

HACIA UN NUEVO SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Proyecto de Modernización, CCSS

RESUMEN

La necesidad de modernizar el sistema de asignación de recursos de la CCSS, no es consecuencia únicamente de factores financieros -desbalance entre gastos e ingresos- sino ante todo surge de la necesidad de adaptar la Institución a los cambios mundiales, tanto en salud como en la economía. Asignar recursos con base en el presupuesto histórico no sólo es ineficiente e ineficaz, sino también inequitativo. Con el objeto de enfrentar estas limitaciones es que la propuesta de modernización busca establecer un nexo entre la asignación de recursos y las necesidades reales de salud de la población. El fortalecimiento de la atención primaria y hospitalaria, descentralización, mayor autonomía, introducción de un esquema gerencial y de una lógica contractual son los elementos centrales de la propuesta de modernización de la CCSS.

INTRODUCCIÓN

Parece general el sentimiento de insatisfacción respecto al funcionamiento del Sistema de Salud, bien en lo que atañe a su estructura, financiamiento, organización y gestión, como a sus resultados. Aunque en muchos de los países en que están reformando su Sistema de Salud los factores motivantes del cambio son parecidos, aumento de costos, bajos niveles de eficiencia en la producción de servicios e insatisfacción por parte de los ciudadanos y los empleados del sector.

A pesar de que no están cambiando los principios sobre los que sustentan las políticas sociales, sí se están modificando muy radicalmente la forma en la que se organiza el sector público para garantizar esos servicios. Es decir, está cambiando la organización y gestión de las responsabilidades públicas, con el fin de ser más eficaz y eficiente en lograr esos principios y fines sociales.

Como un lente de aumento, la salud refleja, y también magnifica, los cambios que Costa Rica experimenta en todos los órdenes. A medida que el país se transforma, el Sistema de Salud debe hacerlo también. El avance económico, el bienestar social y la estabilidad política dependen de la buena salud. No puede haber progreso general sin un Sistema de Salud que atienda a las legítimas aspiraciones de toda la población.

La preocupación de mejorar el Sistema de Salud costarricense, en la dirección de una mejor gestión de los recursos puestos en el sistema, al servicio del ciudadano, ha inspirado varias propuestas recientes de cambio, cuyos objetivos e instrumentos son parecidos.

El presente artículo está organizado en cuatro secciones. En la primera, se presenta un resumen de los ele-

mentos que originan las deficiencias del actual sistema de asignación de recursos y que inducen a un cambio. En la segunda, se recogen los aspectos fundamentales del marco conceptual del nuevo modelo de asignación de recursos. En la siguiente sección se anali-

zan las propuestas tanto para el nivel primario como para el hospitalario, y finalmente se presentan en la cuarta sección las conclusiones pertinentes.

A. SÍNTOMAS DE LOS PROBLEMAS EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

En un entorno en donde los recursos para los sectores "sociales" es cada vez más limitado, es necesario hacer más racional la utilización y la asignación de los recursos en salud, tanto a nivel público como privado, a fin de que sea posible garantizar cobertura universal con calidad y equidad. Es decir, debe buscarse un equilibrio entre las disponibilidades limitadas de recursos y las necesidades infinitas de salud.

Los elementos que ponen en riesgo la sostenibilidad del Sistema de Salud en Costa Rica son los siguientes:

1. Distribución inequitativa de los recursos.
2. Crecimiento del gasto hospitalario.
3. La relación gasto en salud con el Producto Interno Bruto.
4. El envejecimiento de la población.
5. La productividad y eficiencia en la CCSS.
6. El desequilibrio financiero, la brecha entre gastos e ingresos.
7. Inversiones de la CCSS.

8. Características de la planificación.
9. Compras de servicios de salud.
10. Estilos y cultura de trabajo.

1. Distribución inequitativa de los recursos

La actual forma de asignar los recursos económicos entre los distintos niveles presenta elementos de inequidad, tanto en su vertiente de acceso equitativo a los servicios como en relación con una distribución óptima de los recursos para maximizar la salud de la población.

Utilizando el Índice de Desarrollo Social (IDS), se concluye que aquellos cantones con un IDS elevado tienen un menor gasto público per cápita cantonal. Esto pareciera ser consecuencia de la asignación de recursos entre el primer y el tercer nivel. Según estimaciones de la Dirección Actuarial, el gasto del primer nivel de atención, en 1994, utilizando diferentes metodologías, oscila entre 16.440 y 24.231 millones de colones, que representa entre un 20,17% y un 30%, respectivamente, del gasto total de la CCSS en ese año. De lo anterior se deduce que el segundo y tercer nivel consumen entre un 79,83% y 70% del total del gasto.

Es decir, las áreas con mayores necesidades de salud - reflejadas por el alto Índice de Desarrollo Social- son las que tienen menos inversión en atención primaria, lo que significa un alto grado de inequidad en la distribución de los recursos.

Dentro de un sistema más equitativo se esperaría revertir esta situación para que los cantones con mayores necesidades, reflejadas por su índice de IDS, también cuenten con mayores recursos del Sistema de Salud, en el primer nivel de atención. Cabe destacar que el nuevo modelo de atención está enfrentando esta situación mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención, con especial énfasis en los 16 cantones prioritarios del país.

2. Crecimiento del gasto hospitalario

Uno de los factores más importantes de la presión sobre los gastos institucionales es el gasto hospitalario, lo que condiciona la posibilidad de garantizar servicios de alta calidad y con equidad a la población. Así, en los últimos 10 años, la tasa de crecimiento del gasto hospitalario es mayor que la de los otros niveles del sistema, lo que se traduce en que el porcentaje de todos los recursos disponibles dirigidos a los hospitales sea cada vez mayor. Durante el año 1994, el gasto total de los 29 hospitales representó un 67% del gasto total del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) de la CCSS; para 1995, asciende a 74%.

El crecimiento del gasto hospitalario implica, entre otras cosas, menos recursos para la atención ambulatoria.

