una discriminación política hacia el sesgo socializante que los salubristas tuvieron en algún momento. Esta distinción al interior de la cultura médica es relevante porque los

médicos clínicos constituirían un núcleo duro de resistencia a los cambios que propone esta reforma al financiamiento. En cambio, los médicos que consideran válidos los temas de gestión se muestran más proclives al cambio.

Los entrevistados reconocen cambios en la cultura médica. Los más mencionados están relacionados con:

- Transformaciones en la sociedad. Por una parte se ha democratizado, lo que ha generado mayores expectativas de movilidad social, de participación, etc. Por otra parte, ha legitimado el lucro, fomentando el consumo. Habrían variado ciertos referentes tradicionales, cambios entre los cuales se identifica la pérdida de valoración del sector público, que ha sido estigmatizado como ineficiente; se ha quitado la prioridad social; etc. Lo anterior explicaría que hoy prime el interés económico, lo que resta atractivo a trabajar en el sistema público.

- Menor compromiso con el sector público entre los médicos más jóvenes. Es posible que desde que los estudiantes de medicina se transformaron en clientes de la universidad haya cambiado su posterior relación con el servicio público, transformándose en legítima la ganancia por ejercer su actividad. Los médicos de las generaciones nuevas tienen la sensación de que “nadie les ha regalado nada”, por lo tanto, esto afecta su compromiso con el sector público. Entre los profesionales no médicos, también se da esta atracción por mejores condiciones laborales que ofrece el extrasistema, lo que debilitaría su compromiso.

- Entre los cambios que tienen un sello positivo habría una valoración emergente desde de los médicos acerca de ciertos aspectos administrativos, que antes eran vistos como un tema menor. Se reconoce la aceptación entre algunos médicos -no la mayoría, por cierto- de ciertas normas que sólo estaban dispuestos a asumir en el extrasistema (horarios, contención de costos, prohibición de dejar a los usuarios sin atención, etc.), normas que ahora aceptan en el servicio público. Antes se argumentaba que, debido a los bajos sueldos, el hospital no debía exigir a los médicos mucho más, pero ahora hay cierto consenso entre algunos médicos en cuanto a que los sueldos han mejorado. Y, por otro lado, hay cierto imperativo ético de ser eficiente cuando los recursos son escasos.

El que los médicos y otros profesionales de la salud estén cada vez más dispuestos a asumir una lógica centrada en la gestión, podría ser un arma de doble filo, porque cada cosa que no esté claramente estipulada será cobrada. La idea de fondo es que, si bien es importante profesionalizar el hospital, es también importante no minar el principal recurso de los funcionarios, que es su vocación de servicio, recurso que debería ser reconocido con incentivos, pero sin restricciones y con más autonomía.

Luego de describir los rasgos de la cultura médica, debemos mencionar que esta cultura es la resistencia con la que se tiene que enfrentar cualquier intento de reforma que enfatice la eficiencia en el uso de recursos. Esta resistencia se funda en la valoración de lo clínico como el centro de orientación del hospital, en función de lo cual deben girar los aspectos administrativos de la gestión, la planificación, etc.

Esta cultura sería proclive a los cambios que se asocien a un apoyo al trabajo clínico, pues en ese dominio se legitiman. Un apoyo al trabajo clínico supone -para los médicos clínicos- un apoyo logístico suficiente para realizar diagnósticos acertados e intervenciones exitosas, una permanente orientación a su capacitación y su

perfeccionamiento profesional, un reconocimiento al desempeño que contemple medir la calidad de la prestación (en este punto se puede integrar la evaluación que debieran hacer los usuarios).

En síntesis, para esta cultura es un incentivo el aumento del volumen de atenciones, o el uso de tecnología moderna para realizar su trabajo. El incentivo económico no aparece como un tema relevante, por cuanto los médicos -en general- cuentan con la posibilidad de aumentar sus ingresos en el extrasistema.

La cultura médica es cualitativamente más poderosa que las demás y su resistencia a los temas de eficiencia es un modelo para el resto del equipo de salud, por cuanto son los médicos los que comandan el trabajo clínico. Al hacerlo, no sólo prescriben un tratamiento sino que también irradian valores hacia el resto de los funcionarios.

En la resistencia que esta cultura levanta contra el cambio, es fundamental considerar que para los médicos cualquier intervención que no provenga de sus propios criterios de legitimación es invalidada. Por lo tanto, los médicos aceptarían aquellas decisiones que provienen de un espacio en que ellos han sido adecuadamente representados y que recogen las principales demandas que articulan su discurso gremial.

*iii) Una cultura emergente centrada en la eficiencia*, que tensiona permanentemente a la cultura médica. Encontramos evidencias acerca de la existencia de esta cultura en:

a) La tensión que produce la **coexistencia de dos racionalidades** que son exitosas al actuar separadamente y que al interactuar producen choques entre los actores que las encarnan. Se menciona frecuentemente y de manera espontánea el Informe Caldera como un hito en las malas relaciones entre las culturas médica y administrativa. Este informe se recibió como un juicio a los médicos, desde un dominio que no es validado en el sector: lo económico. En general, los médicos esperan que el área administrativa les provea de los apoyos para realizar su función y llevar a cabo la atención en salud, no que los ingenieros comerciales les digan “que deben hacer”.

b) El **énfasis en la eficiencia en el uso de recursos** es blanco de las críticas desde los actores que pertenecen al mundo clínico. Estas críticas aluden -básicamente- al énfasis en la cantidad por sobre la calidad de la atención en salud. Sin embargo, este rechazo a ser medidos por indicadores de productividad también refleja la resistencia a ser medidos por estándares de producción que los asimilan a cualquier otro profesional que se desempeña en un área de recursos escasos. Es decir, al discurso que vela por la calidad subyace el discurso tácito que vela por el ejercicio de la profesión sin exigencias provenientes de otro dominio que no sea el clínico.

La cultura centrada en la eficiencia es sometida -desde el mundo clínico- a caricaturizaciones que las desvalorizan frente al equipo de salud. Se ha caricaturizado el énfasis en la eficiencia a través de ahorrar insumos y se han difundido historias en las cuales “por un tema de economizar... pacientes graves se murieron, siendo que no debían haberse muerto; se dice entonces que se habían muerto por macroeconomía”.

Desde la cultura centrada en la eficiencia se advierte que se han invertido muchos recursos en el sector, lo que supondría elevar la productividad. Sin embargo, esta premisa, es rechazada por los médicos clínicos, aludiendo a que con este incremento en los recursos lo que se ha hecho es normalizar los niveles de actividad.

Pero no todo son críticas al tema administrativo. Muchos actores relevantes expresan que la salud gratis para todos es un mito. Entre algunos médicos de jefaturas se expresa la idea de que se puede traer la eficiencia de la medicina privada al área pública, lo que significaría cambiar la mentalidad de los médicos. Aquí surge el tema de que es un imperativo ético ser eficiente cuando los recursos son escasos.

Esta cultura de la eficiencia estaría representada por los funcionarios proclives al cambio, es decir, actores que forman parte de la cúpula directiva, que han recibido capacitación en gestión y tienen una mirada más acorde con los cambios que se ha intentado impulsar en este proceso de modernización. También algunos jefes de servicios clínicos, que han recibido capacitación en gestión, asumen que este cambio es inevitable y positivo.

Pero son los médicos, sin duda, quienes muestran mayor resistencia a asumir estos temas. Los demás profesionales de la salud tienen mayor formación en el manejo de ellos.

Esta cultura emergente es un factor facilitador del cambio, y según cómo se posiciona en la organización se constituirá o no en cultura dominante. Es decir, en la medida en que se instale como poco amenazante para la cultura médica, en la medida en que sea capaz de validar el trabajo clínico como el elemento central, y en la medida en que sea capaz de subordinar sus objetivos sin desdibujarse, es posible que encuentre en el hospital un nicho propio.

#### iv) *Cultura de la resistencia*

Entre las hipótesis que orientaban esta investigación estaba la idea de que habría cierta resistencia a los cambios introducidos en el sector público de la salud. Esta resistencia se funda en patrones derivados de la cultura organizacional, principalmente de la cultura médica, como ha quedado de manifiesto en las secciones anteriores.

Existe la idea, por una parte, de que el cambio es un tema difícil de asumir, sea cual sea. Por lo tanto, se trataría de una resistencia natural con que se encontrará cualquier medida que implique cambios en el modo habitual de hacer las cosas. Por otra parte, es posible que los gremios que actúan en el sector encarnen esta resistencia a los cambios, levantando la defensa de intereses gremiales y -no pocas veces- políticos.

a) La idea del **cambio como difícil de asumir por naturaleza** es algo expresado por diversos actores. Esta idea, dispersa entre actores de casi todos los segmentos y áreas de los hospitales, se basa en cierto sentido común al que aluden los entrevistados cuando mencionan este tema, y también en cierta experiencia acerca de la asunción de los cambios. Este modo de pensar nos hace suponer que los gremios de la salud (que encarnarían esta resistencia) sólo representan esta idea, la que está arraigada en los diversos actores del sistema.

Se expresa la idea (fundamentalmente por parte de los jefes) de que el cambio ahora cuesta hacerlo más que antes, que los funcionarios ya no aceptan imposiciones y que hay que convencer a la gente.

Hay cierto consenso en el sentido de que el cambio genera temor, y por esto se explicaría la resistencia. No hay una identificación mayoritaria con ciertos grupos que se resisten al cambio, se habla de una resistencia más general hacia un tipo de racionalidad

que se fundamenta en criterios económicos, resistencia que proviene de actores vinculados al trabajo clínico.

b) Influencia de la cultura de los gremios. Los funcionarios de los hospitales tienen varias instancias gremiales organizadas (la Fenats, el Capítulo Médico y la Aprus). Estas son vistas con cierto malestar por los directivos de los hospitales y por los funcionarios no organizados, en el sentido de que son percibidas como los principales obstáculos al cambio. Sin embargo, son un baluarte para otros, que se sienten protegidos en lo que algún entrevistado llamó la “mediocridad pareja”.

Es decir, los gremios (y aquí los entrevistados piensan fundamentalmente en la Fenats) serían un obstáculo no sólo al cambio, sino a cualquier forma de introducir eficiencia al interior del sistema, porque -según decía un entrevistado- “defienden lo indefendible”, es decir, la inamovilidad a ultranza en desmedro de la eficiencia. De este modo dificultan cualquier mecanismo que pretenda incentivar el buen desempeño premiando a los mejores funcionarios y removiendo a los ineficientes. Esta cultura es un importante obstáculo al reforzamiento de una cultura de servicio, toda vez que centra sus demandas en la satisfacción de necesidades de los funcionarios, olvidando el énfasis en el beneficiario final.

Diferentes actores, principalmente funcionarios que ejercen jefaturas (tanto del área clínica como de la administrativa), reconocen el peso que tienen las demandas gremiales. Al respecto se dice frecuentemente que los gremios son poderosos, que pueden botar a una dirección, que a veces son los referentes de los diferentes actores del hospital, que son temidos por los jefes cuando se ven enfrentados a la necesidad de evaluar mal a un funcionario.

Al hablar de la Fenats, se menciona que es una instancia más politizada. La Aprus (Asociación de Profesionales Universitarios de la Salud) defiende fundamentalmente intereses gremiales. Y acerca del Colegio Médico, un entrevistado que ejerce un alto cargo de jefatura en el Servicio de Salud Metropolitano Central, se refirió a esta instancia como “...el Colegio Médico tiene un proyecto de poder. Se ha dicho que es una fracción de clase, pero creo que la verdad es que no sirve más que a los intereses de los propios médicos. El gremio representa una cultura de la oposición”.

Es interesante notar cierta brecha que se establece entre el discurso de los gremios y el de los funcionarios. En el discurso privado los entrevistados manifiestan mayoritariamente la necesidad de ser evaluados por temas ligados al desempeño, la aceptación de -eventuales- incentivos ligados a este reconocimiento, la necesidad de que las calificaciones sean herramientas que permitan discriminar, etc. Sin embargo, el discurso de los gremios (principalmente, de la Fenats) no asume estas necesidades y se orienta a satisfacer demandas que uniforman a los funcionarios asociados. Es decir, cuando un funcionario asume la representación de los funcionarios entraría en un dominio de relación en que se convierten en válidas demandas propias del movimiento gremial, y se olvidan las necesidades de los funcionarios en su trabajo cotidiano.

Esta cultura de la resistencia encarnada por los gremios es un obstáculo a la cultura de servicio y a la cultura emergente centrada en la eficiencia que expusimos en el punto anterior. Y no es menos obstáculo a las demandas individuales expresadas por los actores (de reconocimiento al desempeño, etc.). Frente a los cambios intentados por esta reforma,

se levanta como un discurso que tiende a inmovilizar cualquier proceso. La estrategia para superar este obstáculo pasaría por validar esta demanda en lo que tiene de representativa y fortalecer los mecanismos de identidad, de reconocimiento a la vocación de servicio y a la entrega de los funcionarios que representan esta cultura.

v) *Cultura de servicio público*. Se identifica con el concepto de trabajo que sostienen los funcionarios, el cual está marcado por los conceptos de escasez, vocación de servicio y heroísmo.

a) Con respecto al tema de la **escasez**, es posible que estemos frente a una percepción arraigada en un patrón cultural que se fundamenta en las siguientes percepciones:

- por parte de los funcionarios (de todos sin excepción) existe la percepción de que el sistema de salud no está financiado plenamente (se paga por debajo de lo que valen las prestaciones), lo que ha hecho que sea natural “el endeudamiento”;

- por parte de los médicos, se relaciona esta escasez con la diferencia palpable entre la tecnología y los recursos de que disponen en el extrasistema y sus propias demandas insatisfechas;

- por parte de los funcionarios no médicos y administrativos, esta escasez está relacionada con los bajos sueldos que perciben y el poco reconocimiento al buen desempeño (temas que serían propios de todo empleado público);

- por parte de los usuarios del sistema, se relaciona con la sensación de que las demandas en salud son siempre insatisfechas, porque son siempre crecientes.

b) Los aspectos subjetivos del tema de la escasez están relacionados con esta sensación de **gratuidad en el trabajo**: el bien que se produce no se paga, lo que -por otro lado- satisface la necesidad de valorar el trabajo que se realiza cotidianamente en condiciones percibidas como pobres, con bajo reconocimiento social, con malos sueldos y con un trabajo catalogado de intenso.

c) Para los distintos estamentos esta **vocación de servicio** tiene distintos matices. Para los médicos, está definida por la idea de devolver a la sociedad (encarnada en los más necesitados) lo que la sociedad les ha dado (su educación). Esto pareciera estar menos arraigado entre los médicos más jóvenes, que se han educado en un sistema en que han tenido que pagar su educación. Por lo tanto, sienten que no tienen que devolver nada, y que -por el contrario- tiene que maximizar el retorno de su inversión.

Sin embargo, esta vuelta de mano tiene dos caras, pues también permite a los médicos servirse del sistema. Y, por otro lado, por esta misma idea de trabajar “por devolver un favor”, no aceptan que el sistema público ponga muchas condiciones y controles administrativos a su trabajo. Si algo genera consenso entre casi todos los entrevistados, es que, evidentemente, el hospital “no es el lugar para ganar plata”, y por lo tanto la ventaja que tendría para los médicos adquirir experiencia y validación profesional no sería tan real para los demás estamentos.

Para los demás estamentos esta vocación de servicio se confunde con la necesidad que tienen los actores de obtener reconocimiento social a su trabajo.

Otra cualidad que tiene el hospital para los médicos y otros profesionales de la salud no médicos, es la idea de que el profesional de la salud no puede estar todo el día solo,

necesita la discusión con sus pares, el intercambio de opiniones, el trabajo en equipo, el volumen de pacientes y la complejidad de las patologías, etc., y todo esto difícilmente lo encuentra en el sistema privado.

Para los funcionarios de los estamentos más bajos (algunos administrativos y auxiliares) del hospital, la conveniencia de trabajar en los hospitales se explica por la gran estabilidad laboral que les ofrece trabajar en la administración pública, por el horario relativamente relajado y por la poca exigencia.

Esta cultura de servicio se presenta como un desafío a fortalecer. Hoy se ha desdibujado debido a diferentes factores. Algunos de ellos los hemos mencionado en el ítem “Cambios en la cultura médica”. Otro factor que ha tendido a disminuir esta cultura es la excesiva orientación a la satisfacción de las demandas gremiales. Esta cultura mostraría cierta proclividad frente a los cambios intentados, en cuanto la descentralización optimizaría el servicio a los usuarios del sistema y representaría cierta protección para el sector público, aspecto que -si es percibido por los funcionarios- permitiría una mayor adhesión.

#### vi) *Cultura de la región*

Aparece en el estudio una cultura regional muy fuerte. Claramente, el mundo del Hospital San Borja Arriarán es distinto al mundo de los hospitales del Servicio de Salud Coquimbo (Hospitales de La Serena y Coquimbo). Probablemente, habría pasado lo mismo si en vez de Coquimbo se hubiese seleccionado hospitales de Antofagasta o Temuco, porque hay una cultura regional que sostiene un discurso que no es exclusivo del sector salud. Este discurso levanta temas que se identifican con las demandas de cualquier repartición pública, entre las cuales se critican las políticas sectoriales por ser muy santiaguinas, muy alejadas de la realidad de las regiones, en el sentido de que no discriminarían las peculiaridades, etc., discurso que casi forma parte del folklore chileno.

Sin embargo, es un aspecto que no se debe subestimar, por cuanto habla de una realidad que es relevante en la adopción de los cambios. Es pertinente el conocido teorema de Thomas: “Lo que los hombres definen como real, se torna real en sus consecuencias”, de tal manera que la crítica a la excesiva centralización, o a la falta de consideración de los intereses regionales, debe ser enfrentada seriamente si se quiere evitar que afecte la implementación de innovaciones.

Esta cultura de las regiones sería permeable a los cambios que aparecen discriminando la realidad local. Una manera de hacer válidos estos cambios es que los funcionarios de regiones se sientan representados en sus demandas y que los instrumentos sean verdaderos mecanismos de fortalecimiento de la autonomía y descentralización regional.