Según las estimaciones se espera que el gasto hospitalario pase de 48.981.6 millones de colones, en 1995, a 249.383.1 millones de colones, en 2020, lo que se traduce en una tasa de crecimiento promedio anual de un 16,37%; mientras tanto, se estima que el gasto en atención ambulatoria, aumentará de 39.379.4 millones colones a 100.754.6 millones colones, respectivamente, lo que implica una tasa promedio de crecimiento anual de un 6,2%

Las tendencias internacionales están claramente dirigidas a obtener una mayor producción en el ámbito ambulatorio. En este sentido, cabe señalar que las experiencias internacionales enseñan que hasta un 70% de los eventos hospitalarios podría ser tratado en forma ambulatoria. Esto es una indicación clara de que es importante fortalecer los hospitales para que logren una gestión eficiente de las camas. Es decir, diseñar un mecanismo de asignación de recursos que logre un equilibrio entre riesgo e incentivos; por tanto, debe tratar de estimular que los actores que realizan una tarea asuman un riesgo, pero a la vez, les debe dotar de incentivos para que se esfuercen en realizar la actividad de modo eficiente.

3. Relación Gasto en Salud/ Producto Interno Bruto

La relación gasto/PIB constituye la medida más importante para analizar el tamaño relativo del Sector Salud, puesto que brinda una idea de los esfuerzos destinados por la comunidad nacional a la atención de la salud, en relación con la disponibilidad total de recursos. La participación de la CCSS en el PIB se recoge en el Gráfico 3, la cual pasa de un 4,86% en 1988, a un 6,42% en 1995.

Al gasto público en salud es necesario agregarle el gasto privado, que representa un 23%¹ del gasto total en 1988. El comportamiento observado hasta el año 1994 supone que el volumen de gasto total (público más privado) en salud alcanzaría una cifra cercana al 10,7% del PIB.

Las estimaciones muestran que de continuar con la tendencia creciente del gasto público en salud, éste crecerá a un ritmo muy superior al crecimiento del Producto Interno Bruto, tal y como lo recoge el Gráfico 1.

Es importante mencionar que el crecimiento del gasto en salud *per se* no constituye un problema. Es una decisión a nivel de la sociedad, qué porcentaje del total de la riqueza producida se destina a la salud. Lo que sí es claro es que este creciente gasto no se ha acompañado de un comportamiento similar en los indicadores de productividad, producción y sobre todo de la calidad de la atención en la Institución. Así, los indicadores de producción -exceptuando las urgencias- como egresos, consultas de medicina general, cirugías, consulta especializada, presentan un comportamiento descendente o constante.

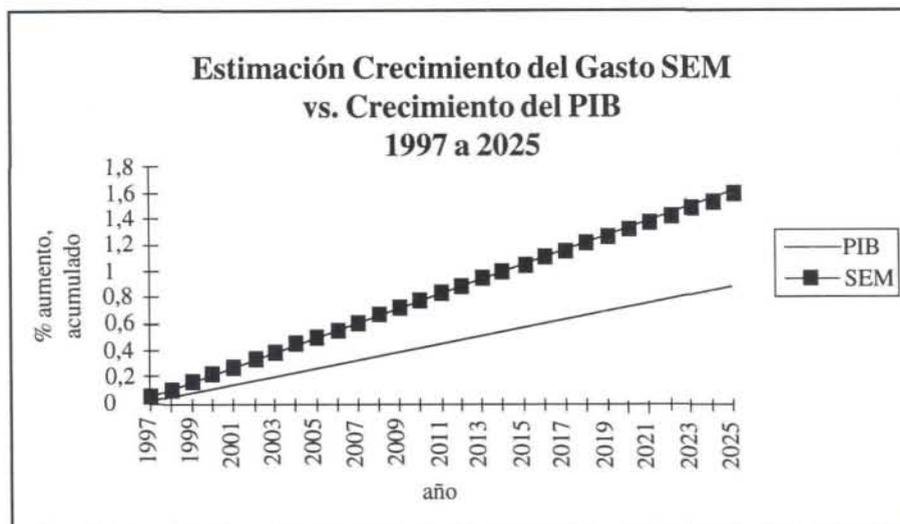


GRÁFICO 1

4. Productividad y eficiencia en el tercer nivel de atención de la salud en la CCSS

Si se analizan los indicadores de productividad y eficiencia de la CCSS, es claro que éstos presentan un comportamiento decreciente o constante mientras el gasto real aumenta a tasas crecientes.

Así, como lo recoge el Gráfico 2, los índices de consulta de medicina general, de cirugías, egresos y consulta especializada, presentan una tendencia a mantenerse constantes o decrecer. La única variable de las seleccionadas que presenta un incremento son las urgencias, resultado de por sí esperado. Contrario a este comportamiento, el gasto real presenta una tasa de crecimiento creciente, la cual, durante el período 1988-1995, asciende a un 91%.

Por otro lado, una reducción importante en la capacidad resolutoria de los hospitales regionales ha producido saturación e insatisfacción en los hospitales nacionales. Uno de los factores clave en la búsqueda de eficiencia y calidad en los servicios hospitalarios será el fortalecimiento del nivel regional hospitalario. Así, según un estudio de la OPS² sobre la capacidad resolutoria de la red hospitalaria, un 52% de los actos quirúrgicos y un 76% de los egresos realizados en los hospitales nacionales se pueden realizar en hospitales de menor complejidad, sin impactar negativamente la calidad de la atención.

Mejoras en la capacidad resolutoria del nivel regional y periférico, así como aumentos en la eficiencia de los hospitales nacionales, permitirán disminuir las listas de espera y aumentar la satisfacción de los usuarios con res-



Fuente: Dirección de Presupuesto. Departamento de Evaluación y Control del Gasto. Anuarios Estadísticos. CCSS

GRÁFICO 2

pecto al sistema. El nuevo modelo de asignación de recursos pondrá en marcha una serie de mecanismos para vincular la productividad y la calidad de los servicios con los recursos financieros que reciban los centros.

5. Envejecimiento de la población: Su impacto en el Sistema de Salud

La población costarricense está iniciando un cambio demográfico que duplicará la población mayor de sesenta años en relación con la población total, en menos de 40 años. Habitualmente, se relaciona el impacto del envejecimiento de la población en el contexto de la Seguridad Social con la maduración del sistema de pensiones y sus consecuencias económicas. Sin embargo, el efecto de este proceso tiene un impacto igual o mayor sobre el Sistema de Salud del país. El aumento en la demanda de servicios de salud, y por consecuencia, en el gasto que conllevará el envejecimiento de la población, intensificará los problemas económicos del sector y la necesidad de mejorar la asignación de recursos entre usos alternativos.

Las estimaciones del gasto en salud para el período 1995-2020 demuestran que el gasto en el grupo de edad de 60 y más años presenta un comportamiento explosivo; esto es una consecuencia esperada del proceso de envejecimiento de la población y, por lo tanto, de su mayor demanda de los servicios de salud; así, por ejemplo, los ancianos tienen una tasa de utilización de consulta externa de aproximadamente 8,28 consultas per cápita, en comparación con una tasa de 3,94 de la población entre 0 y 59 años.

6. La brecha entre gastos e ingresos

Es evidente que existen una multitud de factores que afectan el comportamiento de los gastos e ingresos de la Institución. Entre estos factores tenemos el proceso de envejecimiento de la población, las limitaciones en la cotización por parte del sector empresarial y el Estado, el presupuesto histórico, los "incentivos" existentes en la Institución y otros no menos importantes.

El Cuadro 1 recoge el comportamiento de los gastos e ingresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) durante el período 1986-1995. La tasa de crecimiento promedio anual de los gastos es de un 75% mientras que la de los ingresos asciende a 65%; esto nos indica que de no tomarse medidas importantes tanto del lado de los ingresos, mejorar el sistema de recaudación, ampliación de la base contributiva y otros, así como medidas del lado del gasto, introducción de mecanismos que permitan racionalizar el gasto hacia servicios que sean costo-efectivos, etc., la Institución enfrentaría problemas de sostenibilidad financiera.

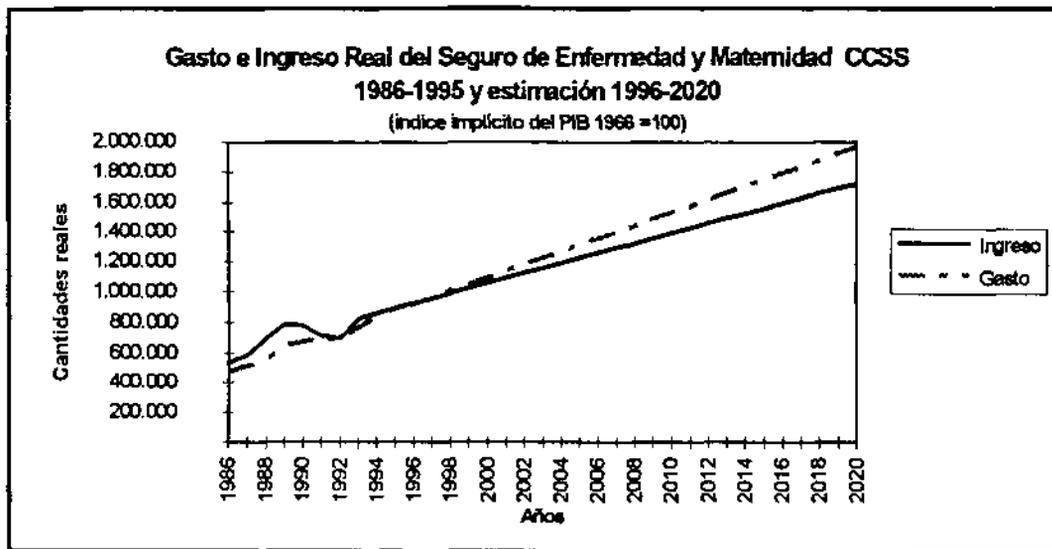
De acuerdo con este comportamiento de los gastos e ingresos se estima -mediante regresión lineal- que los gastos superarán a los ingresos en el año 2020 en aproximadamente 240.966 millones de colones en términos reales.

A los anteriores elementos es fundamental incorporarles, las deficiencias de la planificación de la CCSS. Es una planificación normativa que se ve desbordada por la *dinámica de las decisiones con lo que la actual distribución de la oferta de servicios especializados escapa a una*

CUADRO 1. Gastos e Ingresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad. CCSS 1986-1995

Años	Ingresos	Gastos
1986	12.766.461	11.297.640
1987	15.351.040	13.588.733
1988	21.617.796	17.340.081
1989	28.158.886	23.362.173
1990	33.322.021	28.887.651
1991	39.494.043	38.567.637
1992	46.757.614	46.398.261
1993	61.717.986	56.864.645
1994	75.369.639	73.361.489
1995	95.902.122	95.902.122
Tasa Crecimiento promedio anual (cifras nominales)	65.1	74.9

Fuente: Departamento de Evaluación y Control del Gasto



Nota: Los datos se proyectan utilizando una regresión lineal simple.
Fuente: Dirección Financiera. Departamento de Control y Evaluación del Gasto

GRÁFICO 3

estrategia institucional. El crecimiento se ha efectuado individualmente en cada centro, en razón de los cambios presupuestarios logrados y de las inversiones conseguidas por cada uno de ellos. Esto a pesar de que actualmente se está llevando a cabo la modernización de la atención primaria siguiendo criterios de planificación previamente definidos.

Las características de las inversiones físicas de la Institución han llevado a detectar, en diversos estudios, la falta de registros de inventarios técnicos, procedimientos de seguimiento de historiales de fallos y evaluación de obsolescencia, así como la ausencia de desarrollo de estrategias de mantenimiento preventivas. La ausencia de planes preventivos a mediano y largo plazo podría tener graves consecuencias en la descapitalización y deterioro de las instalaciones. Esta falta de planificación estratégica implica un alto riesgo para la Institución, con su consecuente impacto sobre el nivel de bienestar de la población.