### **B. Características de los funcionarios no médicos**

Las distintas culturas que se perfilan en el sistema hospital revelan la presencia dominante de la cultura médica. Es esta cultura la que articula el comportamiento de los demás estamentos. Con respecto a los funcionarios del equipo de salud, la cultura médica

transmite sus valoraciones y modos de trabajo.

Con respecto a los funcionarios que pertenecen al área administrativa, el status subordinado se acentúa, lo que explica en parte la sensación de estos funcionarios de estar tras bambalinas, sin reconocimiento.

*i) Profesionales*

**- Profesionales de la salud no médicos.** Los profesionales de la salud no médicos se agrupan en la Aprus (Asociación de Profesionales Universitarios de la Salud), que asocia a enfermeras, matronas, kinesiólogos, tecnólogos médicos, educadores de párvulos, nutricionistas, asistentes médicos, educadores diferenciales, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc. (todos los regidos por el art. 18.834). Esta agrupación es vista como menos “politizada” y más enfocada a la defensa de intereses gremiales, a la vez que se la reconoce como un interlocutor válido y de mucho peso en el hospital.

Se reconoce en las enfermeras y en las matronas a un grupo muy organizado, capaces de establecer metas y de asignar responsabilidades muy claras. Debido probablemente a su formación profesional, asumen áreas administrativas con facilidad, algo que en los médicos es difícil de conseguir. Estas características hacen de estos profesionales funcionarios más proclives al cambio financiero intentado en los hospitales.

Las enfermeras merecen un espacio aparte. Se las percibe como profesionales competentes y capaces. En general, todos se refieren a las enfermeras en términos positivos. Se reconoce que trabajan mucho, que se les paga poco, que cumplen horarios, que los médicos descansan en ellas y que son capaces de integrar equipos de trabajo multidisciplinarios. En este sentido, los entrevistados mencionan que las enfermeras organizan los servicios, ejercen supervisión y administran personal, todo lo cual se lo permite su formación académica.

En los tres hospitales estudiados se reconoce que han adquirido mayor poder y que han recuperado ciertas atribuciones perdidas, las que identifican con “la llegada de la democracia”. La sensación de recuperación de espacios perdidos hace que estas profesionales aplaudan los cambios que ligan la actividad clínica a un mayor énfasis en la eficiencia en el uso de recursos y a la valoración de temas administrativos.

Este reconocimiento de recuperación de espacios de poder es reconocido por la mayoría de los entrevistados y se valora positivamente, por cuanto las enfermeras son las que están más tiempo con los pacientes, realizan todo el trabajo administrativo que significa el manejo de personal, resuelven los problemas que pueden tener las personas, hacen la intermediación con el paciente, etc., e incluso pueden suplir en sus funciones al Jefe de Servicio.

Los profesionales de la salud no médicos son funcionarios que si bien padecen el modelo burocrático, se sienten a la vez parte de una cultura de servicio y parte de una cultura médica. Estos profesionales están subordinados a un poder administrativo y son más proclives a ser evaluados en términos de eficiencia. Sin embargo, comparten valores de la cultura médica y -simultáneamente- tienen menos dificultades para asumir temas ligados al ámbito administrativo. Se podría decir, por lo tanto, que son menos resistentes al cambio



que los médicos, por cuanto, al asumir los temas de eficiencia, son validados por criterios emergentes de evaluación vistos cada vez como más válidos.

### **- Profesionales pertenecientes al área administrativa**

Los profesionales que pertenecen al área administrativa son -en general- asistentes sociales, ingenieros (industriales, comerciales, informáticos) y administradores públicos. Habría que hacer una distinción: las asistentes sociales son mucho más cercanas al trabajo que realizan los clínicos, por cuanto su labor se centra en el paciente y su contexto familiar y social. Además, al pertenecer a la Aprus asimilan sus demandas gremiales a las de todos los demás profesionales de la salud no médicos.

Los funcionarios de los hospitales que pertenecen al área clínica manifiestan dos niveles de crítica hacia el área administrativa.

La crítica hacia el nivel central se reduce a cuestionar la participación de tecnócratas (refiriéndose en estos términos a ingenieros y administrativos de nivel central) en el diseño de políticas de salud, aduciendo que éstos no tendrían una comprensión adecuada de lo que es la salud. En esta perspectiva, se critica la presencia de asesores de estas áreas en el nivel central.

Otro nivel de crítica se refiere a la contratación de lo que se considera un “exceso” de profesionales de esta área en el hospital. A éstos -los que trabajan en el hospital- se los asocia, desde el punto de vista de los funcionarios del área clínica, con los malos de la película, los que están siempre restringiendo las compras, los que niegan insumos, etc... De esta opinión están muy conscientes los funcionarios que desempeñan estas tareas, y sienten que realizan las tareas más ingratas, las más incomprendidas.

Estos profesionales conforman un núcleo de proclividad al cambio; sin embargo, no tienen la capacidad de irradiar esta aceptación, por cuanto carecen de la validación que proviene del mundo clínico.

#### *ii) Funcionarios no profesionales*

### **- Administrativos**

Los funcionarios administrativos sostienen características propias de los funcionarios de la administración pública en general, si bien comparten los principios de vocación de servicio y cierto orgullo por participar -aunque sea lateralmente- en esta actividad de la salud. Son los más fieles representantes de esta cultura burocrática de que hablábamos.

Se los podría caracterizar como funcionarios de carrera, con una gran cantidad de años en el servicio (se menciona que hay muy pocos funcionarios contratados recientemente), con estudios de enseñanza media. Su capital es la experiencia, pues a través de ella han suplido la falta de una educación formal.

Un rasgo de los funcionarios de la administración pública en general, y que encontramos en estos funcionarios, es cierto desánimo por la falta de incentivos asociados al buen desempeño, si bien hay un reconocimiento a la estabilidad laboral de que gozan; por otro lado, su compenetración con esta cultura de la escasez casi les impide ver lo que se

hace en términos de inversión. Son los que se sienten más desinformados y con menos espacios de participación.

Al estar dentro de una organización burocrática con una estructura excesivamente jerarquizada, cada vez que pueden usar la mínima cuota de poder que les concede esta estructura: el timbre, la firma, etc.

Un tema que afecta particularmente a los administrativos es la creciente profesionalización de la planta administrativa, lo que les ha generado frustración al ver frenadas sus aspiraciones de ascenso por la contratación de profesionales en puestos que ellos aspiraban a ocupar, mucho malestar por los sueldos con que son contratados estos profesionales administrativos. A esto -en los tres hospitales- lo llaman “la mochila” (significa anexar honorarios a los topes de renta, y este término estará asociado al concepto de una “carga” que tiene que soportar el hospital a fin de atraer y mantener a estos profesionales). Este tema ha generado desmotivación entre estos funcionarios, que se sienten postergados injustamente porque perciben que, en la práctica, son ellos los que siguen haciendo el trabajo.

Frente a las acusaciones de que tratan mal al público, los funcionarios mencionan que frecuentemente ellos son agredidos por los usuarios, por cuanto su trabajo es estar en la primera línea, “poniendo la cara” y asumiendo los reclamos. Los mismos administrativos reconocen que entre ellos hay mucha rivalidad, mucho temor a que otro les “aserruche el piso”, lo que atentaría contra un buen clima laboral y un mejor ambiente de trabajo.

El perfil de estos funcionarios los hace aceptadores de los cambios que son impulsados por conductores que ejercen un fuerte liderazgo. Ejemplos de estos cambios son el proceso de modernización vivido por el INP, en que los cambios fueron traumáticos pero con una conducción fuerte y carismática, de carácter fundacional. Lo mismo se puede decir de la modernización del Fonasa, proceso que se dio al mismo ritmo de cualquier repartición pública, y sin tener que luchar contra la cultura médica, lo que sugiere que los hospitales no son todo el sector salud.

#### - **Auxiliares paramédicos**

Los auxiliares paramédicos están más insertos en la actividad clínica, más en contacto con los pacientes, etc., lo que los hace más semejantes a los funcionarios de la salud en general. Son descritos por la mayoría de los entrevistados en términos más positivos que los usados para los administrativos. Se los describe como funcionarios con gran orgullo por lo que hacen, con un afán de perfeccionamiento, de superación, en el sentido de que frecuentemente demandan más cursos, etc.

Se los define como funcionarios con un gran arraigo en la institución, tema que se ejemplifica en que si bien tienen absoluta facilidad para emigrar de hospital en hospital, puesto que en todos los hospitales habría para ellos cargos vacantes, estos funcionarios no migran mucho, para lo cual una explicación plausible es su arraigo.

Al referirse al trabajo que realizan, hay consenso en que es un trabajo duro, mal pagado (pero tan mal pagado como en todas partes), con turnos larguísimos. Sin embargo, por parte de algunos entrevistados también se los describe como muy preocupados por su situación económica, por lo que a veces no dan una buena atención; se perciben como poco

cohesionados, muy divididos por cuestiones políticas, muy numerosos.

En síntesis, todos los estamentos -excepto el estamento médico no directivo- se comportan de acuerdo a un modelo burocrático, con un sentido de servicio público que es variable de acuerdo a su posición dentro de la organización, y tienen una aceptación más pasiva de modelos de eficiencia emergentes en estos sistemas.

El estamento médico (jefes de servicio clínico y médicos sin cargo) es el más resistente a los cambios ligados a temas que enfatizan la eficiencia, lo que se explica por rasgos culturales descritos anteriormente.

### **C. Principales grupos de referencia**

El principal grupo de referencia de los entrevistados lo conforman sus pares. Es decir, el grupo de referencia de los directivos son los directivos (no incluimos entre los directivos a los jefes de servicios clínicos), los médicos se relacionan principalmente con los médicos, las enfermeras con las enfermeras, los profesionales no médicos con sus pares, los administrativos con los administrativos. También se observa una identificación con el grupo de trabajo más inmediato (lo que constituye una Unidad o Servicio Clínico).

Podríamos decir que entre los médicos del Hospital San Borja Arriarán la primera identificación es con la propia vocación que se identifica con la profesión: el servicio, y en un lugar subordinado el hospital. En el Servicio de Salud Coquimbo (en sus dos hospitales), en cambio, parecería haber una mayor importancia del hospital como fuente de identificación.

En el caso de la identificación con el servicio, esto estaría determinado por el ritmo de trabajo. El trabajo sería tan intenso que se produce naturalmente mayor identificación con el grupo de trabajo más inmediato, en el sentido de que esta intensidad en el ritmo de trabajo atenta contra cualquier iniciativa para relacionarse con médicos o funcionarios de otros servicios.

Para muchos entrevistados, su grupo de referencia lo constituyen los gremios a que pertenecen cuando alguna coyuntura los aglutina. En otras palabras, existe una fuerte solidaridad gremial que se activaría en situaciones de conflicto.

En el caso de la Aprus, como esta asociación agrupa a profesionales que trabajan en distintos servicios, produce una integración más transversal que está determinada por la ley laboral que los rige (es distinta a la de los médicos, químicos y bioquímicos). Algunos de los dirigentes de la Fenats manifiestan que su grupo de referencia son los colegas asociados a esta agrupación. Otros mencionan además al personal paramédico y de servicio, en el sentido de que estos grupos serían los representados en sus demandas.

Sin embargo, es entre los médicos que se da más fuertemente el que su principal grupo de referencia sean sus colegas. Incluso para los médicos que ejercen alguna jefatura de servicio clínico, sus referentes no son los directivos del hospital, sino los médicos en general, luego los que trabajan con él en su servicio, y finalmente hay una identificación con su grupo más inmediato de trabajo. En este último caso se menciona que cuando así ocurre, es producto de una interacción menos fragmentada.

Lo que podría explicar esto es algo que mencionábamos anteriormente: que la validación de los médicos viene dada por sus pares: es frente a los pares que los médicos se

sienten responsables. Y cuando ejercen alguna jefatura, es a sus pares a quienes representan, no a la dirección. De esta manera, la percepción que los directivos tienen acerca de los médicos es que se comportan en forma corporativa, respondiendo más a intereses del gremio que a las orientaciones definidas por la Dirección del Hospital o del Ministerio.

En el caso de los directivos, su grupo de referencia son los directivos y los que dependen directamente de ellos (la Dirección, por norma debe trabajar con los subdirectores médico y administrativo y con las enfermeras jefes). Cuando los directivos son médicos, se produce cierto divorcio de éstos con su gremio, en el sentido de que un cargo directivo obliga a velar por la defensa de intereses más amplios que las necesidades del gremio médico. Para los médicos directivos surge una responsabilidad con el hospital en su totalidad, lo que los aleja de su grupo de referencia de origen. Esto sucede en los tres hospitales seleccionados.

En el caso de los directivos del área administrativa, su grupo de referencia lo constituyen los jefes de los distintos departamentos.

El caso de las enfermeras es bastante parecido al de los demás estamentos. La diferencia es que estas profesionales además son consideradas como parte de la subdirección, por las labores administrativas, de supervisión y coordinación que ejecutan. Por lo tanto se identifican con sus pares, pero tienen una validación a nivel de dirección que las hace también sentir en esta instancia un grupo de referencia.

En el caso de los demás estamentos, sus grupos de referencia están determinados por el trabajo que realizan. Por ejemplo: en el caso de un jefe de laboratorio, éste se relaciona con el área administrativa que le reporta los insumos, por lo que esta relación es importante, pero también lo son los funcionarios de su unidad. En general, los grupos de referencia tienen directa relación con el trabajo cotidiano, pues es ahí donde se establecen relaciones de amistad y de retroalimentación profesional.

Los administrativos se relacionan con los administrativos con que trabajan (no con todos los administrativos del hospital) y con sus jefes directos. Nos encontramos aquí con un tema que habíamos visto en anteriores estudios acerca de la Administración Pública: que en las instituciones en que opera una burocracia fuerte, el jefe directo es el que personaliza la relación de esta organización con los funcionarios.

La relevancia de este tema reside en que frente a los cambios propuestos por esta reforma, los médicos, que representan el estamento más resistente, confirman su cultura al relacionarse y validar exclusivamente lo que distinguen como válido: lo clínico. Los demás estamentos se comportan de modo más permeable a las opiniones de actores que no pertenecen a su ámbito de competencia y, por lo tanto, son menos resistentes a innovaciones en sus prácticas laborales.

### 3. INSTRUMENTOS DE DESCENTRALIZACIÓN FINANCIERA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES ENTREVISTADOS

Esta etapa del estudio aborda la percepción de los actores entrevistados acerca de los instrumentos de descentralización financiera que se han introducido en los Servicios de Salud y el rol que han jugado sus jefes en este proceso. Se analizan además los -eventuales-

efectos que los entrevistados perciben que habrían provocado estos instrumentos en las prácticas laborales y en la cultura organizacional de los hospitales seleccionados.

Desde la cultura médica se rechaza la descentralización financiera como un modelo que pretende introducir eficiencia en desmedro de la calidad en la atención. Sin embargo, frente a los instrumentos que forman parte de esta reforma financiera, tienen opiniones más positivas pero también más desinteresadas. Y ésta es una característica de la reforma: no impacta a nivel de las prácticas laborales y de la cultura organizacional porque no toca el ámbito de la prestación, es aún muy ritual la implementación de sus mecanismos. Y esto conduce a una segunda característica de esta reforma: no tiene presencia, de ahí que no genera resistencia.

Pese a que la reforma tiene escasa presencia en el ámbito de las prácticas laborales concretas, los entrevistados reconocen la presencia de innovaciones ocurridas durante los últimos cinco años. Estas se refieren a cambios en la gestión, lo que es reconocido por los entrevistados de estamentos directivos, médicos que ejercen jefaturas y profesionales de la salud no médicos (principalmente enfermeras). Se puede decir que, crecientemente, funcionarios del mundo clínico les conceden mayor importancia a los temas ligados a la administración y a la eficiencia en el manejo de recursos. Se percibe una mayor autonomía en la gestión y cambios en el área clínica y administrativa en los tres hospitales seleccionados.

En el Hospital San Borja Arriarán se destaca una mayor presencia de los temas referidos a la reforma, si bien se ubican preferentemente en actores que pertenecen al ámbito directivo.

En los Hospitales de Coquimbo y La Serena los temas referidos a la reforma están menos perfilados, y se mencionan espontáneamente más cambios relacionados con el área clínica y con temas propios del hospital (remodelación, ampliación de la atención, etc.). Los entrevistados que mencionan estos cambios pertenecen principalmente al área clínica (médicos con cargos directivos, jefaturas, y médicos no directivos). Se menciona, en menor porcentaje, avances en descentralización, aunque todavía hay la sensación de una excesiva dependencia del nivel central. Tema que está enmarcado en esta fuerte cultura regional.

Los entrevistados que pertenecen al área administrativa visualizan cambios a nivel de implementación de recursos tecnológicos (por ejemplo, en informática).

Particularmente, en el Hospital de Coquimbo los entrevistados reconocen pocos cambios asociados a la modernización. Las referencias al cambio en el Hospital de Coquimbo están asociadas a la mejora en recursos e infraestructura, a una mayor participación, etc. Pero no hay una asociación de estos cambios con la reforma en salud. Sin embargo, entre profesionales del área social se mencionan los Programas Especiales como un cambio positivo.

Los cambios en infraestructura y equipamiento, la introducción de tecnología y la capacitación para los funcionarios son señalados positiva y principalmente -aunque no exclusivamente- por los funcionarios administrativos en estas instituciones. A propósito, se menciona un notable mejoramiento en el sistema de registros, lo que ayuda a la planificación y la evaluación de los resultados.

Entre los entrevistados que no perciben cambios en el servicio se encuentran -

mayoritariamente- los funcionarios que no ejercen jefaturas. Esto nos hace pensar en un tratamiento superestructural de los temas referidos a la reforma.

#### **A. Dónde se localizan los cambios**

En el Hospital San Borja Arriarán los entrevistados que pertenecen al estamento directivo ubican los cambios, fundamentalmente, en decisiones emanadas del gobierno, de algunos organismos internacionales que financian proyectos (por ejemplo, el BID) y del Ministerio de Salud. Otros las ubican como iniciativas del propio hospital.