Las limitaciones, en cuanto a la compra de servicios de salud, quedan manifiestas en relación con las Cooperativas, donde estas llegaron a fijar el nivel población, variable estratégica a la hora de asignar recursos. Sin embargo, la mayor limitación es el tipo de contrato, que no superaba el contrato administrativo, con las limitaciones inherentes a éste. Por último, aunque debió haber sido el primer aspecto en mencionar es que el estilo y la cultura de trabajo en la CCSS no está basado en medidas del desempeño, sino que lo que se premia es la antigüedad, es decir, se premia por permanecer en la Institución independientemente de los resultados de la labor realizada.

B. ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL NUEVO SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Tradicionalmente, la Institución ha utilizado el gasto histórico como método para asignar los recursos entre sus diferentes dependencias, lo que significa que la asignación de los recursos a la unidad proveedora no se realiza considerando el desempeño, las necesidades reales de salud de la población adscrita, ni los niveles de calidad, sino que simplemente es el presupuesto del año anterior más el porcentaje de inflación esperada. Los recursos se dirigen a financiar compromisos previos (centros asistenciales y servicios prestados) y a dar respuesta a nuevos compromisos (inversiones, y nuevos servicios y prestaciones). Las limitaciones que surgen de este esquema de asignación de recursos son:

- **Falta de incentivos a la eficiencia:** Los hospitales no disponen de ningún incentivo a la adopción de decisiones eficientes, en la medida que los ahorros que consiguen pueden suponer un menor presupuesto en el período siguiente.
- **Recursos orientados a la oferta:** La presupuestación histórica implica que se destinan los recursos de acuerdo con la oferta de recursos humanos e infraestructura, independientemente de las necesidades de salud o la demanda real de la población.
- **Percepción del riesgo como inexistente:** En la medida que los gastos realizados por los hospitales son

cubiertos en su totalidad (presupuesto histórico) incluso en caso de sobregiro presupuestario, los hospitales perciben la *restricción presupuestaria* como inexistente. Contrariamente al sector privado, donde se realizan precauciones en función del riesgo existente, el sector público hospitalario puede tomar decisiones en un contexto en el que este riesgo se percibe como inexistente, ya que finalmente los costos acaban siendo asumidos de forma colectiva.

Esto ocasiona -tal como se demostró anteriormente- un crecimiento inercial del gasto, desvinculado de los resultados y la calidad del servicio. Por lo tanto, si la sociedad costarricense desea continuar con los niveles actuales de salud y mejorarlos, es necesario desarrollar un Nuevo Sistema de Asignación de Recursos, que permita asegurar la sostenibilidad financiera del sistema y ofrecer cobertura universal a todos los ciudadanos costarricenses, donde la calidad, eficacia y eficiencia sean los ejes fundamentales de los servicios de salud. Esto a su vez permitirá incrementar los niveles de equidad entre los distintos usuarios de salud.

En la búsqueda de soluciones a los mencionados problemas, un requisito fundamental que deben cumplir los nuevos esquemas es que conduzcan a una asignación más eficiente de los recursos de que se dispone; esto es, los recursos deben distribuirse de manera que, sin necesidad de incrementarlos, se puedan obtener más y mejores resultados. Es decir, un aumento en la eficiencia asignativa de los recursos producirá más salud en términos de la cantidad y calidad de los servicios.

El Proyecto de Modernización de la Caja busca fortalecer los principios de solidaridad, universalidad y equidad, mediante un cambio en el mecanismo de asignación de recursos. El componente de asignación de recursos pretende reducir las inequidades, implementando una serie de cambios en la distribución de los recursos entre las diferentes dependencias y niveles de atención de la salud, así como modificar los incentivos a los prestadores para aumentar la eficiencia y la calidad.

Entre sus principales objetivos están fortalecer el primer nivel de atención, ligar la asignación de recursos a las necesidades de la población, fijar mecanismos para premiar la prestación costo-efectiva de servicios, incrementar la satisfacción de la población y propiciar una organización del Sistema de Salud de la Caja que facilite el logro de estos objetivos.

El marco conceptual del nuevo modelo de asignación de recursos, está sustentado en los siguientes cambios:

- Separación de las funciones de financiamiento/compra y prestación.
- Introducción de la función gerencial.
- Definición de los objetivos de salud específicos para cada centro.
- Introducción del compromiso de gestión como instrumento para vincular la actividad con los recursos y trasladar el riesgo al prestador.
- Alternativas en los mecanismos de pago a las áreas de salud y hospitales.

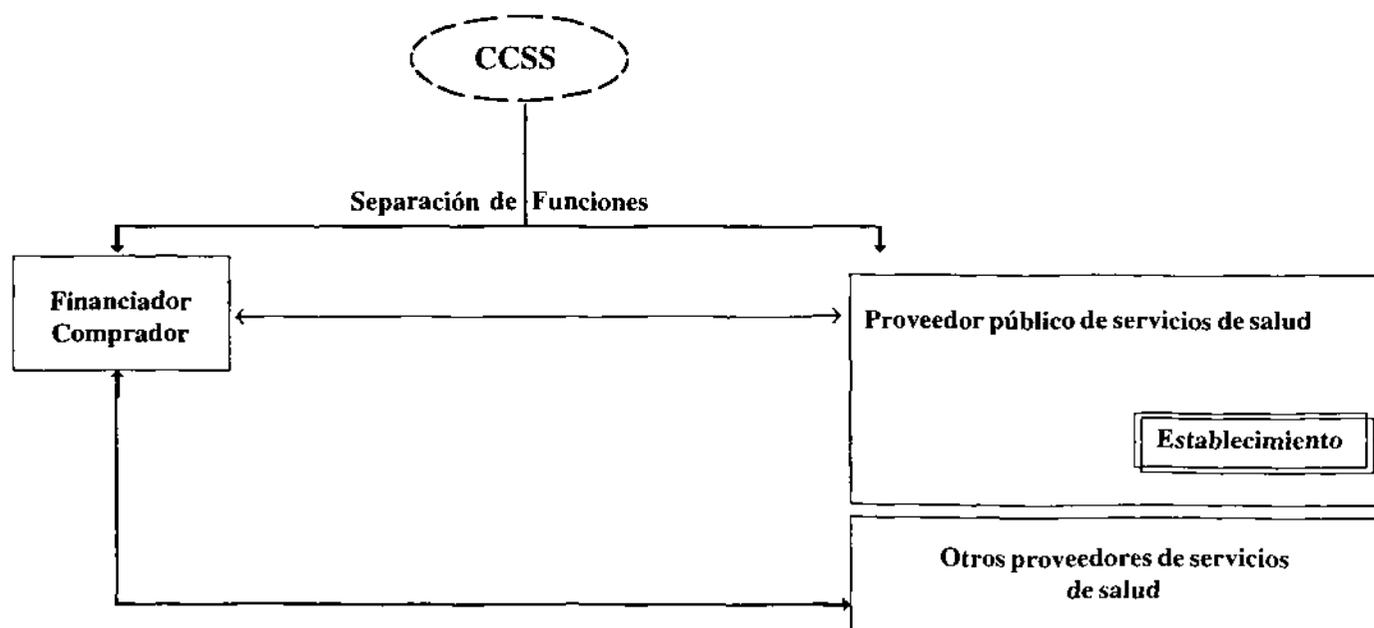


GRÁFICO 4. Separación de funciones financiamiento y provisión de servicios

Separación de las funciones de financiamiento-compra y de provisión

El Gráfico 4 recoge la separación entre el financiador-comprador (nivel central de la Institución) y la unidad proveedora (hospitales y áreas de salud).

Para lograr mayores beneficios con esta separación de funciones es necesario identificar las responsabilidades de cada uno de los participantes. El Cuadro 2 recoge tanto las funciones del financiador-comprador como de las unidades proveedoras.

Sin embargo, no es suficiente con el cambio de la forma de asignar recursos, sino también que es fundamental la forma como se gestionan estos recursos escasos por definición. Por lo tanto, uno de los cambios mayores que se requieren, al margen de la regulación, es el desarrollo de la gestión empresarial de los centros públicos de salud.

Introducción de la función gerencial

Para que el esquema gerencial tenga éxito, es necesario asumir riesgos, lo que a su vez requiere del cumplimiento de una serie de condiciones para el puesto, como son: que la permanencia esté vinculada al logro de los objetivos propuestos y que se establezcan incentivos económicos relacionados con el logro de metas y resultados, los cuales deben estar vinculados con pocos objetivos.

Tanto los objetivos como los incentivos deben ser congruentes con los señalados en el compromiso de gestión entre financiador y prestador. Cambiar de un esquema de administración presupuestaria hacia otro de gestión empresarial según objetivos de salud y de servicios resulta esencial.

Es importante señalar que esta nueva forma de asignar recursos no tiene como propósito el privatizar el financiamiento de los servicios de salud, sino en cambio diseñar una racionalidad diferente a la actual para lograr una mejor prestación de los servicios mediante elementos que incentiven el uso de los recursos, la equidad en la accesibilidad y la oportunidad de la atención y en el mejoramiento de la calidad de la atención.

Definición de objetivos de salud para cada centro

La separación de funciones de financiamiento y provisión, permite establecer objetivos de salud claros para ambas partes contratantes, dando lugar a un entorno adecuado para aumentar, no sólo la eficiencia, sino también la calidad en la prestación de los servicios.

El establecimiento de objetivos y metas para los prestadores de servicios de salud parte de una estrategia de salud bien definida por parte del financiador-comprador, estrategia que debe sustentarse en un conocimiento preciso de la población beneficiaria, de sus problemas de salud más importantes y de las intervenciones eficaces para resolverlos. Esta estrategia de salud se traducirá en una estrategia de compra, que dará prioridad a los problemas de salud más relevantes.

Para conseguir lo anterior, es necesario que los proveedores estén desconcentrados, de manera que a cada uno se le pueden fijar objetivos lo más precisos posible, congruentes con las necesidades de su área de influencia o adscripción. Esto conduce a una organización de la Caja, integrada en entidades con objetivos precisos. Esta organización permite, a su vez, delimitar las responsabilidades específicas de los gestores, directivos y, en gene-

CUADRO 2. Funciones del Financiador-Comprador y de la Unidad Proveedora

Financiador-Comprador	Unidades Proveedoras
√ Define el contenido de las prestaciones	√ Prestar los servicios a la población en los términos definidos en el Compromiso de Gestión
√ Establece procedimientos de afiliación	√ Gestión de sus recursos humanos, materiales y servicios generales
√ Establece Compromisos de Gestión con proveedores	√ Gestión asistencial
√ Identificación de la población	√ Gestión económico-financiera
√ Control y Evaluación	√ Gestión clínica
	√ Control de calidad
	√ Control y evaluación

ral, de cada establecimiento de salud o dependencia de la Institución.

Los compromisos de gestión como un instrumento para vincular la actividad con los recursos y trasladar el riesgo

La separación de financiador y prestador conduce a establecer una relación contractual entre ambas entidades, donde el financiador-comprador establece los "productos" que desea comprar y el prestador organiza su institución para producir estos servicios al mínimo costo. Estas entidades negociarán y pactarán los objetivos y las metas que, de mutuo acuerdo, deben cumplir los centros de atención, así como el presupuesto de producción y la forma en que se pagarán los servicios y su relación con el logro de las metas pactadas.

Los compromisos de gestión, así como el establecimiento de la función gerencial en los centros de atención, permiten la diversificación del riesgo implícito en la toma de decisiones: desde el momento en que se firma un compromiso de gestión en que el prestador se compromete con ciertos objetivos y metas, el financiador-comprador está trasladando riesgos.