Los jefes de servicio clínico reconocen efectos de una tendencia mundial de la cual el país no puede abstraerse. Los más críticos consideran los cambios como producto de una tendencia chilena a copiar modelos que han funcionado en otros países (por ejemplo, en EE.UU.). Y demostración de una crítica es que actores relevantes del hospital ubican los cambios al interior del hospital, desconociendo que el Ministerio sea capaz -en la práctica, no a nivel de discurso- de impulsar una real descentralización.

En el Servicio de Salud Coquimbo los cambios provienen del Ministerio de Salud, como parte del proyecto global de modernización del Estado llevado a cabo por el gobierno.

En el Hospital de Coquimbo la máxima autoridad del hospital reconoce poca información acerca del tema, pero los cambios se ubican fundamentalmente como provenientes del Ministerio de Salud. Los más críticos -entre los que se cuentan algunos jefes de servicios clínicos- mencionan que estos cambios provienen de la gestión que hizo el ex ministro Massad, lo que imprime un sello negativo a estas iniciativas.

Entre los funcionarios médicos no directivos y profesionales de la salud no médicos, se ubica el origen de los cambios en el Ministerio de Salud. Sin embargo, entre algunos esto tiene un sello negativo determinado por la escasa relación que los entrevistados reconocen tener con esta entidad.

En el Hospital de La Serena encontramos que, partiendo por su autoridad máxima (director), no se reconocen cambios generados desde el Ministerio, ni desde el Fonasa, ni desde el Servicio de Salud. Desde el hospital se percibe cierta apertura que tiene que ver - para los jefes de servicios clínicos- con el apoyo que esperan para sus proyectos de capacitación, temas de los cuales están ausentes otras entidades de la salud extrahospitalarias.

#### **B. Los instrumentos de descentralización financiera**

Se consultó acerca de tres instrumentos de descentralización financiera que se han introducido en los servicios de salud: i) Los Compromisos de Gestión; ii) Los Programas Especiales; y iii) Los Mecanismos de Pago.

##### *i) Los Compromisos de Gestión*

Los Compromisos de Gestión se suscriben entre el Servicio de Salud y el hospital. Este modelo se replica a nivel de dirección del hospital y las jefaturas de subespecialidades (en

el caso del Hospital San Borja Arriarán), y de las jefaturas de servicios clínicos (en el caso de los Hospitales de La Serena y Coquimbo). Hasta ahí llega este modelo. Por lo tanto, es explicable que su baja difusión genere en los demás estamentos una sensación de que han sido poco informados.

En general, estos instrumentos se conocen muy bien entre los directivos de los hospitales, y este conocimiento llega hasta el nivel de los jefes de servicios clínicos. Entre los funcionarios profesionales se conocen algo más que entre los no profesionales y administrativos no profesionales.

Las opiniones positivas:

- Los directivos del Hospital San Borja Arriarán aprecian que estos instrumentos permiten comprometer ciertos niveles de actividad. Para los jefes de servicios clínicos es positivo conocer en detalle el nivel de cumplimiento de la producción comprometida.

- Para los jefes y funcionarios subordinados, permiten elevar el nivel de compromiso de los funcionarios y fomentan una mayor eficiencia en el uso de los recursos. En este sentido, estos instrumentos han introducido entre los médicos (dedicados a la clínica) una manera más racional de abordar los tratamientos, al señalar que toda acción tiene un costo.

- Los funcionarios del área administrativa tienen una muy buena evaluación de los Compromisos de Gestión. Piensan que para el área clínica es una verdadera novedad, difícil de asumir, y sienten que estos instrumentos permiten ejercer un mayor control sobre los médicos.

En el Servicio de Salud de Coquimbo, existe una muy buena opinión acerca de los Compromisos de Gestión, en el sentido de que han permitido establecer prioridades y hacer el seguimiento de lo planificado.

En el Hospital de La Serena son conocidos, y algunos jefes de servicios clínicos tienen una buena opinión de ellos, pues perciben que aportan eficiencia, mejor uso de los recursos y mayor cumplimiento de sus metas.

Este instrumento es muy bien evaluado por el área de enfermería, y se menciona que antes de la introducción de esta herramienta ya se trabajaba en base a este modelo.

En el Hospital de Coquimbo se vierten tíbicamente opiniones positivas que casi caen en la formalidad, tanto por parte de la dirección como por parte de los jefes de servicios clínicos y de los demás entrevistados. Es evidente que hay poco conocimiento y que han tenido un bajo impacto si es que se han socializado.

En síntesis, las percepciones positivas acerca de los Compromisos de Gestión provienen -principalmente- de actores que encarnan una racionalidad proclive a los cambios ligados a la gestión, es decir, directivos, personal de salud no médico y funcionarios del área administrativa. Esta cultura centrada en la eficiencia está cruzada por el modelo de relaciones jerárquicas que propone la cultura burocrática; por lo tanto, ahí hay otro factor de aceptación de las medidas.

Las opiniones negativas:

En el Hospital San Borja Arriarán, estas opiniones negativas se refieren a:

- El énfasis económico de sus indicadores de cumplimiento.

- El descuido en el tema de la calidad, tema que en salud es muy valorado.

- El gran número de indicadores de desempeño que, a nivel operativo, no llegan más

que a metas de producción.

- La falta de difusión entre los funcionarios, lo cual no han favorecido un mayor compromiso.

- Que se perciben como impuestos, ya que no han sido fruto de una reflexión por parte de los principales involucrados en la actividad del hospital; por lo tanto no se han priorizado los temas que son realmente valorizados por el hospital.

- Un dirigente gremial critica el hecho de que estos instrumentos responden a una lógica ajena al mundo de la salud, lógica que es heredera de los tiempos de Massad.

- Que el cumplimiento de los Compromisos de Gestión no esté asociado a incentivos económicos. Esta baja relación entre cumplimiento e incentivo, obviamente, desmotiva, y no permite que los hospitales usen este instrumento adecuadamente.

En el Servicio de Salud Coquimbo se menciona que al comienzo fueron muy bien recibidos porque se asociaban a incentivos, pero esta política se ha ido debilitando hasta llegar a cero. En la actualidad, se perciben como un mecanismo impuesto y que no responde a las realidades locales.

En el Hospital de La Serena, la crítica apunta a:

- Que enfatizan lo cuantitativo y no cuidan la calidad de las prestaciones.

- Entre los médicos existe malestar al sentirse controlados en su trabajo por criterios que no son flexibles y que son ajenos a la actividad clínica. Se rechaza su carácter impositivo y la falta de información en los niveles operativos, que son los que ejecutan las acciones a las que se han comprometido las direcciones de los hospitales con los servicios de salud.

- Desde esta cultura regional se critica que los Compromisos de Gestión son muy “santiaguinos”, esto es, tienen poco que ver con la realidad de su ciudad.

- No impactan a nivel de grupos de trabajo y pueden quedarse sólo a nivel de estadísticas.

En el Hospital de Coquimbo se comparte la opinión del nivel directivo del Servicio de Salud Coquimbo, en el sentido de que los Compromisos de Gestión:

- No vienen acompañados de recursos que les permitan echar a andar esos indicadores.

- No han sido difundidos adecuadamente.

- No se ha dado asesoramiento para implementarlos mejor.

- Algunos jefes de servicios clínicos critican que no imprimen un sello distinto al trabajo en salud, no humanizan la tarea, están elaborados por funcionarios “de escritorio” que no conocen la realidad local. También se critica que están mal diseñados porque cambian cada año, lo que impide monitorear las acciones haciendo un seguimiento.

- La crítica que se hace en todos los hospitales es que estos instrumentos no han sido generados en un proceso participativo.

En el Hospital San Borja Arriarán, el desconocimiento de este instrumento está asociado a:

- La escasa valoración de los temas administrativos, especialmente por parte de los funcionarios que pertenecen al mundo clínico.

- Al tratamiento superestructural con que se ha abordado el tema (a nivel de dirección), y al hecho de que no ha llegado a los niveles operativos.

En el Hospital de La Serena el desconocimiento de los Compromisos de Gestión



está asociado a:

- El escaso involucramiento de los clínicos en un tema que es considerado administrativo; prueba de ello es que su máxima autoridad, que lleva poco tiempo en la dirección y que se define a sí mismo como un médico clínico, desconoce este tema.

- La escasa difusión que se ha hecho del tema entre los profesionales que no son médicos y que sólo apoyan el trabajo médico, y lo mismo entre los administrativos.

En el Hospital de Coquimbo hay un mayor grado de desconocimiento de este instrumento. Es probable que este hecho esté asociado a:

- La nula introducción de estos mecanismos en todos los servicios clínicos.

- La escasa información que “baja” desde las jefaturas.

- La poca difusión que se ha hecho del tema, incluso en el área administrativa.

El rechazo y el desconocimiento de los Compromisos de Gestión se ubica principalmente en el espacio de la cultura médica. Este rechazo se explica por la visión de los temas administrativos como un tema menor que puede ser resuelto por “otros”. En este rechazo están presentes el temor frecuente del mundo clínico a que no se privilegie la calidad de las prestaciones, el temor a perder el control de sus acciones al subordinarse a un poder administrativo, y el temor a entrar en una dinámica que impone parámetros de otro dominio en una disciplina en que los médicos se sienten competentes para decidir.

Desde la cultura regional se rechazan estos instrumentos por considerar que no discriminan la realidad local, que han sido diseñados para la realidad de Santiago.

Desde una cultura burocrática se rechaza un modelo que exige cambios en el trabajo habitual, sin ningún incentivo asociado.

La cultura de la resistencia, que encarnan los gremios, exige mayor información, más participación y una atención a los intereses de los funcionarios, que se califican como los olvidados de este proceso de modernización.

## *ii) Los Programas Especiales*

Los Programas Especiales tienen una muy buena evaluación. Nacieron como una iniciativa del Fonasa en que esta entidad se relacionaba directamente con los hospitales entregando fondos para estos programas. Esta relación fue bien recibida por los hospitales debido a que estos instrumentos contaban con recursos asociados que permitían a los hospitales aumentar su volumen de actividad. Sin embargo, actualmente se perciben como provenientes del Ministerio de Salud, lo que ha reordenado la dinámica de relación del hospital con el Ministerio a través de los Servicios de Salud.

Estos instrumentos de descentralización son los mejor evaluados por casi todos los entrevistados. Esta percepción estaría avalada por el hecho de que los Programas Especiales están asociados a recursos. Principalmente, a los clínicos estos programas les han permitido aumentar el nivel de actividad, mejorar la tecnología con que trabajan, etc., lo que es un incentivo para estos actores.

En el Hospital San Borja Arriarán:

- Los Programas Especiales están asociados a recursos, lo que ha permitido incorporar a los clínicos, porque a través de estos mecanismos se ha podido aumentar la actividad, mejorar el equipamiento e infraestructura de los servicios, tema muy valorado

por los médicos.

- Los entrevistados que pertenecen al área administrativa señalan que los Programas están financiados según sus costos reales, por lo que se constituyen en una fuente importante de financiamiento; por otro, lado son fácilmente medibles y cuantificables.

- Los médicos destacan que estos Programas permiten ajustar la atención a la demanda real.

En el Servicio de Salud Coquimbo existe una opinión matizada acerca de estos Programas. Por una parte se aplaude que beneficien a grupos vulnerables -como es el caso del adulto mayor-, pero, por otra parte, esto ha incidido en que se han desperfilado los programas tradicionales, básicos, en salud.

En el Hospital de La Serena encontramos que las opiniones positivas se asocian a:

- La ampliación de la cobertura de atención histórica, sobre todo hacia población necesitada, entre la que se menciona mayoritariamente al adulto mayor.

- Aquí, como en el Hospital de Coquimbo, no hay el problema de las listas de espera que se da en las grandes ciudades, por lo tanto el Programa que ha tenido mayor impacto es el de adulto mayor.

En el Hospital de Coquimbo las opiniones positivas están asociadas a:

- La percepción de que estos programas se concentran en población tradicionalmente postergada.

- Se menciona, sin embargo, que han sido diseñados para servicios con grandes listas de espera, o sea, se han hecho pensando en otra realidad.

Lo negativo de estos Programas Especiales:

En el Hospital San Borja Arriarán encontramos algunos médicos que tienen una mala opinión acerca de estos programas:

- Se critica que es negativo pagar por lo que ya se hacía como parte del trabajo habitual.

- Se debería dejar de actuar por Programas para -finalmente- incorporar a un plan de salud estas medidas que algunos califican de “parche”.

- Se incentiva la acción por el pago, tema que es ajeno al comportamiento natural en salud, porque genera incentivos perversos relacionados con que en un futuro no se haría nada que no se pagara extra. Además provocaría -eventualmente- que no se realicen acciones complejas que no formen parte de estos mecanismos de financiamiento.

En el Servicio de Salud Coquimbo existe la percepción de que estos Programas se diseñan centralizadamente y responden a las necesidades detectadas en Santiago, sin atender a las necesidades de las regiones.

En el Hospital de La Serena los puntos críticos de estos Programas Especiales son los siguientes:

- Son diseñados desde un ente centralizado que no toma en cuenta la diferencia local. Si bien los entrevistados reconocen que estos Programas permiten focalizar la atención hacia la demanda, ésta es poco flexible cuando la demanda decrece.

- Los médicos jefes de servicios clínicos critican su nula participación en la elaboración de estos programas, y el poco conocimiento acerca de su gestación.

- Estos Programas Especiales no tienen continuidad en el tiempo; por lo tanto, se podría decir que -en realidad- son campañas.

En el Hospital de Coquimbo encontramos opiniones negativas similares a las que se observaban en los demás hospitales:

- Desde los médicos jefes de servicios clínicos la crítica apunta a que estos Programas Especiales son un reconocimiento velado de que la salud pública funciona mal como sistema, y se intenta solucionar el problema con un “parche”, sin abordarlo de manera integral.

- Otra crítica señala que los montos, las cantidades, etc., contemplados en los Programas Especiales responden a una estadística ajena a los Servicios, y no a una necesidad detectada en el nivel local.

- Entre los médicos que no son directivos se critica la falta de continuidad de los Programas, lo que afecta tanto a los usuarios como a los profesionales que son contratados para ejecutarlos.

Los Programas Especiales son valorados por la cultura médica, por cuanto constituyen un apoyo a la actividad clínica y son -en este sentido- un incentivo en sí mismos. Son rechazados, en menor medida, por esta misma cultura, al ser percibidos por algunos de los actores que la encarnan como expresión de un modelo parche de solución de problemas.

Hay un temor expresado -principalmente desde una cultura de servicio- de que estos instrumentos generen cambios en las relaciones contractuales de los funcionarios de la salud. Es decir, se teme que al pagar por el desempeño se pierda el sentido de vocación que caracteriza a los funcionarios del sector. Sin embargo, también desde esta cultura de servicio se aplaude que estos programas permitan atender a una población tradicionalmente postergada.

Desde la cultura regional se rechaza un diseño de estos programas orientado a las grandes ciudades como Santiago y no pensados para una población mayoritariamente rural y a un menor volumen de atenciones.

### *iii) Mecanismos de pago (PAD-PPP)*

La mayoría de las opiniones acerca de estos instrumentos es negativa:

En los tres hospitales seleccionados las críticas a este mecanismo están asociadas a:

- Que el traspaso de fondos hacia el hospital produce una brecha en contra del hospital, porque es más lo que se produce que lo que se reembolsa para cubrir ese nivel de producción.

- Que para hacer efectivos estos mecanismos de pago se debe contar con el compromiso y la capacitación de los que ejecutan las acciones clínicas, es decir, de los médicos y el personal de apoyo, tema que no ha sido suficientemente abordado. Este mecanismo estaría afectado en sus bases al no contar con un adecuado sistema de registro de las acciones realizadas.

- Que no existe valoración por parte de los funcionarios clínicos respecto a realizar estas actividades de registro de las acciones, y ciertamente no las relacionan con el escaso retorno de dinero.

- Que el Fonasa no paga el valor real de las prestaciones, pues aparece como un comprador omnipotente, que compra y le pone valor a lo que compra, siendo el único

comprador.

- Por parte de jefaturas de servicios clínicos, se sostiene que el hecho de dar salud a la población con este sistema de pago -en que se paga menos de la mitad de lo que se hace- demuestra que el sector público de la salud es muy eficiente.

Se observa un desconocimiento de los mecanismos de pago en los tres hospitales seleccionados, y un cierto desinterés por conocerlos, fundamentalmente de parte de los médicos, quienes dicen no manejar el asunto y sentirse lejanos a estos temas.

La percepción acerca de los mecanismos de pago está marcada por la cultura de la escasez que atraviesa todos los estamentos de los hospitales. Aunque estos instrumentos son poco conocidos, generan una opinión negativa en todos los actores al ser relacionados con la escasez, la precariedad, el endeudamiento y las malas condiciones laborales en general.

### **C. Las dificultades para implementar los cambios**

En el Hospital San Borja Arriarán se refieren principalmente a:

- Una planificación de escritorio.
- La escasa participación y difusión entre los actores relevantes de los hospitales.
- Bajo compromiso del mundo clínico con las acciones ligadas a lo administrativo.

Se mencionan temas más generales: la falta de recursos; la casi nula flexibilidad en el manejo de recursos humanos, etc.; las presiones de los gremios, que transforman la escasa flexibilidad en el manejo de recursos humanos en prácticamente nula; la falta de capacitación en temas netamente administrativos, lo que hace difícil asumir los conceptos que sostienen las reformas.

En el Servicio de Salud Coquimbo la crítica está dirigida al modo en que ha sido implementado el modelo: ha sido impuesto sin participación, por lo que no ha concitado compromiso entre los que deberían estar involucrados. La falta de participación les resta legitimidad a los cambios, pero también les resta representatividad al no recoger las particularidades del nivel local.

En el Hospital de La Serena se menciona, como una dificultad, el hecho de que se pida a los profesionales de la salud ciertas capacidades para las cuales no se han formado, lo que dificulta la aceptación de estos cambios. Estos cambios se refieren a una lógica de proyectos que es ajena a la formación académica en salud. Se refieren a una capacidad para dedicar tiempo a llenar papeles y hacerlo bien.