Así, al establecerse en el compromiso de gestión los objetivos y metas y asignarse los correspondientes recursos, los cuales solo serán girados si se cumplen las metas, se están vinculando directamente recursos y actividades. En términos generales, el compromiso de gestión incluye los siguientes elementos básicos:

- Objetivos de actividad; costo y calidad.
- Sistemas de evaluación y control.
- Sistemas de asignación de recursos en función de resultados obtenidos.
- Sistemas de incentivos.

Las opciones en los mecanismos de pago a las áreas de salud y a los hospitales.

Los mecanismos de asignación de recursos a las áreas de salud y los hospitales buscan introducir más eficiencia y calidad en los servicios de salud mediante la incorporación de dos elementos principales:

1. El sistema de retribución, que dividirá el presupuesto del centro en una parte fija y en otra variable. Esta última actuaría como mecanismo para trasladar parte del riesgo al prestador ante el incumplimiento de objetivos.
2. Un mecanismo de pago, en el nivel hospitalario, que permitirá relacionar el pago con productos más con-

cretos. Se pretende mejorar el vínculo entre los recursos financieros y los servicios brindados a la población.

En todos los niveles de atención y en todas las dependencias de la Institución, estos elementos permitirán implantar un sistema de retribución asociado al rendimiento. La distribución de incentivos por centros de trabajo estará centralizada y asociada al cumplimiento de metas previamente establecidas.

En el primer nivel de atención, una vez que se han determinado los objetivos de cada unidad, se vinculará el 10% de la asignación presupuestaria al cumplimiento de los objetivos. Esta vinculación busca, no solo incrementar la eficiencia de este nivel, en el sentido de constituirse en un filtro con relación a la referencia hacia los niveles II y III, sino también incentivar la búsqueda de calidad en el servicio prestado. Estos recursos serán entregados al final del período de evaluación, en proporción al cumplimiento de metas. **Con el diez por ciento de retención se constituirán dos fondos:**

- **El Fondo de Incentivos** estará conformado por un 5% del presupuesto disponible. Estos recursos podrían ser reintegrados al centro para flexibilizar la inversión en las partidas que mejoran la calidad de los servicios de salud. Además en los compromisos de gestión firmados en diciembre pasado se incluyó un 2,5% del presupuesto en especie.
- **El Fondo de Compensación Solidaria** busca otorgar recursos al centro y estará conformado por un 5% del presupuesto disponible. Estos recursos actuarán como un margen de seguridad en el caso que el centro produjera más actividad de lo previsto o que el costo de la producción hospitalaria fuera más caro de lo establecido. Es importante mencionar que en la actual experiencia piloto se decidió, en conjunto con los participantes, aplicar el 10% al Fondo de Incentivos (se exceptúa de este caso a las áreas de salud).

El Fondo de Incentivos constituye una reserva que dará oportunidad, a cada centro, de introducir incentivos a los funcionarios. Dentro de estos podemos citar: capacitación, mejoras a la planta física, adquisición de equipo menor, mantenimiento de edificios y equipo, y otros rubros. Además, es posible que al consolidarse el nuevo modelo, se puedan introducir incentivos económicos de forma grupal o individual.

Adicionalmente, el Fondo de Incentivos podrá incrementarse con los ahorros generados de la gestión de su presupuesto óptimo. Este incremento será, a lo sumo,

del 80% del ahorro alcanzado, siempre y cuando el centro siga cumpliendo con los objetivos establecidos.

No obstante, debe aclararse que el diseño de incentivos es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar el desempeño del Sistema de Salud. Aunado a esto, debe desarrollarse una cultura que promueva los valores deseados. En la medida en que los incentivos no consideren el desempeño de los funcionarios, el Sistema de Salud enfrentará un serio obstáculo para lograr la equidad, la calidad y la eficiencia.

Respecto al Fondo de Compensación Solidario, el presupuesto asignado a este servirá como un margen de protección contra sobregiros o anomalías en la ejecución presupuestaria. La diferencia entre lo que se decida asignar porcentualmente a este fondo y lo ejecutado (saldo), se orientará hacia un programa denominado, "Programa de Renovación Tecnológica", el cual abriría la posibilidad a los centros de atención de programar nuevas inversiones en equipo, como resultado de aumentos en la eficiencia.

Asimismo, es necesario aumentar la capacidad de gestión de los recursos que tienen los centros, tanto en el nivel primario como en el nivel hospitalario. Con este fin, se propone la incorporación de dos elementos adicionales que deberían agilizar la gestión de los centros:

- **Flexibilización de la ejecución presupuestaria:** Se plantea la posibilidad de agilizar los procesos de modificación presupuestaria para las unidades programáticas.
- **Gestión de los ingresos:** Con el fin de incentivar la recaudación y permitir un mayor grado de flexibilización en el manejo de los recursos, se plantea la posibilidad de reintegrar parte de los recursos que las unidades recaudan mediante la venta de servicios y el cobro a los no asegurados, entre otros.

En los hospitales, la asignación presupuestaria se hará sobre la base de una cantidad prefijada y un techo presupuestario o presupuesto óptimo, la cual estará desligada del presupuesto histórico. Asimismo, se incluirán los mismos mecanismos descritos en la sección anterior con relación al primer nivel de atención.

C. LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS POR NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

C.1 Asignación de recursos al Primer Nivel de Atención

El Nuevo Sistema de Asignación de Recursos busca fortalecer el nivel primario de atención de la salud. Re-

cordemos que los servicios de salud de este nivel generalmente presentan externalidades positivas, además de que estos servicios son costo-efectivos, lo que permite que los recursos asignados beneficien a la mayor población, especialmente a los de menores ingresos.

El nuevo modelo asignará recursos a los áreas de salud, con el fin de que éstas los gestionen con un mayor grado de autonomía y responsabilidad para los resultados. Este nuevo esquema dotará a las áreas de salud y los EBAS de más flexibilidad en la aplicación de los recursos, lo que permite adaptar -respetando las políticas institucionales- las asignaciones presupuestarias a las necesidades particulares de cada comunidad. Asimismo, el nuevo modelo de asignación de recursos generaría una mayor eficiencia en el uso de los recursos y un mayor estímulo a los gestores de los programas de salud para prestar servicios de máxima calidad.

En resumen, los objetivos estratégicos de la propuesta del sistema de financiamiento para el primer nivel de atención, son:

1. Diseñar un modelo que admita gradualidad en su implantación y adaptaciones de acuerdo al entorno.
2. Superar el sistema de asignación actual, basado exclusivamente en los gastos incurridos en el ejercicio anterior.
3. Introducir la cultura de costo, de producto y de resultado, entendido este último como la mejora de la salud, la eficiencia y la satisfacción del usuario, entre los responsables de los centros asistenciales.
4. Relacionar parcial y progresivamente las asignaciones económicas con la cobertura de los servicios.
5. Introducir en todos los centros del territorio un modelo de compromiso de gestión que refleje los acuerdos adaptados para introducir los criterios anteriores.
6. Trabajar intensamente con las áreas de salud en la preparación para la implantación del nuevo sistema mediante reuniones informativas, talleres y otras actividades de capacitación.

La transformación del sistema de financiación deberá ser gradual y progresiva por lo que el nuevo sistema se compone de tres fases escalonadas en cuanto a complejidad.

En la primera fase, se incorpora el compromiso de gestión y se propone una asignación financiera con base en datos históricos. De esta base, un 90% se recibirá en

forma fija y un 10% variable. Esta proporción variable retornará al centro, al final del período, en todo o en parte, sujeto en primer lugar, al cumplimiento presupuestario y, en segundo lugar, al cumplimiento de objetivos de salud (tamizajes, control, vacunaciones, anticoncepción o cualquier otro objetivo de salud que se considere prioritario para el país). Estos objetivos, que están identificados en el compromiso de gestión, tendrán una ponderación de acuerdo a la importancia que la entidad financiadora dé a cada uno de ellos.

Con el porcentaje variable del presupuesto se creará un fondo de retención, cuya retención estará condicionada a la existencia de información de carácter accesorio que permita avanzar en la complejidad del modelo de contratación (por ejemplo, registro de población cubierta, estándares de estructura de edad y otros). Este fondo se destinara a financiar actividades de formación de personal o adquisición de material para el centro, entre otros usos.

Se pasa a la segunda fase una vez que el centro haya resuelto todos los problemas operativos de la primera fase; se incorporan como criterios de recuperación del 10%, variables objetivos de satisfacción del usuario. Se propone en esta fase crear una bolsa de incentivos que premie la capacidad de resolución de las áreas de salud y la disminución de referencias al hospital. Trata de introducir el concepto de complementariedad entre niveles asistenciales y el concepto de que la atención primaria es el cliente del hospital.

En esta fase se mantendrá la asignación histórica como criterio de asignación, pero la asignación total en recursos personales y no personales, responderá al producto de multiplicar el número de habitantes por determinadas tarifas, y así se expresará en el contrato. Las tarifas se obtendrán de dividir el total a asignar por el número de habitantes.

En esta segunda fase, se introducirá el concepto de un **fondo de capacidad resolutive**, el cual se asignará a la atención primaria, en función de su capacidad de contener el uso hospitalario, o al hospital en función de su capacidad de atraer clientes.

Aunque en la segunda fase se introduce el concepto del pago per cápita, en la tercera fase se incorporará el pago per cápita según población ajustada por tasas de mortalidad infantil y por estructura de edades, de forma tal que este último indicador refleje el perfil de uso de los servicios de atención primaria por cada grupo de edad. En esta fase, se plantea también incentivar a los centros según su éxito en la captación de nuevos afiliados cotizantes a la CCSS, y se desarrollará una bolsa de incentivos, previa consecución de varios requisitos.

Como criterio de asignación de recursos, se utilizará el de población asignada, calificada según grado de ne-

cesidad y uso efectivo de los servicios asistenciales³. Esto significa que se utilizará una tarifa diferenciada por habitante afiliado, según edad y sexo (de acuerdo a la intensidad de uso de servicio que demuestren las segmentaciones por edad y sexo), y según la tasa de mortalidad infantil registrada en la zona, este último parámetro como indicador de necesidad.

En todas estas fases se penalizará el incumplimiento financiero y de los otros objetivos establecidos en el compromiso de gestión, cuando se sobrepase en algún nivel los montos asignados. El cese de directivos o la posibilidad de transferir a sus ingresos alguna penalización económica, son algunas posibilidades que serán consideradas como medio para dar credibilidad al sistema.

Asignación de recursos al Tercer Nivel de Atención

El nuevo sistema de asignar recursos a nivel hospitalario, busca por un lado ir fomentando una mentalidad empresarial en el uso de los recursos, lo que permitirá fortalecer y ampliar la competitividad de los hospitales; por otra parte, en forma similar a lo propuesto en la atención primaria, existen tres fases escalonadas en la forma de pago hacia los hospitales. Cada una de éstas busca una aproximación más certera a la medida del producto hospitalario.

Es importante enfatizar que la modernización no sólo se refiere a la relación entre el financiador-comprador y la unidad proveedora sino que también va dirigida al interior de cada hospital. Todos los procesos de producción de servicios deberán ajustarse al nuevo sistema.

Esto, por cuanto la eficiencia hospitalaria sólo es posible en la medida en que se corrijan los defectos que impiden alcanzar la eficiencia de cada hospital como un todo. En la medida en que una parte del hospital no funcione eficientemente, el hospital no lo hará. Conociendo las consecuencias que esto traería (insatisfacción del usuario y disminución de la bolsa de incentivos), es fundamental que cada hospital se aboque a resolver sus problemas de ineficiencia, mediante una modernización de sus procesos productivos.

Con el objeto de vincular la asignación presupuestaria con la producción real del hospital, se desarrolló una Unidad de Medida Hospitalaria (UPH), la cual se define como el resultado de multiplicar la ponderación de la actividad realizada por la equivalencia en UPH. Por otro lado, se identificó una tarifa a pagar por Unidad de Producción Hospitalaria, por nivel hospitalario atendiendo al criterio de las diferencias en los costos fijos de los diferentes centros del sistema, así como las ineficiencias existentes en el sistema actual. La tarifa se determinará al inicio del ejercicio y será **invariable para el período** (generalmente un año); también la misma incorporará la previsión de la inflación.