En el Hospital de Coquimbo las dificultades están referidas a la poca flexibilidad en el manejo de recursos humanos, pero en este hospital se asocian a las dificultades para contratar el mayor número de funcionarios que necesitarían para asumir los cambios.

En los hospitales del Servicio de Salud Coquimbo se reitera la baja adhesión que provocan en las culturas regionales, que perciben estos instrumentos como alejados de su realidad.

Desde la cultura médica, se considera una dificultad asumir cambios que provienen desde una necesidad no vinculada al mundo clínico. Es pertinente destacar la necesidad de la cultura médica de que el origen de los cambios provenga de un espacio en que ellos están adecuadamente representados.

Desde los actores que encarnan una cultura burocrática se menciona como dificultad la falta de incentivos para mejorar el desempeño, tema en el que pesa mucho, como un obstáculo para este logro, la cultura de los gremios.

Desde la cultura regional, la dificultad para implementar los cambios se asocia a la percepción de que las medidas descentralizadoras no asumen la diferencia local.

Para los actores que encarnan una cultura de servicio, la dificultad para implementar los cambios pasa por la sensación de precariedad con que viven el trabajo cotidiano y que les impide ser más eficientes de lo que han sido hasta ahora.

#### **D. La sustentabilidad de la reforma**

Este es un tema que permite a los entrevistados entablar un discurso centrado en lo que ellos perciben como válido para proyectar el sector. En muchos casos, no están hablando de la reforma, o si lo hacen, están hablando de fenómenos distintos.

Un tema que genera consenso en los tres hospitales es que la sustentabilidad de cualquier cambio en salud pasa por que se diseñe una política de salud a largo, mediano y corto plazo, lo que hasta hora no se ha hecho.

En el Hospital San Borja Arriarán, los aspectos que permitirían hacer sustentable la reforma son:

- La voluntad política de las autoridades de turno.
- Entre las posturas más críticas -que emanan de médicos jefes de servicios clínicos y de apoyo clínico- se señala que la reforma se ha hecho a patadas (sin respeto por los funcionarios), a puertas cerradas, planificada centralmente (desde Santiago), por funcionarios “que están detrás de un escritorio” y no en la “trinchera” (el hospital), todo lo cual le restaría soportes en el futuro.

- El sistema público debiera aumentar sus relaciones de intercambio con el extrasistema.

- La reforma debiera incorporar incentivos para reconocer el desempeño -demanda que proviene de todos los estamentos, principalmente de los administrativos-, una mayor flexibilidad en el manejo de los recursos humanos, una verdadera descentralización y un incremento en los recursos destinados al sector.

En el Servicio de Salud Coquimbo recogimos la opinión de que estas medidas, si bien apuntan en la dirección correcta, debieran recoger la diversidad de las realidades locales, tema que está pendiente. Este tema se repite en los Hospitales de Coquimbo y La Serena.

En el Hospital de La Serena, le daría sustentabilidad a la reforma:

- Aumentar la dotación de funcionarios.
- Asociar estos mecanismos a incentivos.
- Aumentar la participación.
- Discriminar las realidades regionales.
- La voluntad política del gobierno.

En el Hospital de Coquimbo encontramos un serio problema de desinformación respecto a los objetivos de las medidas que se han introducido, o que se piensa introducir. También, cierto escepticismo, en el sentido de que a esta reforma “se la mete en el saco” de

todas las reformas que han afectado a la salud. Pero la crítica apunta fundamentalmente a que no responden a un modelo de salud para el país a largo plazo.

Sin embargo, en la opinión de quienes han percibido la introducción de estas medidas, éstas se sustentarían en:

- Una inyección de mayores recursos.
- La creación de incentivos económicos asociados.
- La incorporación de temas que involucren a los clínicos, porque actualmente éstos (los médicos clínicos) la ven sólo como una reforma que afecta al aspecto financiero de los hospitales, y por tanto no relacionan esto con un impacto en el área clínica.

Se podría decir que frente a la reforma hay pocas resistencias de parte de los actores, debido a la falta de presencia de aquélla. En otras palabras, se percibe que los instrumentos de descentralización financiera no han tenido un verdadero impacto al interior del hospital y en las actividades de los actores del sistema.

En general, los actores que no participan en la toma de decisiones desconocen los temas y no tienen interés por conocerlos, pues no perciben cómo podría apoyarlos en su trabajo clínico y porque sienten que es un cambio dirigido a introducir eficiencia en la administración.

En el decir de un importante funcionario del Servicio de Salud Metropolitano Central, “no hay reforma en salud”. A pesar de esto, no podemos desconocer que la mayoría de los entrevistados percibe un cambio en el énfasis de la conducción de los hospitales, un mayor interés por la gestión, una mayor preocupación por la eficiencia en el uso de recursos, una mayor relevancia del tema de la administración, que se ve como necesario. Sin embargo, no relacionan estos cambios a una reforma del sector, ni menos a la introducción de estos instrumentos de descentralización financiera.

Otro entrevistado (médico directivo del Hospital San Borja Arriarán) dice: “la gran reforma del sistema de salud chileno está pendiente”.

La asunción de una lógica centrada en optimizar la gestión podría ser fuente de conflictos si en un futuro no se cumplen ciertas “promesas” que están sobre la mesa. La historia de los servicios de salud pública está marcada por el juicio de los “economistas” hacia los médicos, a los que califican de “malos administradores”. Recordemos que casi todos los entrevistados mencionan como un hito importante el Informe Caldera y la gestión de Massad. En este momento existe en los hospitales la sensación -sobre todo entre autoridades y funcionarios con alguna jefatura- de que se ha mejorado la gestión. Entonces, lo que esperan los actores relevantes del sistema es que se inyecten recursos, porque -según palabras de un entrevistado- “no se puede pretender hacer una reforma sin plata”. Pero no sólo es un problema de recursos, también se requiere una mayor flexibilidad de manejo de los recursos humanos y una mayor descentralización de los hospitales que les asigne más autonomía.

## **E. Cómo los actores entrevistados perciben que ha sido implementada la reforma**

Según Luhmann (1997, pp. 93-94), hay por lo menos dos maneras de introducir innovación de modo exitoso:

- a) Los promotores de la innovación, si están en una posición de poder y control,

pueden presentar decisiones parciales como ya decididas, mostrar que la innovación ya se ha hecho, que todo ya ha cambiado, de tal manera que cuando la verdadera innovación tiene lugar ya no parece novedosa, sino simplemente el corolario de un largo proceso ya conocido.

b) Introducción gradual de la innovación hasta la irreversibilidad, bajo la negación de su carácter innovador. En este caso, los promotores de la innovación introducen cambios parciales, pero mostrando que éstos son parte del rodaje normal de la organización, que nada cambia con ellos. Así, se va avanzando en forma lenta en la implementación del cambio. Cuando éste ha terminado de producirse, es probable que no se visualice como alteración, sino como parte del devenir normal del curso de la tradicional forma de hacer las cosas.

Reconocemos en este proceso de cambio elementos de la primera estrategia, pero sin consistencia y sin un liderazgo adecuado.

Surgen en este ítem los temas acerca de la participación, las comunicaciones y la información, el rol de las jefaturas, los que están íntimamente relacionados y -de alguna manera- determinan la legitimidad que los actores le conceden a esta reforma y el grado de credibilidad que perciben en torno a los cambios que propone.

#### *i) Participación*

En el Hospital San Borja Arriarán, los directivos entrevistados sostienen que éste ha sido un proceso participativo. La participación está referida al grado de información que manejan acerca de estos cambios. No han sido invitados a participar en el diseño de ellas los médicos que ejercen jefaturas ni los que no tienen cargo directivo.

Los signos de participación se refieren a:

- La preocupación que la Dirección del Servicio manifiesta por que la Dirección del Hospital se sienta informada.

- Que la Dirección del Hospital se preocupa por que los funcionarios (principalmente los médicos) se sientan partícipes de la programación, etc., aunque es importante mencionar que esta participación se refiere a temas intrahospitalarios, no a temas relacionados con la reforma en salud.

- La preocupación de la Dirección de este Hospital por los temas de comunicación y participación, lo que ha generado la creación de un departamento de Desarrollo Organizacional.

Las opiniones negativas que emanan de entrevistados del Hospital San Borja Arriarán provienen de jefes de servicios clínicos, algunos directivos, algunas jefaturas intermedias, y de administrativos, y son las siguientes:

- Lo que no ha sido participativo es la implementación de estos mecanismos; sin embargo, los entrevistados reconocen contar con información.

- Se reconoce cierta "forma" participativa, pero que en el fondo no refleja la realidad: los jefes de servicios clínicos reconocen que no han participado.

- Sin embargo, desde los jefes de servicios clínicos se indica que tampoco habría gran interés de los médicos por participar de estas reformas caracterizadas fundamentalmente como financieras y, por lo tanto, ajenas a lo clínico.

- La crítica más fuerte a la falta de participación es que los actores se sienten meramente informados acerca de lo que se va a hacer de todas maneras, como una directriz emanada desde un nivel superior, con o sin aprobación de los estamentos. Por lo tanto, la mayoría de los actores se sienten muy alejados del espacio en que se toman las decisiones. Esta baja injerencia en la toma de decisiones es más conflictiva, pues se sienten capaces de participar en una discusión acerca de la salud en general.

En el Servicio de Salud Coquimbo recogimos la opinión de que la participación está referida a la información acerca de los instrumentos, más que a la participación en su discusión y elaboración.

La autoridad de los Servicios de Salud de los que dependen los hospitales regionales seleccionados concuerda en que no ha habido participación en la elaboración de los instrumentos. En este mismo sentido, podemos decir que estos actores no tienen una clara percepción de que haya sido recibida la invitación a participar por parte de los actores relevantes del hospital. Nuevamente, esta participación se reduce a una cantidad de reuniones en las que se informa a los Directores del Hospital.

En el Hospital de La Serena, las referencias positivas acerca de la participación provienen de médicos con jefaturas, pero esta participación está referida al cambio en la sociedad que se produce con la democratización política. Por otra parte, cuando reconocen participación se refieren al grado de información acerca de los temas de modernización y acerca de temas propios del hospital, pero no a la participación en el diseño de los instrumentos de la Reforma.

Las opiniones negativas acerca de este tema repiten algunas temáticas que estaban presentes en el Hospital San Borja Arriarán. Un entrevistado del área administrativa señala que no ha habido participación, pero que, de haberla, ésta a veces hace más lentos los procesos.

En el Hospital de Coquimbo encontramos menos opiniones en este sentido. Sólo un funcionario con una jefatura administrativa reconoce cierta participación en el proceso, pero admite que ha sido en menor grado. Lo explica por la magnitud del hospital y porque estos temas son de competencia de los directivos.

Las opiniones acerca de la escasa participación están asociadas a que -según opinión de su autoridad máxima- estas reformas no se han difundido adecuadamente en todos los niveles del hospital.

Lo curioso es que varios actores que ejercen cargos directivos y jefaturas intermedias perciben que este proceso ha sido impuesto desde el nivel central hacia los hospitales, incluida la Dirección del Hospital. Este sería el aspecto más crítico detectado en este hospital: la percepción que tiene la mayoría de los actores en el sentido de que estas reformas se generan en un nivel central alejado de la realidad de los hospitales.

Muchos entrevistados, pertenecientes a los tres hospitales, y principalmente del estamento médico (con y sin cargo de jefatura), perciben frecuentemente que los llamados a participar no recogen las opiniones de los involucrados. Es probable que esta percepción se dé con más fuerza entre los médicos, por cuanto éstos sienten que deben aportar.

La percepción de mayor participación que se da en estos profesionales está referida a los cambios en la sociedad en general, que se ha tornado más democrática y participativa, pero no a temas referidos exclusivamente a las medidas de descentralización.



Entre las enfermeras se encuentra un alto grado de satisfacción con el tema de la participación. Como habíamos mencionado, este estamento percibe una recuperación de atribuciones perdidas y una mayor valoración de los temas que ellas manejan: el manejo administrativo de los servicios clínicos.

Hemos detectado también un cierto temor a participar identificado por algunos actores, fruto de una historia en que la participación generó experiencias traumáticas, al ser castigada la diversidad, al ser mal visto cierto modo de pensar, etc. Esto lo señalan algunos entrevistados que pertenecen al estamento de los profesionales (médicos y no médicos) como una característica de los funcionarios que dependen de ellos, y como un obstáculo a la participación. Es, por lo tanto, un proceso lento hacer ver a los funcionarios en general que su opinión tiene algún peso, pero más importante sería que efectivamente tuviera peso, algo que no sólo no ocurre, sino que es difícil de implementar.

Atendiendo a la opinión de expertos en salud y procesos de modernización de servicios públicos, nos encontramos con que, en general, los procesos de cambio nunca comienzan desde abajo, es decir, frecuentemente los procesos de cambio se generan a partir de un liderazgo fuerte y carismático, lo que posteriormente puede consolidarse a través de mecanismos de participación. Sin embargo, vemos que este proceso no se percibe como proveniente de una entidad que ejerza un liderazgo fuerte y legítimo. Tampoco se ha consolidado posteriormente a través de mecanismos eficientes de participación.

La participación es un tema relevante para la cultura médica. Los actores que encarnan esta cultura se perciben como capaces de participar en un proceso que atañe al sector, o por lo menos necesitan sentirse adecuadamente representados en los espacios de toma de decisiones de los cuales emanan los cambios.

No es un tema relevante para los actores que encarnan una cultura burocrática, porque está dentro de lo natural en este modelo el que los procesos se realicen desde un espacio de poder al que no hay acceso.

Sin embargo, para las culturas regionales el tema se torna relevante, en el sentido de que se espera que las políticas de salud se hagan cargo de la diferencia local.

## *ii) Comunicaciones e información*

Con respecto a las comunicaciones, los entrevistados de mayor rango en los hospitales seleccionados señalan que la comunicación es expedita, eficaz, fluida, etc. Tal vez esta percepción se extienda hasta los jefes de servicios clínicos. En los demás estamentos la percepción no es tan positiva.

Los funcionarios que no ejercen cargos de jefaturas sostienen en mayor porcentaje que la comunicación no es buena, que la información no llega abajo, que es tardía, que casi siempre se enteran antes de la información oficial a través de rumores, por memorandos, etc.

Al parecer, no faltan instancias formales en que se informe (reuniones de todo tipo, consejos técnicos, consejos técnicos ampliados). Incluso, algunos critican que estas reuniones quitan tiempo al quehacer propio. Lo que se pone en duda es si estas instancias formales satisfacen la necesidad de información de los que asisten a ellas.

Se reconoce la existencia de canales informales de comunicación -el rumor- que

cumplen la función de aportar una explicación acerca de temas que no están siendo informados oportunamente.

Lo que es evidente es que los jefes directos son una fuente de información que no siempre es eficaz. Prueba de ello es que muchos funcionarios subalternos se quejan de que la información llega hasta ahí no más.

Un importante "filtro" de la comunicación descendente se ubicaría en las jefaturas de servicios clínicos. Los jefes de servicios clínicos no transmitirían toda la información hacia el resto de su servicio, porque:

- no disponen de tiempo para hacerlo, ni le dan prioridad alguna a hacerlo;
- sienten que al transmitir cierta información se hacen parte de ella y la validan, cosa que no quieren;
- entienden la información como poder y, por lo mismo, reservan información que puede ser importante.

Forman parte de una cultura (la cultura médica) que distingue como natural la asimetría de la información y, por otro lado, al subvalorar lo administrativo no se comprometen con los aspectos organizacionales que permitirían optimizar la información.

Podríamos afirmar que la situación más frecuente señalada por parte de los funcionarios que dependen de los jefes de servicio es que éstos no informan, que las informaciones se quedan en el escritorio, que no tienen tiempo suficiente para hacerlo y que no priorizan adecuadamente la información que llega a ellos.

En el Hospital San Borja Arriarán existe la percepción de que las comunicaciones en general son deficientes y priman los canales informales por sobre los formales. Si bien la mayoría de los entrevistados reconoce la existencia de instancias formales de comunicación, esto no significa que la comunicación sea óptima. Incluso para algunos de los representantes gremiales y administrativos del hospital, se percibe que hay cierto ocultamiento de la información por parte de las máximas autoridades del hospital, como una manera de no reconocer algunos errores.

Pareciera ser una constante la percepción de que los jefes intermedios no transmiten la información de manera oportuna y eficiente. En el Hospital de La Serena se repite el tema de las jefaturas de servicios clínicos como instancias en las que se queda estancada la comunicación. La explicación a este fenómeno estaría dada por el hecho de que los jefes de servicios clínicos no priorizan ciertas informaciones y le dan más importancia al trabajo clínico. Pero además se menciona que los jefes no cuentan con el respaldo de la organización para hacerlo, por cuanto no tienen asignado más tiempo cuando ejercen una jefatura; entonces, para dedicarse a tareas administrativas deben quitarle tiempo a su trabajo clínico, asunto que es difícil de aceptar para los médicos, por un tema de cultura.

En general, se percibe que la comunicación es deficiente; por lo tanto, hay un reconocimiento masivo de que existe el rumor. Un entrevistado perteneciente al estamento de los jefes de servicios clínicos refiere que hay una comunicación expedita intra-estamentos, pero que es deficiente la interacción entre los distintos estamentos. Lo que se explica por la relación natural que se da entre los pares.

Por otra parte, la información se queda entre los médicos con alguna jefatura, y se reproduce la posición tradicional de los médicos que poseen la información y no tienen formación en difundirla y democratizar los espacios de decisiones, por un tema cultural: en

lo clínico los médicos toman decisiones e informan lo estrictamente necesario. El problema es cuando se reproduce este modelo a otro tipo de temas que no son clínicos y que debieran ser difundidos.

Algunos entrevistados se refieren a que la información llega casi siempre en la forma de *cúmplase*, en el sentido de que no se deja espacio para la discusión y participación, pauta que es propia de toda gran burocracia. Por lo tanto, no debiera ser resistido por los actores que encarnan esta racionalidad. Asunto que para la cultura médica es más difícil de aceptar.

En el Hospital de Coquimbo encontramos que, producto del cambio de la autoridad máxima (director), hay un reconocimiento de que la comunicación acerca de estas reformas ha sido deficiente, la información no ha sido transmitida adecuadamente. La tarea que se ha propuesto la actual Dirección es informar a través de la participación y la capacitación, pero esto es sólo un proyecto.

Se repiten los temas que conocimos en el Hospital de La Serena, en el sentido de que las jefaturas no difunden la información por falta de tiempo, o por restarle importancia a algunos temas relacionados con lo administrativo.

La información referida a estas reformas es percibida como adecuada por los actores que ocupan los espacios de toma de decisiones (los que encarnan la cultura de la eficiencia). Sin embargo, esta percepción se torna más negativa a medida que los actores se alejan de estos espacios.

Lo anterior es congruente con la cultura en la que los entrevistados están insertos. Para la cultura médica hay un flujo de información adecuado; sin embargo, al no valorar el contenido de esta información (por estar referida a temas administrativos), estos actores se transforman en un filtro importante.

Para la cultura burocrática, la información llega en la forma del *cúmplase* y es aceptado en este modelo, incluso por los actores que ejercen cargos directivos. Sin embargo, para los actores que encarnan la cultura regional, la información es percibida como deficiente. Esto está acentuado por la sensación de lejanía física con los espacios de los cuales emana la información.

### *iii) Jefaturas*

Las jefaturas que pertenecen al área clínica en los hospitales tienen características diferentes a las que encontramos en otras instituciones de la Administración Pública. En la Administración Pública el jefe toma las decisiones y otro las ejecuta. En el caso de los hospitales, los médicos, como parte de una burocracia profesional, imprimen a la organización un sello propio: los médicos son los que ejecutan la tarea, los que toman las decisiones, y son el centro de orientación de la actividad. Por lo tanto, todos los demás estamentos sirven de apoyo a su labor, que es la "verdaderamente" relevante.

El ejercicio de las jefaturas por parte de estos profesionales generaría ciertas tensiones, referidas a:

- el desinterés por lo administrativo;
- que el ejercicio de las jefaturas produce cierto divorcio con el gremio;
- el hecho de que para un médico sólo es legítimo que lo mande otro médico, pero

no cualquiera: debe ser un médico que se ha probado en la actividad clínica, pues eso legitima al jefe.

Sin embargo, en este último tiempo algunos médicos han asumido cierta preocupación por ser buenos administradores, lo que supone cierta apertura hacia esta área. No obstante, hay una falta de formación en estos temas y una cultura médica que tiende a satisfacer los aspectos ligados al trabajo clínico, y así lo administrativo queda supeditado a tener más tiempo, a que se presente algo verdaderamente relevante para "lo médico", etc.

La mayoría de los médicos entrevistados considera que un gran logro del gremio ha sido conseguir que las jefaturas sean concursables. Lo paradójico de este juicio es que, para otros actores relevantes del sistema (médicos ligados a cargos de dirección y más proclives a los cambios), esto ha sido un verdadero retroceso, pues cuando no se puede designar a los jefes, éstos se pueden constituir en verdaderos obstáculos al cambio. Lo positivo que se le ve a esta medida es que los jefes gozan de mayor legitimidad cuando se han ganado su cargo; además, entre los requisitos para postular se considera la antigüedad, el prestigio, la competencia técnica, etc. En lo que hay consenso es en que falta que los médicos que asumen jefaturas tengan cursos de administración en su currículum.

Sin embargo, considerando la cultura médica que valida a los pares con trayectoria clínica probada, hoy está asegurado que los médicos que están en cargos de jefatura se hayan validado antes en lo clínico, requisito indispensable para que puedan ser vistos como legítimos y de esta manera "subir al carro" a quienes dependen de ellos en su servicio.

Este es un tema que ha hecho suyo el Servicio de Salud Metropolitano Central, en el sentido de que se fomenta que los médicos que asumen cargos directivos hayan realizado antes una exitosa carrera como clínicos. En otras palabras, un jefe debe ser legal y legítimo, es decir, gozar del reconocimiento de la autoridad, pero también obtener reconocimiento de sus pares y sus subalternos.

Resulta interesante ver los esfuerzos que hacen las direcciones de los hospitales para que los jefes de servicios clínicos se sientan parte de la dirección. En la práctica, los jefes de servicios clínicos se sienten parte de su grupo de referencia inmediato, y no parte de la dirección. Incluso, los jefes de servicios clínicos se comportan frente a la dirección como representantes gremiales.

Con respecto a si las reformas han alterado las bases de autoridad de las jefaturas, vemos que éstas permanecen inalteradas, pero lo que ha cambiado es la correlación de fuerzas: hay consenso en que las enfermeras han adquirido más poder en este último tiempo, y que los gremios tienen tanto poder que pueden botar a un director o, con mayor razón, a un jefe de servicio. Esto ha significado que las jefaturas sientan menos capacidad de decisión y deban hacer un mayor esfuerzo en convencer. La explicación a este fenómeno se encuentra por el lado de la democratización de la sociedad, el mayor acceso a la información, etc. Sin embargo, también es cierto que mal pueden verse alteradas las bases de autoridad de las jefaturas si no se le reconoce impacto a esta reforma, o -en el peor de los casos- se desconoce su existencia.

Una opinión que se oye con cierta frecuencia es la poca motivación a asumir cargos de jefaturas, lo que se explicaría porque -de alguna manera- no están asociados a un mejor sueldo, quitan tiempo por el exceso de reuniones y acarrear problemas.

Los jefes -en el contexto de esta cultura burocrática y jerarquizada- son las

principales fuentes de información hacia el resto de sus respectivos servicios clínicos. No sólo informan de todo lo que ocurre en las reuniones a las que asisten, sino que también jerarquizan la información. Ocurre frecuentemente que si los jefes no le dan importancia a las informaciones, no las transmiten.

El rol que han jugado las jefaturas en este proceso es señalado por los entrevistados como un tibio reconocimiento a que los jefes no se han opuesto. Se percibe a los jefes cumpliendo directrices emanadas, a su vez, de sus propios jefes. Una minoría los percibe como agentes de cambio, en el sentido de que cumplen el rol de motivadores de los funcionarios que están a su cargo. Y, en este sentido, los jefes se perciben como los mediadores de los funcionarios con la autoridad, en términos de información.

Sin embargo, muchos entrevistados -sobre todo los que pertenecen al Hospital de Coquimbo- no reconocen la presencia de estas reformas; por lo tanto, difícilmente se pueden referir al rol que han jugado las jefaturas en este proceso, ya que no identifican ningún proceso.

Las opiniones negativas acerca del rol que han jugado las jefaturas, que representan a una minoría de funcionarios, se refieren básicamente al estilo de jefaturas que se ejercen sin contrapeso, en el entendido de que habría cierta cultura organizacional que avala respetar al jefe. Es un estilo que no fomenta la discrepancia y que ejecuta sin considerar al funcionario a su cargo. Este estilo, que un entrevistado calificó de "caudillista", dura mientras no toque a los funcionarios en sus intereses más sentidos. Y se refiere, principalmente, al comportamiento de los actores que encarnan una cultura burocrática.

Hay, por parte de algunos entrevistados que ejercen jefaturas, la autocrítica referida a que no se ha incorporado al recurso humano en la gestión, lo que puede explicar la percepción de los funcionarios subordinados en el sentido de que sienten poco participativa la gestión de las jefaturas.

Pero es evidente que este estilo de jefaturas poco participativas responde a un modelo jerárquico en que están insertas. Es decir, reciben directrices emanadas del nivel central, sin ningún espacio de decisión, y por lo tanto hay un aprendizaje acerca de cómo se transmite la información, acerca de cómo se ejecutan las orientaciones, que es difícil de modificar. Lo que varía -probablemente- es el estilo de cada jefe, lo que responde a una característica de personalidad más que a una tendencia de la organización.

En síntesis, el rol de las jefaturas habría sido muy débil, por cuanto no hay un proceso de descentralización de las decisiones que respalde estas reformas financieras. Por lo tanto, las reformas no alcanzan a modificar este aspecto y se hacen los procesos igual que siempre. No son globales, en el sentido de que un proceso de descentralización (en este caso financiera) debiera ser llevado a cabo con métodos isomórficos, es decir, descentralizadamente en todos los aspectos. Y esto es, tal vez, un aspecto que genera incongruencia.

Desde la cultura burocrática, las jefaturas ejercen el poder sin contrapeso, median entre los funcionarios y la organización, y se hallan insertas en un rígido esquema de subordinación. Estas jefaturas son validadas por la experiencia, la antigüedad y la competencia técnica.

Desde la cultura médica, este tema es más complejo. Para los actores que encarnan esta cultura las jefaturas son validadas en función de la trayectoria que hayan hecho en el

ámbito clínico, por lo tanto, establecen una relación de menor asimetría con sus jefes, pues son sus pares. De esta manera, las resistencias que levantan desde esta cultura están referidas, fundamentalmente, a la incapacidad de subordinarse a un poder administrativo que carece de legitimidad en lo clínico. Esta reforma se ha percibido desligada del trabajo clínico, y eso le ha restado apoyo.

Para las demás culturas, el tema de las jefaturas se inscribe dentro de un esquema burocrático que no genera mayores tensiones.

#### *iv) Credibilidad y legitimidad de esta Reforma*

Al hablar de credibilidad y legitimidad entendemos la percepción que los distintos actores entrevistados tienen acerca de la coherencia de estas medidas, el respaldo con que han sido implementadas, el modo en que han sido generadas e implementadas en los distintos hospitales.

En el Hospital San Borja Arriarán encontramos que la poca credibilidad que tienen estas medidas descentralizadoras está referida a que no responden a una política de salud que trascienda la voluntad de la autoridad política de turno, y en esto concuerdan jefes de servicios clínicos y entrevistados de otros estamentos.

Tanto en el Hospital San Borja Arriarán como en el Hospital de La Serena surge el tema de la falta de continuidad de las medidas como un factor que les resta credibilidad. Junto a esto se esperaba que una fuerte capacitación en el personal hubiera producido mayor impacto y más compromiso con ellas. Pero la percepción general es que se ha hecho a puerta cerrada. Y esto último es lo que más cuestiona su legitimidad, por el modo poco participativo en que se ha implementado.

En el Servicio de Salud Coquimbo la credibilidad está dada por la esperanza de que estos cambios tenderían a mejorar el sistema. Sin embargo, es evidente, para los Servicios de Salud, que la percepción que se ha difundido en los hospitales es de restricción de gastos, es decir, se percibe lo que no se debe hacer, y no habrían difundido los objetivos de los cambios.

En el Hospital de La Serena la opinión mayoritaria es que la credibilidad de la reforma está por verse. Si es eficiente y ayuda en el sentido correcto, eso le dará credibilidad. Hoy existe cierto escepticismo. Sin embargo, se opina acerca de ella desde lejos, como un tema que no incide en el trabajo cotidiano.

En el Hospital de Coquimbo se oyen opiniones desde casi todos los estamentos (incluidos los directivos) acerca de la baja difusión que han tenido hasta ahora estas reformas por parte de los jefes, lo que ha dificultado una recepción positiva de estos cambios, pues como la información ha sido escasa se ha complementado con los prejuicios y temores que genera todo cambio. Esta opinión está corroborada por la opinión de algunos jefes de servicios clínicos, médicos no directivos, jefaturas intermedias y administrativos.

Es interesante consignar la opinión que sostiene que la reforma está afectada de una falta de legitimidad y credibilidad por cuanto proviene de un Ministerio y de un ministro que no es validado en lo clínico.

La credibilidad y legitimidad de esta reforma estaría dada por la existencia de un marco de salud global en que se insertarán estas medidas, por la continuidad de las mismas,

por el aumento de su difusión, y por la validación de ellas por parte de los actores relevantes que pertenecen a la cultura médica.

Desde la cultura burocrática, esta reforma se ve con más escepticismo, pues se la asocia a todo intento de cambio que se ha vivido en el sector, y por lo tanto se espera que la legitimidad provenga de una práctica exitosa. Esta postura se asemeja bastante a la que sostienen los actores que encarnan una cultura de la resistencia.

En general, se percibe esta reforma como implementada con mecanismos poco participativos y no descentralizadamente (desde las necesidades del ámbito local); por lo tanto, genera resistencias por parte de los actores que encarnan la cultura de la resistencia, la cultura médica y la cultura regional.

v) *Efectos de las reformas sobre las prácticas laborales, la calidad de atención y la cultura organizacional*

Dadas sus características, este proceso de cambio -que se encuentra en una etapa inconclusa, que se ha restringido al ámbito financiero sin llegar a impactar el espacio de la prestación, etc.- no es percibido de la misma forma por todos los entrevistados. Pueden distinguirse dos tipos de opiniones: unas hacen referencia a ciertos cambios que se han percibido con la introducción de ciertos énfasis en la gestión; otras opiniones se refieren a los instrumentos de descentralización, entre los cuales los entrevistados destacan los Programas Especiales.

a) Cambios percibidos referidos a esta reforma

Los entrevistados se refieren al cambio de énfasis en la gestión, que puede estar referido a esta reforma, en los siguientes aspectos:

- Mayor comprensión de temas financieros por parte de actores que encarnan la cultura médica, y una mayor comprensión por parte de los actores que encarnan la cultura de la eficiencia acerca de las necesidades de los clínicos. Esto se ha traducido en una mayor posibilidad de trabajo en equipo entre estas dos áreas (administrativa y clínica), en una contención de gastos por parte de los clínicos y una respuesta más ágil a sus requerimientos (menor burocracia en la respuesta).

- Los médicos que pertenecen al área clínica (que encarnan la cultura médica) reconocen una mayor inversión en infraestructura y equipamiento, en capacitación de recursos humanos, etc., lo que sería para ellos una señal de que hay cierta protección del sistema público. Esto es altamente valorado por actores que se identifican con una cultura de servicio público.

- Mayor preocupación por la gestión en las áreas clínica y administrativa, lo que ha significado una menor molestia por parte de los clínicos a ser evaluados por su rendimiento. Se podría decir que estamos frente a una incipiente comprensión, por parte de la cultura médica, de la cultura administrativa o centrada en la eficiencia.

Sin embargo, enfrentados los entrevistados a contestar si percibían efectos en diferentes aspectos de su vida laboral y de la institución como globalidad, producto de la introducción de estos mecanismos de descentralización, la mayoría no los reconoce.

b) Aporte de estos instrumentos al cumplimiento de la misión del hospital

Existe la percepción mayoritaria de que los instrumentos en estudio no constituyen un aporte. Sin embargo, tampoco habrían alterado la misión del hospital, por las siguientes razones:

- No han sido producto de una revalorización de la salud como sector social prioritario, es decir, a juicio de los médicos, las autoridades de la salud siguen pensando que los cambios se pueden hacer sin recursos asociados. Entonces, en la práctica las prestaciones más complejas siguen siendo necesidades no satisfechas. Esta percepción proviene fundamentalmente de la cultura médica.

- Corresponden a una visión de la salud centrada en criterios fundados en un enfoque económico, que basa la evaluación en indicadores cuantitativos ajenos al acto médico, que es cualitativo por definición.

- Particularmente, en el Hospital de La Serena no ven que tengan las condiciones adecuadas, en términos de recursos humanos, para ejecutar lo que significa esta reforma. Es decir, se ha lanzado esta iniciativa sin considerar las condiciones particulares de cada hospital.

- En el Hospital de Coquimbo la Dirección reconoce que estas reformas no son conocidas cabalmente por los funcionarios. Lo que, de alguna manera, confirman las opiniones de los funcionarios, la mayoría negativas, acerca de estos temas. Las opiniones de quienes sostienen que no han ayudado a cumplir con la misión del hospital se refieren a que no se han considerado las particularidades locales (percepción avalada por la presencia de esta cultura regional), que no han sido generadas ni implementadas participativamente. Se repite la idea de que los Programas Especiales han ayudado, pero que los Compromisos de Gestión han sido una herramienta virtual.

La mayoría de los entrevistados distingue el aporte que han significado los Programas Especiales, instrumentos que se perciben ayudando a cumplir la misión de los hospitales, en el sentido de que apuntan a mejorar la calidad de la atención a los usuarios. Han ayudado a acortar las listas de espera -con lo que se cumple mejorar la oportunidad de atención-; se ha ampliado la cobertura a usuarios de la tercera edad con el Programa del Adulto Mayor; permiten incorporar recursos frescos y han permitido -indirectamente- que los hospitales incorporen nueva tecnología. Esta valoración tiene sentido desde la mirada de la cultura médica y de servicio.

En lo que se refiere a los Compromisos de Gestión, se percibe que estos instrumentos de descentralización han permitido planificar metas más concretas. Sin embargo, subyace la crítica que apunta a que éstos no se han convertido en un instrumento con verdadero impacto, debido a que no se perciben incentivos asociados a su ejecución. Lo anterior proviene de diferentes racionalidades (incluso desde la cultura centrada en la eficiencia).

c) Nivel de compromiso con los conceptos que sustentan la introducción de estos mecanismos



Con respecto al grado en que se han asumido los conceptos de planificación por objetivos, control de costos, calidad total y mejoramiento en los niveles de actividad/productividad, la percepción de la mayoría de los entrevistados es que es bajo, sobre todo en las actividades ligadas al trabajo clínico.

Los actores que se perciben actuando de acuerdo a estos conceptos -a nivel de discurso y de práctica- son los que pertenecen al estamento directivo y a los profesionales de la salud no médicos (por ejemplo: enfermeras, matronas y otros), es decir, los actores que han asumido una cultura de la eficiencia. También han sido asumidos por los actores que pertenecen al área administrativa y por algunas jefaturas intermedias del área clínica.

Para los médicos centrados en la actividad clínica, y debido a su cultura, es difícil asumir estos conceptos, por cuanto concentran todo su esfuerzo y dedicación a resolver cuadros clínicos lo mejor posible, frente a lo cual los temas de gestión son menores y los distraen de lo que consideran más importante. Sin embargo, se reconoce cierto avance en el sentido de que lentamente los médicos habrían comenzado a considerar estos temas.

d) Impacto sobre la información disponible y adquisición de capacidades

Al preguntarnos si estos mecanismos habían mejorado la información disponible para la toma de decisiones, y si se percibía la adquisición de capacidades por parte de la organización y de los funcionarios, nos encontramos con que la percepción mayoritaria es de que esto habría ocurrido, pero no como resultado de los mecanismos de descentralización financiera.

En los hospitales seleccionados existe la sensación de que han mejorado los sistemas de información, de que hay mayor conocimiento acerca de lo que se gasta, de lo que cuesta cada prestación, etc., y esto se debe tal vez al énfasis en la gestión que los actores han advertido en los últimos años.

Hay un reconocimiento a que los Programas Especiales han generado la necesidad de registrar acciones más eficientemente. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados (pertenecientes al estamento directivo, profesionales no médicos con alguna jefatura y algunos jefes de servicios clínicos) sostiene que es gracias a un buen sistema de registro de las acciones que ellos pueden gestionar los Programas Especiales, y no al revés.

Acerca de la percepción de que el hospital o servicio y los funcionarios han adquirido capacidades nuevas, la mayoría se inclina a pensar que esto no ha ocurrido. Pero los que piensan que se han adquirido nuevas capacidades, lo relacionan con la capacitación de personal, es decir, con la adquisición de nuevas capacidades por parte de los funcionarios, no de la organización como un todo.

Se percibe que en el área de administración ha habido cierta preocupación por la capacitación en gestión y liderazgo, tema que ha afectado a distintos estamentos, incluidos los jefes de servicios clínicos. Sin embargo, esta adquisición de nuevas capacidades se siente algo impositiva.

El tema de fondo es que estos instrumentos no habrían sido lo suficientemente potentes para desarrollar aspectos positivos en los funcionarios. Se indica que estos mecanismos sólo han apuntado a cambios en el ámbito administrativo, y por lo tanto no han afectado a los médicos ni a los funcionarios más relacionados con el trabajo clínico. Y esta

razón es más potente entre los médicos y funcionarios ligados al área clínica.

e) Calidad de atención a los usuarios

Un aspecto importante de la reforma es el mejoramiento de las condiciones de acceso a la salud y la calidad de la salud que se brinda a los usuarios del sistema público. Esta percepción está relacionada con la existencia de los Programas Especiales, lo que ha posibilitado el acceso a tecnologías que permiten desarrollar prestaciones calificadas como más complejas; también se han acortado las listas de espera, se ha focalizado en la demanda, se ha ampliado la cobertura a población necesitada, etc.

La percepción mayoritaria es que la introducción de estas medidas ha influido positivamente en la calidad de la atención. Sin embargo, con respecto a la satisfacción de los usuarios, casi la mayoría de los funcionarios sostiene que -si bien se ha mejorado la atención- éstos siguen demostrando insatisfacción, sobre todo en el tema del acceso a la salud. Los usuarios se siguen atendiendo con la idea de que el hospital no hace nada para lo cual no haya sido diseñado: no se les está haciendo un favor, es lo que el hospital debe hacer. Son los funcionarios quienes perciben que ahora pueden realizar acciones que antes estaban poco o nada financiadas.

Estas opiniones provienen de entrevistados ligados tanto al área administrativa como a la clínica, y desde variados estamentos.

f) Impacto sobre el trabajo propio y de los demás estamentos

En cuanto al impacto que la introducción de estos mecanismos ha tenido en el trabajo propio y de los demás estamentos, se recogió lo siguiente:

Los jefes de servicios clínicos y profesionales de la salud de los Hospitales de La Serena y Coquimbo reconocen un impacto positivo sobre su trabajo debido a la variedad de temas que se han ido incorporando a la gestión, lo que les ha permitido adquirir más capacidades y más poder de decisión. Se ha incorporado poco a poco un énfasis en la planificación por objetivos -que permite evaluar las acciones-, lo que es positivo para conocer los logros de la organización.

En una referencia directa a los Programas Especiales, se señala que éstos han permitido desarrollar más trabajo en equipo, lo que es positivo para fortalecer a la institución.

Los administrativos señalan en una gran mayoría que estos cambios les han significado un aumento en la carga de trabajo; sin embargo, no le otorgan a esto un sentido negativo, y mencionan que ver cómo mejora el hospital vale el esfuerzo, los motiva.

Sin embargo, la mayoría de los entrevistados sostiene que la introducción de estos mecanismos de descentralización financiera no ha tenido impacto en su trabajo. Los jefes de servicios clínicos mencionan que una vez comprendida la lógica con que operan, se produce una readecuación que sigue en la línea de trabajo habitual, es decir, una vez al interior de la lógica que imprimen los Programas Especiales -por ejemplo- se trabaja en mejorar e implementarla lo mejor posible.

Para otros actores -del área administrativa y del área clínica no involucrada en estos

mecanismos-, su trabajo no ha cambiado, pues no están involucrados directamente en estos temas, ya sea porque son una unidad de apoyo, o porque su servicio no está directamente implicado en estos Programas.

No obstante, los entrevistados que reconocen la introducción de nuevos mecanismos no les conceden a éstos una incidencia en la naturaleza de su trabajo habitual, básicamente porque no prestan utilidad para resolver problemas como una mayor capacidad de decisión o un aumento de recursos, excepto por la satisfacción de ver cumplidas ciertas metas y por la atención que antes no se daba a algunos segmentos de la población (por ejemplo, al Adulto Mayor).

El tema de fondo es que los actores que sostienen esta opinión perciben que éstos son instrumentos financieros, estadísticos, que no apoyan la actividad clínica ni resuelven los problemas de recursos.

La mayoría de los entrevistados tampoco reconoce que estos mecanismos hayan tenido impacto en el trabajo de otros estamentos. Sin embargo, otros sostienen que **han impactado positivamente el trabajo de otros estamentos**, y las referencias se asocian a que:

- Los Programas Especiales, por ejemplo, han afectado positivamente a los médicos clínicos que trabajan en cirugías, porque han implicado un aumento en el volumen de las intervenciones quirúrgicas.

- Estas medidas descentralizadoras habrían impactado positivamente a los directivos, por cuanto han significado un mayor control de los gastos y una mejor racionalización de los recursos. Este tema es percibido positivamente por los actores que encarnan una cultura centrada en la eficiencia.

- Al introducir una lógica de proyectos, los profesionales han tenido que adecuarse a esta modalidad y aprender un tema que en la universidad es frecuente, pero que en el sistema público es una novedad. Eso se califica como positivo, por cuanto introduce un modelo de trabajo distinto, más creativo.

- Para los funcionarios del área administrativa, la introducción de estos instrumentos ha significado aprender el manejo de tecnología computacional, tema que es calificado de motivador.

Un gran porcentaje de entrevistados sostiene que la introducción de estos mecanismos **ha afectado negativamente el trabajo de otros estamentos**:

- Uno de los factores negativos asociados es que han significado una sobrecarga de trabajo en los funcionarios de todos los estamentos, sobre todo entre los funcionarios de estamentos más bajos y funcionarios no médicos. A esto se suma la falta de incentivo para asumir esta carga extra de trabajo. Se reconoce que los funcionarios de menos rango dentro de la organización aceptan estas condiciones por una necesidad de recibir un sueldo y no poder arriesgar su estabilidad laboral.

- No sólo los administrativos ven recargado su trabajo habitual, pues para los profesionales de apoyo (enfermeras, matronas) también se ha aumentado el trabajo, debiendo asumir en ocasiones temas administrativos que restan tiempo a su trabajo de apoyo clínico. La crítica de fondo es que se ha pretendido hacer una reforma que supone una recarga del trabajo habitual con los mismos funcionarios y sin ningún incentivo para asumir esta carga adicional.

- Otro modo en que estos instrumentos han afectado negativamente es en la lógica de restricción económica que afecta a los servicios clínicos en su área de insumos (por ejemplo, se mencionan recortes presupuestarios en farmacología); por otra parte, se señala que estos instrumentos no se orientan a la inyección de mayores recursos al sistema y sólo enfatizan aspectos administrativos.

g) Cambios en la gestión, las prioridades y la planificación

Un número significativo de entrevistados sostiene que -producto de la introducción de estos mecanismos- se ha alterado la gestión, las prioridades y la planificación del hospital, si bien no emiten juicios de valor acerca de estos cambios. Se refieren a que la introducción de estos mecanismos ha complejizado estos temas, lo que ha sido asumido como un costo en esta búsqueda de soluciones.

Algunos entrevistados reconocen que estos mecanismos han afectado la gestión hospitalaria, pero rehúsan opinar y delegan esta responsabilidad en los que ellos consideran los más involucrados: jefes de servicios clínicos y directivos en general.

Por su parte, los entrevistados que ocupan jefaturas en servicios clínicos reconocen que estos instrumentos han permitido fijar prioridades; sin embargo, al referirse a los Compromisos de Gestión, no los validan, por cuanto "cambian cada año" y "han sido impuestos".

Algunos entrevistados **no reconocen cambios operados a este nivel en sus hospitales**. Las referencias más frecuentes que explican esta percepción -que proviene básicamente de los médicos sin cargo- tienen que ver con que estos instrumentos no han abordado el tema de la calidad de la salud ni el tema del liderazgo, y no han reconocido que el médico es el protagonista de esta tarea.

Por otro lado, se menciona que los Compromisos de Gestión no han alterado estos aspectos, porque son tangenciales a la actividad en salud que, por definición, es cambiante, difícil de someter a una planificación que no deba ser objeto de revisión permanente. Y, por último, la actividad en salud responde a ciertas demandas históricas que no están contempladas en los Compromisos de Gestión y que quedan fuera de los Programas Especiales. Esta opinión no sólo representa el pensamiento de los médicos, pues también se inscriben en este pensamiento algunos funcionarios directivos del área administrativa.

h) Impacto en la formación de los profesionales de la salud

Ningún entrevistado percibe que la introducción de estos mecanismos haya incidido en la formación de los profesionales de la salud que hacen su práctica profesional en los servicios clínicos. La importancia de este tema está dada por la hipótesis inicial de que los estudiantes en práctica aprenderían la resistencia a estos instrumentos o -por el contrario- podrían aprender a asumir estos temas, considerados administrativos, con mayor naturalidad. Nada de esto es reconocido entre los entrevistados acerca de este tema, es decir, los jefes de servicios clínicos.

i) Impacto sobre la coordinación entre distintas unidades del hospital o Servicio

Al respecto las opiniones fueron dispersas.

Algunos entrevistados provenientes del mundo clínico perciben que ha mejorado la coordinación entre las distintas unidades, y se refieren al tema de la coordinación al interior del hospital, debido a que algunas intervenciones que pertenecen al Programa de Cirugías Complejas requieren del trabajo coordinado de por lo menos seis Servicios, y del trabajo en equipo; por otra parte, estos temas han posibilitado el trabajo coordinado entre áreas que tradicionalmente son lejanas.

Cuando los entrevistados sostienen que esta coordinación ha empeorado, se están refiriendo a la relación que sostenían con alguna entidad externa (por ejemplo, el Servicio de Salud, el Ministerio de Salud, el Fonasa), es decir, se señala que desde que los Compromisos de Gestión no tienen incentivos asociados a su cumplimiento, se ha dañado la relación del hospital con el Servicio de Salud, de tal manera que -por ejemplo- el Hospital de La Serena este año se negó a firmar Compromisos de Gestión.

Unos cuantos entrevistados sostienen que la coordinación no ha sufrido ningún cambio, refiriéndose fundamentalmente a que, a pesar de que ésta es una reforma financiera, no se ha incrementado la contratación de profesionales del área administrativa en los hospitales; es decir, se han introducido estos instrumentos contando con el mismo personal de antes, lo que significa que todo sigue igual en este aspecto.

Con respecto a la coordinación intrahospitalaria, ésta continúa igual, mencionándose que los médicos -por su formación profesional individualista- siguen trabajando poco coordinados con otros estamentos.

j) Ambiente laboral

Acerca de la percepción que los actores tienen con respecto a que estos instrumentos hubiesen afectado el clima laboral y la motivación de los funcionarios, la mayoría percibe que el ambiente laboral no ha mejorado y que tampoco se ha elevado la motivación.

Se relaciona esta desmotivación con un clima que impera en el país en general, asociado a cierta sensación de inestabilidad económica. Pero se alude a que este malestar es más profundo y respondería a cierta desazón por falta de proyectos globales, etc., todo lo cual se basa en las apreciaciones personales de algunos entrevistados que pertenecen al área clínica (médicos directivos y jefes de servicios clínicos).

Sin embargo, una hipótesis interesante que permitiría explicar esta profunda desmotivación tendría que ver con la valoración acerca de la eficiencia del sector salud en general, en el sentido de que se ha socializado el tema de que la salud pública es gestionada poco eficientemente, de que los mejores recursos humanos emigran hacia el extrasistema, etc. Por otro lado, los funcionarios que trabajan en el sistema tienen la sensación de que la modernización apunta al usuario, a mejorar la infraestructura, etc., pero que al funcionario se lo ha dejado un poco olvidado. Estas opiniones provienen de los profesionales agrupados en la Aprus.

Y este tema sería relevante no sólo en el sistema público de salud, pues otros estudios que han medido el clima organizacional en la Administración Pública también

señalan que los funcionarios esperan que la modernización les toque también a ellos como protagonistas centrales de este sistema.

Tal vez los funcionarios de más bajos estamentos, con menos posibilidades de emigrar al extrasistema con mejores condiciones laborales, son los que más resienten la falta de estímulo.

Para los médicos, la desmotivación tiene que ver más con la preocupación por no contar con recursos técnicos que mejorarían los tratamientos y las intervenciones.

Lo único que tiene el funcionario del sistema como recurso para permanecer en el sistema es la vocación de servicio. Con respecto a esto, los entrevistados opinan que lo que permitiría devolver la motivación es -por un lado- un reconocimiento al buen desempeño y -por otro lado- un reconocimiento al sector a través de una política laboral destinada a mejorar las condiciones de trabajo de los funcionarios de la salud. Esto sería un reconocimiento por parte de la sociedad.

#### 4. CONCLUSIONES

La compleja coexistencia de diversas culturas se ha visto provocada por la introducción de mecanismos tendientes a descentralizar financieramente los servicios de salud. La reforma financiera se ha encontrado con una serie de resistencias, principalmente desde la cultura médica, las que encuentran su explicación en los rasgos culturales de los actores que forman parte de este sistema. Sin embargo, atendiendo al énfasis en la gestión que introduce esta reforma, habría respecto a ella desconocimiento y desinterés -más que una verdadera resistencia- por parte de los actores vinculados al mundo clínico, por considerar que no tiene incidencia en su tarea.

Sin embargo, existen resistencias fundadas en el modo en que ha sido implementada esta reforma. Las críticas apuntan a cómo las reformas han sido generadas, implementadas y difundidas al interior de los sistemas (hospitales). Aquí surge el tema de la comunicación y las informaciones, el rol de las jefaturas y la participación, los cuales están íntimamente relacionados.

Retomando las hipótesis planteadas en la Introducción, es interesante destacar que:

##### **A. La primera hipótesis sostenía que la resistencia se funda en un rechazo a la forma de implementar la reforma**

En este punto podemos reconocer que la percepción de los entrevistados se inclina por la idea de que, si bien cuentan con información acerca del proceso de cambio, no ha sido un proceso participativo. Los estamentos directivos y las jefaturas superiores son los que se manifiestan más informados. Para la cultura médica es relevante la escasa participación, debido a que los médicos se sienten capaces de participar en el diseño de los cambios, o -al menos- requieren sentirse representados por quienes toman las decisiones en otros niveles. Para las demás culturas, el tema de la participación no genera tanta molestia, excepto la cultura de las regiones, que resiente la falta de consideración hacia la particularidad de su realidad local, pues las regiones no están representadas en estos espacios de toma de decisiones.

Es importante destacar que este proceso de modernización de la gestión se da en un contexto de democratización de la sociedad, más concretamente de recuperación de espacios de participación por largo tiempo perdidos. Hay, por lo tanto, grandes expectativas de participación, de mayor autonomía, de mayor cercanía con los espacios de toma de decisiones. Y, por lo mismo, la ausencia de mecanismos de participación genera frustración y resistencias fundadas en este nivel de cómo ha sido implementado el proceso.

La forma en que se genera la información, su origen y sus grados de legitimación representan un tema álgido en estas organizaciones. Hay un flujo constante de información descendente, es decir, ésta se genera en el nivel central y desde ahí desciende hacia los directivos del hospital. Podemos decir que esta información requiere poca retroalimentación, salvo constatar que fue recibida. Por diferentes razones, la información queda estancada en lo que llamamos cuellos de botella, que en estos sistemas representan -invariablemente- a los jefes de servicios clínicos. Los jefes de servicios clínicos se identifican -básicamente- con su profesión. Su grupo de referencia son sus pares, de quienes proviene la legitimación. Por otra parte, las jefaturas son temas difíciles de ser asumidos por estos actores, por cuanto les resta tiempo dedicado a lo clínico, que es lo que verdaderamente les interesa, y porque no cuentan con estímulos para asumir estos cargos. Por lo tanto, el cargo se asume con el desinterés por lo administrativo que caracteriza a la mayoría de los médicos clínicos. De esta manera, la información no se distribuye adecuadamente, por desinterés, por falta de tiempo y por la escasa prioridad que se le otorga, sobre todo en este caso en que estamos en presencia de una reforma que los médicos califican de administrativa (es decir, que no toca a lo clínico).

Respecto a la información, no se pone en duda el contenido de ella, pero sí se cuestiona su distribución, responsabilizándose principalmente de este defecto a los jefes de servicios clínicos y otras jefaturas intermedias.

Lo interesante de destacar en este punto es el rol que han jugado las jefaturas en este proceso: la mayoría de los entrevistados identifican, para las jefaturas, el rol de informar y acatar los lineamientos que provienen de las altas autoridades. Es decir, este proceso de descentralización se ha hecho de un modo centralizado, y los jefes reproducirían este modelo al interior de sus hospitales y servicios. Cuando informan a los funcionarios a su cargo, lo hacen reproduciendo un modelo jerárquico burocrático en que ellos mismos han sido informados. No hay en él cabida para la participación.

En síntesis, la mayoría de los entrevistados ubica el espacio de toma de decisiones en el nivel central, es desde ahí que proviene la información, las orientaciones, los cambios, etc. todo lo cual el sistema hospital sólo acata. Surge la pregunta de si acaso la lejanía con respecto a la toma de decisiones y la carencia de espacios de participación deja sólo margen para el reclamo y la resistencia activa o pasiva de parte de los actores que forman parte de este modelo.

De esta manera, los jefes más proclives al cambio (la dirección de los hospitales) han asumido los cambios como parte de un modelo muy centralizado en el cual su participación se reduce a sentirse informados, pero no partícipes, del diseño de los instrumentos, ni tampoco consultados acerca de las necesidades locales de sus respectivos servicios (esto se acentúa en el Servicio de Salud Coquimbo).

Las jefaturas que ejercen los médicos clínicos en sus servicios se muestran bastante

más resistentes al cambio. Las razones se encuentran en un nivel que tiene que ver con los rasgos culturales de este estamento y también con el modo en que ha sido implementado el cambio. Los jefes de servicios clínicos son médicos que -por su formación- valoran su labor en el área clínica y son legitimados por ella; por lo tanto, se encuentran insertos en un modelo en que la asimetría de la información es "natural", es decir, informan sólo lo que consideran necesario e importante. Estas medidas tendientes a descentralizar financieramente los Servicios de Salud son vistas por estos actores como tangenciales y no directamente vinculadas a su trabajo. Esto podría explicar que los jefes de servicios clínicos sean verdaderos cuellos de botella en términos de la información que deben difundir al interior de sus servicios.

La relevancia de este tema esta dada por la relación que los actores hacen entre participación (o representación adecuada) y legitimidad de la reforma. Al no sentirse representados ni invitados a participar, deslegitiman el origen de los cambios. Por otra parte, la credibilidad está cuestionada al percibirse que este proceso que intenta descentralizar, se ha realizado centralizadamente.

Aquí es posible reflexionar acerca de este intento de descentralización. Al ser percibido como un proceso que proviene de iniciativas centrales (en este caso del Fonasa), se lo vincula más a la necesidad que el centro tiene de descongestionarse que a la conveniencia de otorgar mayor autonomía a los servicios locales. Es decir, se reconoce la necesidad, pero no las demandas que provienen de los sistemas locales, las cuales se refieren a mayor autonomía no sólo en el uso de recursos sino también para manejar los recursos humanos, y a una mayor adecuación a los temas locales. De hecho, no ha ocurrido una instancia de negociación en que los compromisos sean resultado de esta negociación. Prueba de ello es que los instrumentos de descentralización (concretamente, los Compromisos de Gestión) no traducen las especificaciones y preferencias locales. La falta de esta instancia de negociación explicaría la baja adhesión a estos instrumentos.

La escasa participación, las comunicaciones en que se privilegia el flujo descendente y el rol pasivo que han jugado las jefaturas en este proceso, afectan la credibilidad de estas medidas descentralizadoras. Y surge con fuerza, por parte de los actores que encarnan una racionalidad clínica, cierta resistencia a todo lo que se identifique con una racionalidad fundada en criterios económicos, entendiéndose por ésta un énfasis en eficiencia en el uso de recursos, lo que -se supone- descuidaría la calidad de atención en salud.

Por esto mismo, es decir, por la poca presencia de la reforma como un tema instalado entre los actores, es que no se identifican grandes expectativas en torno a su implementación. La reforma no genera esperanzas ni temores. Hay cierto escepticismo con respecto a que los cambios apunten en la dirección correcta, en el sentido de que no resuelven los problemas del sector ni se enmarcan dentro de una política de más largo alcance. Esto, junto con la percepción de que el proceso ha sido poco participativo, genera escasa credibilidad y le resta legitimidad al proceso.



**B. La segunda hipótesis sostenía que la resistencia sería un tema relacionado con la defensa de intereses gremiales o políticos**

Los funcionarios de los hospitales seleccionados operan en una estructura jerarquizada concordante con la cultura burocrática que señalamos anteriormente. Sin embargo, esta estructura de poder se altera por la presencia de la cultura médica, que introduce en este modelo los criterios de validación propios del mundo clínico y que se reproducen en todo el sistema.

El tradicional acatamiento de las órdenes -propio de la cultura burocrática- es perturbado por la pauta de comportamiento de los médicos, que se salen de la estructura de funcionarios subordinados a un poder administrativo. Vemos que la racionalidad ligada a la gestión no ha generado cambios importantes en la estructura de poder, pues los médicos clínicos siguen siendo el modelo dominante que transmite valoraciones, pautas laborales y un modelo jerárquico que se basa en el conocimiento como poder.

Sin embargo, este modelo no existe sin tensiones. Es decir, crecientemente se valida a las jefaturas que saben de administración y se resienten los funcionarios frente a jefaturas que no gestionan eficientemente los servicios. Esto podría sugerir un cambio tendiente a validar a las jefaturas, ya no sólo en cuanto poseedoras del conocimiento clínico, sino también como poseedoras de herramientas de gestión.

**C. Con respecto a la tercera hipótesis: que la resistencia se funda en modelos culturales propios de la organización o de los actores que la componen**

Desde la mirada de los funcionarios de la salud, es probable que la resistencia que se identifica entre los entrevistados -principalmente los que están vinculados al mundo clínico- se refiera a un modelo de funcionamiento que le pone precio a la salud, que mide la producción, etc.; en síntesis, que pone parámetros de otro dominio (la economía) a una ciencia que se escapa de estos indicadores. Y no se refiere específicamente a estas medidas de descentralización, las que -por otra parte- son vagamente percibidas y, por lo tanto, mal podrían generar resistencia.

Esta resistencia al modelo se explica por la estrategia usada para introducir la innovación. Reconocemos en este proceso la estrategia que menciona Luhmann basada en el anuncio del cambio, en la inminencia de éste, en la presentación de decisiones parciales como ya decididas, etc., todo lo cual instala el tema, provoca las resistencias entre los actores y genera cierta discusión. Cuando las medidas se introducen, se perciben como parte de un proceso ya en marcha, que ya ha sido discutido.

La resistencia, por lo tanto, se ubicaría tanto a nivel de cultura (pero no referida a esta reforma sino a un modelo que se ve detrás de ella), como también a nivel de implementación de los instrumentos en cada uno de los hospitales seleccionados para este estudio. Lo que cruza esta resistencia es la dificultad, de parte de los funcionarios que pertenecen al mundo clínico, de asumir temas que no forman parte de la definición de lo que se identifica como servidor de la salud pública. Estos actores viven en una cierta idea de que lo que hacen cotidianamente es tan valioso, tan mal pagado, con tan malas condiciones materiales, con tan poco incentivo y reconocimiento, que se les permitiría

cierto tipo de licencias y pocos controles.

Sin embargo, entre las medidas de descentralización financiera que se han introducido, se menciona favorablemente los Programas Especiales, que han sido muy bien recibidos por esta cultura médica. Nos preguntamos cuál era el incentivo para estos actores, y surge inmediatamente la percepción de que estos instrumentos son un apoyo al trabajo clínico y, desde este punto de vista, son vistos como relevantes.

La cultura médica, como espacio de legitimación de lo clínico en que la salud se concibe como un bien no transable en el mercado, no medible con parámetros fundados en criterios económicos, etc., constituye también un espacio de poder en el cual los médicos no aceptan intervenciones desde fuera de sus criterios de validación. Recordemos que la cultura médica está descrita en términos de profesionales que ejercen el poder del conocimiento, que copan los espacios de toma de decisiones y que ejecutan las acciones, delegando en otros profesionales y funcionarios sólo lo que requiere menor preparación profesional para ser realizado, es decir, lo que estos profesionales distinguen como menor. Esto define inmediatamente un parámetro de lo que es y lo que no es importante: todo lo ligado a lo clínico es lo verdaderamente importante, y todo lo vinculado a otros temas -tales como la administración- es relegado a un segundo plano. Por lo tanto, este proceso de descentralización, en el momento en que es distinguido como vinculado a lo administrativo, inmediatamente pasa a formar parte de lo que puede ser aplazado. En otras palabras, la información acerca de estos temas no es priorizada y se difunde si es que hay tiempo, o se informa pero no se chequea su impacto o las consecuencias en el trabajo cotidiano.

Respecto a los instrumentos de descentralización, se pueden distinguir -dentro de las vertientes de la nueva gestión pública- aquellas en las cuales los procesos son tan importantes como los resultados organizativos. Podemos decir que se observa esta orientación en la medición de desempeño de los Compromisos de Gestión. A la introducción de estos mecanismos subyace la idea de que trabajar con nuevos sistemas de registros permitiría reestructurar la institución, por cuanto se modifican los procesos de trabajo. Un sistema de registros implica exigencias técnicas y acuerdos respecto de cómo registrar los procedimientos, para poder estandarizarlos. Esto ha motivado ciertas resistencias por parte de los médicos, salvo entre quienes los han podido vincular con eficiencia clínica. Sin embargo, mientras esta asociación no se da, hay escaso involucramiento de los médicos en estos procedimientos, y esto es un obstáculo al cambio, pues los médicos jefes de servicios clínicos son un modelo a imitar para los funcionarios a su cargo, son los distribuidores de la información y -finalmente- son los que pueden lograr que los demás se suban al carro.

Con respecto a los mecanismos de pago, para el modo tradicional de trabajar en salud es difícil asumir que lo que no se registra no existe. Hasta ahora los fondos provienen de transferencias históricas, pero si se quiere instaurar los nuevos mecanismos de pago, la información se plantea como la llave para los fondos.

No se ha logrado que los médicos clínicos (con cargos directivos y sin cargos directivos) definan los temas que sustentan la reforma como pertinentes para su trabajo clínico. Ven estos instrumentos como parte de la maquinaria administrativa y no les conceden valor para optimizar el trabajo clínico. Y esto es un verdadero obstáculo al cambio, por cuanto la reforma se torna invisible para el mundo clínico.

El impacto que ha tenido la introducción de estos mecanismos de descentralización sobre las prácticas laborales y la cultura organizacional en general, ha sido menor. La mayoría de los entrevistados señala que estas medidas no han tocado lo esencial del problema en salud: la escasez de recursos financieros, la escasez de recursos humanos (tema sensible en el Servicio de Salud Coquimbo) y la rigidez del sistema de administración de recursos humanos. Por otra parte, no se identificarían con la lógica de lo clínico, ni están insertas en un marco más global que le dé proyección al sector.

Los pocos entrevistados que reconocen efectos a partir de la introducción de estos mecanismos, se refieren a que ha aumentado la información acerca de los costos de las prestaciones y del volumen de atenciones; se ha obligado a valorizar el tema de los registros de las acciones como un modo de ordenar la actividad hacia la contención de costos; se ha visto algo alterada la planificación, las prioridades y la planificación del hospital; se reconoce sólo a los Programas Especiales un impacto real a nivel de atención a los usuarios; la coordinación intrahospitalaria habría mejorado producto de trabajar en equipo.

Esta reforma, con las características que hemos descrito en capítulos anteriores, tiene escasa presencia, por cuanto es una reforma al financiamiento y no ha logrado impactar el nivel de la prestación. Las resistencias, por lo tanto, provendrían fundamentalmente de la cultura médica y se oponen a una determinada racionalidad que sustenta las diferentes medidas.

Si es que se puede hablar de reforma, hay la percepción de que ésta no ha resuelto los temas candentes de la salud: la falta de recursos, la rigidez en el manejo de recursos humanos, la falta de una política de incentivos asociada a la introducción de cualquier nuevo mecanismo y la falta de autonomía de los hospitales con respecto al Servicio de Salud del cual dependen.

## 5. RECOMENDACIONES

A. Cualquier diseño de política social debiera reconocer la cultura de los funcionarios del sector. Esta constituye un factor de rechazo o aceptación que puede ser clave en el fracaso o éxito de cualquier política. Como la cultura no se puede cambiar fácilmente, es importante conocerla para desde ella hacer el cambio, apoyándose en los factores proclives a la innovación.

B. Es recomendable llevar a cabo un cambio en la política de recursos humanos, lo que en este estudio es mencionado frecuentemente como un tema álgido, pero que sin embargo no es exclusivo del sector salud, sino de la Administración Pública en general. Como la política de recursos humanos es muy rígida, no permite trabajar con los recursos humanos realmente competentes, ni permite reconocer el buen desempeño y castigar la ineficiencia (tema de las Calificaciones). La estabilidad funcionaria ajena al rendimiento, la carrera funcionaria condicionada por la antigüedad y no por el mérito, el pacto de atender a cuatro o cinco pacientes por hora, los tortuosos procesos para cesar a un funcionario, la imposibilidad de elección médica por parte de los pacientes, configuran un obstáculo que impide modernizar la gestión de los recursos humanos.

Está claro, sin embargo, que este cambio se encontrará con resistencias gremiales, por lo que no dependería exclusivamente de la voluntad política.

C. Los rasgos de la cultura burocrática encontrados entre los funcionarios de los hospitales son permeables a los cambios. Los jefes que ejercen liderazgos legítimos y legales serían capaces de conducir cambios. Para estos funcionarios, los incentivos que provocan adhesión son:

- i) Reconocimiento al desempeño, traducido en mejorar las condiciones laborales, ascensos, incentivos económicos.
- ii) Fortalecimiento del liderazgo.
- iii) Reforzamiento de mecanismos de participación adecuados.
- iv) Fortalecimiento de los canales de comunicación que reduzcan la desmotivación, el rumor, el conflicto.

Prueba de esta permeabilidad al cambio son otras experiencias de modernización de servicios públicos, que han tenido éxito al introducir mecanismos que han fortalecido la pertenencia a la institución, las mejoras salariales, la carrera funcionaria, etc.

D. No es aconsejable plantear la reforma en términos confrontacionales. Esta forma invita al conflicto. El informe Caldera se ha transformado en un hito, lo que probablemente nunca se pensó, y con efectos totalmente opuestos a los esperados.

En relación con lo anterior, no es conveniente intentar "colonizar" una cultura desde otra. En otras palabras, no se obtiene grandes resultados cuando se busca imponer una lógica -que es interpretada como perteneciente a un determinado grupo profesional, político, ideológico, etc.- sobre un sistema en que predomina otra. En este caso, una reforma que ha sido definida por los afectados como caracterizada por criterios de eficiencia propios de economistas, ingenieros, Chicago boys, etc., tendrá dificultades de imponerse y encontrar adherentes en un sistema hospitalario, caracterizado por una cultura médica, clínica y de servicio.

Cualquier intento de cambio que se perciba como una introducción de criterios ajenos a lo estrictamente clínico se enfrentará necesariamente con la cultura médica. Esta resistencia se fundaría en la valoración de lo clínico como el centro de orientación del hospital, en función de lo cual deben girar los aspectos administrativos de la gestión, la planificación, etc.

Esta cultura sería, no obstante, proclive a los cambios que se asocien a un apoyo al trabajo clínico. Los actores que encarnan esta cultura aprecian un adecuado apoyo logístico para realizar diagnósticos acertados e intervenciones exitosas, valoran además una permanente orientación a su capacitación y perfeccionamiento profesional, y podrían aceptar un reconocimiento al desempeño que contemple medir la calidad de la prestación (en este punto se puede integrar la evaluación que debieran hacer los usuarios). Recordemos que esta cultura distingue como poco relevante todo aquello que tienda a economizar recursos en desmedro de la calidad.

La cultura médica es cualitativamente más poderosa que las demás y su resistencia a los temas de eficiencia constituye un modelo para el resto del equipo de salud, por cuanto son los médicos los que comandan el trabajo clínico, y al hacerlo no sólo prescriben

tratamiento, sino también valores hacia el resto de los funcionarios.

Es fundamental, para conseguir la adhesión de esta cultura, generar los incentivos adecuados: por un lado, la valoración del trabajo clínico como lo central; pero por otro lado es fundamental reforzar la valoración de los temas de gestión, como un camino para optimizar la labor del mundo clínico. Para esta cultura es motivador el aumento del volumen de atenciones y el uso de tecnología moderna para realizar su trabajo. El incentivo económico no aparece como un tema crucial, por cuanto los médicos -en general- cuentan con la posibilidad de aumentar sus ingresos en el extrasistema y su motivación a trabajar en el sector público tiene otros componentes (vocación, espíritu de servicio, adquisición de experiencia, devolver la mano, intercambio con los pares, etc.). En este sentido, el tema económico aparece más bien como un desmotivador (se critica sus bajos niveles de ingreso) y no como un motivador. No se iniciaría un cambio por conseguir mejoras en los sueldos. Esto recuerda la teoría de dos factores de Herzberg, que señala que el sueldo no es un satisfactor, sino un insatisfactor: la gente nunca está satisfecha con su sueldo. Lo más que se puede lograr es que no estén insatisfechas.

E. Con respecto a la cultura de los funcionarios de la salud en general, es fundamental que el mundo clínico reciba un reconocimiento desde la racionalidad que enfatiza la eficiencia en el uso de recursos, de modo que los esfuerzos emergentes que el mundo clínico ha hecho por adoptar estos criterios se vean reforzados.

F. Es interesante notar cierta brecha que se establece entre el discurso de los gremios y el de los funcionarios. En el discurso privado, los entrevistados manifiestan, mayoritariamente, la necesidad de ser evaluados por temas ligados al desempeño, la aceptación de -eventuales- incentivos ligados a este reconocimiento, la necesidad de que las calificaciones sean herramientas que permitan discriminar, etc. Sin embargo, el discurso de los gremios (principalmente, la Fenats) no asume estas necesidades y se orienta a satisfacer demandas que uniforman a los funcionarios asociados. ¿Qué significa este desfase?, ¿cuál será el discurso que representa verdaderamente la necesidad de los funcionarios y cuál el estereotipo? La pregunta es: ¿sucederá lo mismo que ocurre cuando un funcionario de la salud asume tareas en el nivel central y, al entrar en un dominio distinto de relación, olvida la lealtad con el hospital del cual proviene (acusación que se hace al Ministerio)? Es decir, cuando un funcionario asume la representación de los funcionarios, entrará en un dominio de relación en el que se convierten en válidas demandas propias del movimiento gremial, y olvida las necesidades de los funcionarios en su trabajo cotidiano.

G. No es aconsejable desperdiciar algunos elementos culturales que pueden ser muy valiosos. La cultura de servicio, por ejemplo, tiene grandes posibilidades y ha sido exitosamente utilizada en otros servicios públicos. Para esto es indispensable el reconocimiento de la labor desinteresada y sacrificada del personal hospitalario a favor de quienes sufren y son necesitados. Si se dignifica esta labor, se puede conseguir mayores identificaciones y mejor disposición a buscar modos más eficientes de realización de la actividad.

Es necesario, por lo tanto, reforzar una cultura de servicio en que se enfatice el

servicio a las personas como la orientación básica de la institución. Un reforzamiento de una cultura de servicio público debiera fortalecer los liderazgos, estimular la autoestima de los funcionarios, generar mecanismos de participación, establecer mecanismos de ascenso y reconocimiento al desempeño, a la vocación y a la entrega en el trabajo. Destacar, asimismo, la importancia de la vocación de dar servicio a personas necesitadas.

En la cultura de los funcionarios de la salud esta cultura de servicio se ha desvirtuado, poniéndose en el centro la referencia a la satisfacción de las necesidades de los funcionarios en lugar de las necesidades de los usuarios.

H. Con respecto al tema de los incentivos económicos asociados al cumplimiento de tareas, surge en el estudio una reflexión desde los propios actores: introducir incentivos económicos podría ser un arma de doble filo, por cuanto se cambiaría el modo tradicional de hacer las cosas en salud, es decir, por vocación. Al respecto, es sugerente la idea de cuidar el tema de vocación de servicio como un recurso valioso con que cuenta el sistema, ya que un afán de optimizar podría terminar por minar esta riqueza.

I. El tema del reconocimiento al trabajo es una necesidad de todos los estamentos. Es probable que esta cultura de la escasez, que impide ver las inversiones en el sector, de alguna manera satisfaga una necesidad de obtener reconocimiento al trabajo. La percepción de la escasez sería un modo de distinguir el trabajo como heroico y nunca bien pagado.

J. El hospital, como espacio en sí mismo, es un incentivo para los funcionarios, sobre todo para los que ejecutan el trabajo clínico. Es una fuente de satisfacción por sí solo: provee una experiencia de aprendizaje, una capacitación permanente, y es el espacio en que los médicos obtienen su legitimación profesional. Para ellos es la posibilidad de realizar una vocación y una devolución de mano a la sociedad. Por lo tanto, tiene las posibilidades de incentivo en sí mismo, no hay que obtenerlas desde otro lado.

K. Al referirnos a la cultura regional que se expresa en el discurso de los funcionarios de los Hospitales de La Serena y Coquimbo, vemos que hay un estereotipo. Sin embargo, es un discurso que encuentra sustento en experiencias concretas que lo reafirman.

L. Los cambios que resultan exitosos cuentan generalmente con la conducción de líderes legítimos y legales. En este proceso de modernización se echa de menos ese tipo de liderazgo.

En los cambios culturales se requieren liderazgos fuertes, con decisión y coherencia. Sin embargo, estos liderazgos deben ser legitimados por las bases. No se puede esperar grandes resultados con jefaturas impuestas y que hablan otro "lenguaje". Por lo tanto, si se desea impulsar un cambio cultural efectivo, debe contarse con líderes que sean médicos reconocidos por su capacidad clínica y que demuestren decisión en el programa de cambios. En este programa de cambios, adicionalmente, es necesario valorar el ejercicio clínico -hablar ese "lenguaje"- y vincular dichos cambios al mejor logro de los objetivos del ejercicio clínico.

Por lo tanto, es urgente estimular el liderazgo de funcionarios que surjan de las

bases y que sean validados en lo clínico, de modo que éstas se sientan representadas en los espacios de toma de decisiones. Esto es fundamental para la posterior validación de los cambios.

M. Los mecanismos de participación que permiten legitimar los cambios son - básicamente- el sentirse informados y -para la cultura médica- sentirse adecuadamente representados en los espacios en que se decide.

N. Una cultura no se puede cambiar por decreto; por consiguiente, es equivocado intentar imponer verticalmente -desde el Ministerio de Salud o desde el Fonasa- criterios de eficiencia que provienen de una racionalidad diferente a la que predomina en los Servicios de Salud.

Una cultura no es la cultura de los dirigentes. Por lo mismo, no basta cambiar a los directivos de los hospitales para conseguir que sus perspectivas valóricas se transmitan al resto del sistema hospital.

Para cambiar una cultura es conveniente reconocer la cultura vigente y conseguir que ella misma se modifique. En este sentido, es aconsejable reconocer la cultura clínica, valorarla y desde ella iniciar la modificación de los elementos culturales que interesa cambiar. Para esto es necesario apoyarse en los criterios de legitimación de los clínicos (práctica clínica, reconocimiento de los pares, etc.), y vincular la reforma a mejores condiciones de desarrollo de la labor clínica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRAVANEL, ALLAIRE, FIRSIROTU, HOBBS, POUPART y SIMARD (1992), "Cultura Organizacional", Legis Fondo Editorial

ARROW, K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review* 73, pp. 941-973, December.

ASSAF et al. (1993), "Possible influence of the prospective payment system on the assignment of discharge diagnosis for coronary heart disease", *The New England Journal of Medicine*, vol. 329(13), pp. 931-935.

BOSSERT, T. (1997), "Decentralization of health systems: decision space, innovation and performance", Concept Paper, Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Cambridge, Mass.

BRITO, NOVICH y MERCER (1993), "El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones", *Revista Educación Médica Salud*, Vol. 27, N°1.

CELEDÓN, C.; M. GUZMÁN y M. VERGARA (1998), "El Rol de los Contratos en la Provisión de los Servicios de Salud. Una Evaluación de los Compromisos de Gestión", CIEPLAN, septiembre.

CELEDÓN, CARMEN y MARCELA NOÉ (2000), "Mecanismos de Control sobre los Servicios Públicos. Una Aplicación a la Atención Primaria de Salud", Fondo de Políticas Públicas, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile-CIEPLAN, marzo.

CHINOY, E. (1977), "Una Introducción a la Sociología", Fondo de Cultura Económica.

CIFUENTES, M.; J. JIMÉNEZ y R. TAPIA (1994), "Modernización de la Salud", *Cuadernos Universitarios*, Universidad Andrés Bello.

COLLINS, CH. (1989), "Decentralization and the need for political and critical analysis", *Health Policy and Planning*, vol. 4(2), pp. 168-171.

COMINETTI, R. y E. DI GROPELLO (1998), "Descentralización de la Educación y la Salud: Un Análisis Comparativo", en *La Descentralización de la Educación y La Salud: Un Análisis Comparativo de la Experiencia Latinoamericana*, CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile.



CUERVO, J; J. VARELA y R. BELLENES (1994), “Gestión de hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias”, Editorial Vicens Vives.

DESUC (1997), “Clima Organizacional de la Administración Pública Chilena”, Estudio realizado para la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.

DIXIT, A. (1996), “The Making of Economic Policy: A Transaction-Cost Politics Perspective”, *The MIT Press*, Cambridge, Mass.

DUARTE, DAGOBERTO (1995), “Asignación de Recursos Per Cápita en la Atención Primaria: La experiencia Chilena”, *Documento de Trabajo N°08/95*. Corporación de Promoción Universitaria, mayo.

DUARTE, DAGOBERTO y M. SOLEDAD ZULETA (1999), “La Situación de Salud Primaria en Chile. Documento preliminar”.

ENTHOVEN, A. (1997), “The market-based reform of America’s health care financing and delivery system: managed care and managed competition”, presentation draft to Innovations in Health Care Financing, a conference sponsored by The World Bank.

ENTHOVEN, A. y S. SINGER (1997), “Markets and collective action in regulating managed care”, *Health Affairs*, vol. 16(6), pp. 26-32.

FUENTES, R. (1997), Discurso Inaugural del Seminario Internacional “Salud y Sociedad. Desafíos del Nuevo Siglo”, Valparaíso, 17, 18 y 19 de noviembre.

GALLEGUILLOS, SYLVIA y M. ISABEL SIERRALTA (1991), “Evaluación del FAP como Método de Reembolso a los Hospitales Públicos en Chile”, *Estudios Públicos N° 43*, Invierno.

GALLEGUILLOS, SYLVIA y M. ISABEL SIERRALTA (1988), “Evaluación del Sistema de Facturación por Atención Prestada (FAP) como Método de Financiamiento de los Establecimientos Hospitalarios del SNSS”, Informe Final de Proyecto FONDECYT N° 1194.

GALLEGUILLOS, SYLVIA (1989), “DRGs: Una Alternativa para la Contención de Costos en Salud”. *Revista Economía y Administración N° 75*, marzo. *Revista Administración en Salud N° 6*.

GÓMEZ, C. (1996), “Cultura Organizacional en Chile”, artículo del Departamento de Administración de la Facultad de Administración y Economía de la USACH.

HIMMELSTEIN, D. et al. (1989), “A national health program for the United States: a physicians proposal”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 320(2), pp. 102-108.

KUTZIN, J. (1995), "Experience with organizational and financing reform of the health sector", Division of Strengthening of Health Service, World Health Organization, Geneva.

LARRAÑAGA, O. (1998), "Descentralización de la atención primaria en Chile. Primer componente", documento no publicado.

LEGRAND, J. (1991), "Equity and Choice", Harper Collins Academic, New York.

LEHRMAN, S. y K. SHORE (1998), "Hospitals' vertical integration into skilled nursing: a rational approach to controlling transaction costs", *Inquiry* 35 (Fall 1998), pp. 303-314.

LENZ, RONY y ROBERTO MUÑOZ (1995), "Reformas Financieras en el Sector Público de Salud: Mecanismos de Asignación de Recursos", *Documento de Trabajo N°1/1995, Serie Documentos de Trabajo*, Fondo Nacional de Salud, agosto.

LENZ, RONY y CHRISTIAN FRESARD (1995), "Compromisos de Gestión: Algunos Aspectos Conceptuales y Empíricos", *Documento de Trabajo N 14/95*, Corporación de Promoción Universitaria, julio.

LENZ, RONY Y ANA VANDERSCHUEREN (1998), "Itinerario de la Reforma Financiera 1990-1997", FONASA.

LENZ, RONY; HUGO SALINAS y SYLVIA GALLEGUILLOS, eds. (1999), "Una Mirada a Fondo a la Modernización de FONASA. 1994-1999", FONASA, agosto.

LOYOLA, V.; B. ABEL-SMITH; M. VERGARA; R. CAVIEDES; J. GIACONI y C. OYARZO (1994), "La salud en Chile: evolución y perspectivas", Centro de Estudios Públicos.

LUHMANN, N. (1997), "Organización y Decisión", editorial Anthropos, México.

MARANGUNIC, ANTONIO (1995), "Mecanismos de pago PAD-PPP: Aspectos conceptuales", *Serie Documentos de Trabajo CPU, Documento de Trabajo N° 09/95*, mayo.

MARTÍNEZ, P. (1997), "Diagnóstico de cultura hospitalaria, Hospital Dr. G. Fricke", Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Documento circulación interna.

MASSAD, C. (1995), "Acercar la salud a la gente", Selección de discursos del Ministro de Salud.

McGUIRE, A.; J. HENDERSON y G. MOONEY (1998), "The Economics of Health Care", Routledge, London.

MILGROM P. y J. ROBERTS (1996), “Bargaining costs, influence costs, and the organization of economic activity”, en L. Puttermann y R. Kroszner, eds., *The Economic Nature of the Firm: A Reader* (2<sup>nd</sup> edition), Cambridge University Press, New York.

MILLS, A. (1990), “Decentralization concepts and issues: a review”, en A. Mills, P. Vaughan, D. Smith y I. Tabibzadeh, eds., *Health System Decentralization*, World Health Organization, Geneva.

MINISTERIO DE SALUD, Oficina de Crédito Multilateral. Proyecto MINSAL-Banco Mundial (1991), “Estudio de Financiamiento de Prestaciones”, Informe Final, junio.

MINISTERIO DE SALUD, Chile. Proyecto MINSAL-Banco Mundial (1992), “Estudio de Asignación de Recursos Financieros al Interior del Sistema Público de Salud”, Etapa de Diseño de Detalle. Tomo II, mayo.

MINISTERIO DE SALUD, Chile. Proyecto MINSAL-Banco Mundial (1993), “Plan Piloto de Financiamiento: Mecanismos de Asignación de Recursos al Interior del Sistema Público de Salud”, *Informe de Avance N° 5*, Tomo I: Introducción y Aspectos Metodológicos, junio.

MINISTERIO DE SALUD, Chile. Proyecto MINSAL-Banco Mundial (1994), “Implementación Sistema de Pago PAD-PPP. Mecanismos de Asignación de Recursos al Interior del Sistema Público de Salud”, Informe Final, Tomo I, diciembre.

MINISTERIO DE SALUD (1994), “La gestión del Ministerio de Salud. Chile. 1990-1994”. Informe del sector salud durante el gobierno del Presidente Patricio Aylwin Azócar.

MINISTERIO DE SALUD (1994), “Políticas de Recursos Humanos en el sector de salud”, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Planificación Estratégica.

MINISTERIO DE SALUD (1998), “Estrategias Innovadoras en Salud. La Reforma Programática y Financiera Chilena. 1998”, publicación producida por la División de Salud de las Personas, DISAP, abril.

MINISTERIO DE SALUD (1998), “Equidad y Eficiencia en la Toma de decisiones en Salud”. Seminario 29-30 de Abril 1998. Publicación producida por la División de Salud de las Personas, DISAP, junio.

MINISTERIO DE SALUD (1997), “Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud”. División de Salud de las Personas.

MORAN, D. (1997), “Federal regulation of managed care: An impulse in search of a theory”, *Health Affairs*, vol. 16(6), pp. 7-21.

NEWHOUSE, J. (1996), "Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection", *Journal of Economic Literature*, vol. XXXIV, pp. 1236-1263, September.

OPS (1993), "Sobre la teoría y la práctica de la Salud Pública".

OYARZO M., CÉSAR (1994), "Salud: La Mezcla Público-Privada. Una Reforma Pendiente", Centro de Estudios Públicos, *Serie Documentos de Trabajo N° 216*, abril.

OYARZO, CÉSAR y SYLVIA GALLEGUILLOS (1995), "Reforma del Sistema de Salud Chileno: Marco Conceptual de la Propuesta del FONASA", *Cuadernos de Economía N° 95*, abril.

PETRASOVITS Dr. (1997), Resumen Ejecutivo, Conferencia, Seminario Internacional "Salud y Sociedad. Desafíos del Nuevo Siglo", Valparaíso, 17, 18 y 19 de noviembre.

PHELPS, CH. (1992), "Health Economics", Harper Collins Publishers, New York.

ROBINSON, J y L. CASSALINO (1996), "Vertical integration and organizational networks in health care", *Health Affairs*, vol ?.

ROBINSON, J. (1993), "Payment mechanisms, non price incentives, and organizational innovation in health care", *Inquiry 30*, pp. 328-333, Fall.

ROBINSON, J. (1996 a), "The dynamics and limits of corporate growth in health care", *Health Affairs*, vol. 15(2), pp. 155-169.

ROBINSON, J. (1996 b), "Decline in hospital utilization and cost inflation under managed care in California", *Journal of the American Medical Association*, vol. 276(13), pp. 1060-1064.

ROBINSON, J. (1999), "The future of managed care organization", *Health Affairs*, vol. 18(2), pp. 7-24.

RODRÍGUEZ, D. (1991), "Gestión Organizacional: elementos para su estudio", Ediciones Universidad Católica.

RODRÍGUEZ, D. (1995), "Diagnóstico Organizacional", Ediciones Universidad Católica.

ROGERS et al. (1990), "Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system: a summary of effects", *Journal of the American Medical Association*, vol. 264(15), pp. 1989-94.

SANHUEZA, R. (1998), “Burocracia y descentralización funcional en el sector público de salud”, documento por publicar.

SCHEFFLER, R. y E. NAUENBERG (1991), “Health Care Financing Reform y the United States During the 1980s: Lessons for Great Britain”, en A. Mc Guire, P. Fenn y K. Mayhew, eds., *Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, Oxford University Press, London.

SCHWARTZ, W. et al. (1991), “Hospital cost containment in the 1980s: hard lessons learned and prospects for the 1990s”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 324(15), pp. 1037-1042.

SMITH, P. et al. (1997), “Principal-agent problems in health care systems: An international perspective”, *Health Policy* 41, pp. 37-60.

SOJO, A. (1988), “Hacia unas nuevas reglas del juego: los Compromisos de Gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparada”, editado por CEPAL, *Serie Políticas Sociales, N° 27*, Santiago.

SOJO, ANA (1996), “Reformas de Gestión en la Salud Pública en Chile”, *Serie Políticas Sociales N° 13*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, marzo.

SOJO, ANA (1998), “Los Compromisos de Gestión en Salud de Costa Rica con una Perspectiva Comparativa”, *Separata Revista de la CEPAL*, diciembre.

STARR, P. y W. ZELMAN (1993), “A bridge to compromise”, *Health Affairs Supplement*, pp. 7-23.

THE GOVERNANCE COMMITTEE (1994), “The Grand Alliance II: Capitation Strategy”, The Advisory Board Company, Washington, DC.

THE GOVERNANCE COMMITTEE (1995), “The Grand Alliance: Physician Compensation Strategy”, The Advisory Board Company, Washington, DC.

TIROLE, J. (1994), “The internal organization of government”, *Oxford Economic Papers* 46, pp. 1-29.

VIGNOLO, C.; J. LUCERO y C. VERGARA (??), “Modernización de la gestión pública”.

WICKIZER, T. et al. (1991), “Have hospital cost containment programs contributed to the growth in outpatient expenditures? Analysis of substitution effect associated with hospital utilization review”, *Medical Care*, vol. 29(5), pp. 442-51.

WILLIAMSON, O. (1985), “The Economic Institutions of Capitalism”, *The Free Press*, New York.

WILLIAMSON, O. (1996), “The Mechanisms of Governance”, *Oxford University Press*, New York.