En forma similar al primer nivel de atención, se establecen tres fases de financiamiento, con la característica de que cada una incorpora un mayor nivel de refinamiento, busca aproximarse en forma más certera a la medición del producto hospitalario. Así, en la primera fase se propone se propone el establecimiento de una parte fija del presupuesto hospitalario y una parte variable vinculada al logro de objetivos preestablecidos.

Tal y como se analizó en la propuesta para el nivel primario, se establecerá un 10% del presupuesto del hospital como el presupuesto variable, el cual se asignará a los dos fondos que se mencionaron anteriormente: **el Fondo de Incentivos y el Fondo de Compensación Solidario**.

Con el propósito de establecer un vínculo directo entre la producción y la asignación de recursos, se propone el cálculo de un presupuesto por producción, con base en la actividad del hospital en términos de Unidades de Producción Hospitalaria y la tarifa por UPH, establecida de acuerdo con el nivel de complejidad del centro.

De la comparación del presupuesto por producción (PP) con el presupuesto ejecutado (PE), al final del período de evaluación, se define el grado de cumplimiento con los términos económicos del compromiso de gestión. Un hospital cuyo presupuesto ejecutado supera el presupuesto por producción podría ser categorizado como "ineficiente", en el sentido de que la cantidad de actividad y/o el costo por UPH no corresponden a lo concertado en el compromiso de gestión.

Para los hospitales que no logran cumplir su presupuesto por producción por una de estas dos razones, se establecerá una "subvención".

Posteriormente, estos centros subsidiados serán analizados por equipos técnicos durante el primer año de ejecución con el propósito de determinar la causa de su "ineficiencia".

Por otro lado, el hospital cuyo presupuesto por producción es mayor o igual al presupuesto ejecutado podría ser considerado como un hospital "eficiente". Los hospitales que logran producir la cantidad de actividad concertada a un costo igual o menor de lo establecido tendrán acceso al Fondo de Incentivos. Asimismo, los hospitales que logran un ahorro, reflejado por la diferencia entre el presupuesto por producción y el presupuesto ejecutado disfrutarán de hasta un 80 por ciento del ahorro para mejorar los servicios de salud.

En algunos casos, el hospital logrará una producción mayor a lo establecido en el compromiso de gestión. En el caso de que el prestador produzca una cantidad de UPH mayor a la pactada en el compromiso de gestión, el financiador procederá a recompensarlo. No obstante, esto será posible siempre y cuando el prestador haya cumplido, al menos, con el 90% de los objetivos estipulados en

las cláusulas adicionales del compromiso de gestión. Además, en esta primera fase se introduce el valor de la estancia media por sección.

En la segunda fase se propone introducir el valor de la estancia media por servicio, y finalmente en la tercera fase se propone la utilización de la casuística como factor determinante en la asignación de recursos a cada hospital. Mediante el análisis de la casuística, o "Case Mix", se establecerán tarifas que pretenden reconocer las diferencias de complejidad hospitalaria.

Es decir, además de considerar la producción de servicios con estancias medias estándar por sección (primera fase) o por servicio (segunda fase), se establecerán estancias medias estándar por producto hospitalario definidas en términos del agrupamiento de egresos.

Esta agrupación por casuística, o Grupos Relacionados de Diagnósticos (DRG), permitirá el establecimiento de estancias medias para grupos de egresos con episodios de hospitalización con definiciones clínicamente reconocibles y en la que los usuarios de cada clase se espera que consuman una cantidad parecida de recursos.

Asimismo, el desarrollo y la implantación de la contabilidad empresarial, o contabilidad analítica, permitirá establecer un sistema de asignación que se ajuste a los costos reales de cada hospital. El conocimiento de los costos reales de cada hospital es un elemento básico en la búsqueda de un sistema de pago que está orientado al pago por producto hospitalario.

Por otra parte, la evaluación de los compromisos de gestión se llevará a cabo en forma trimestral. El cumplimiento de los objetivos, tanto financieros como organizativos, asistenciales y de calidad, permitirá a la Unidad Provedora acceder a el Fondo de Incentivos, tener derecho al reintegro de los recursos producto de la venta de servicios, así como la utilización de los ahorros.

Una vez determinado el cumplimiento con los objetivos y términos del compromiso de gestión, el financiador-comprador establecerá qué porcentaje de la bolsa de incentivos y del fondo de solidaridad (a implementarse en la segunda fase) tendrán derecho a disfrutar los prestadores de servicios de salud. En la medida en que sean eficientes, podrán disfrutar de los incentivos establecidos. La eficiencia implicará mejoras, tanto a lo interno del hospital, como a la población que recibe sus servicios, dado que los fondos se traducirán en mejoras tecnológicas, mayor capacitación y otros.

CONCLUSIÓN

El análisis de los síntomas que ponen en riesgo la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud nos indica la necesidad de modernizar el sistema de asignación con

base en el gasto histórico y con «incentivos», que premian la antigüedad por sobre la productividad, calidad y eficacia del servicio.

El análisis del gasto en salud, nos muestra que la sociedad destina una alta proporción de su riqueza al financiamiento de los servicios de salud; sin embargo, en los últimos años es evidente que el usuario tanto interno como externo presenta un estado generalizado de insatisfacción. Es decir, la actual organización no responde a las exigencias cada vez mayores de un usuario, mejor informado y cada vez más exigente.

La modernización del actual sistema de asignación de recursos busca, por un lado el fortalecimiento del primer nivel de atención de la salud. Las investigaciones señalan que este presenta externalidades positivas, además de que sus intervenciones son costo-efectivas. Por otro lado, la modernización significa adecuar el hospital a las exigencias de calidad, eficacia y eficiencia. Para esto se propone el diseño de incentivos monetarios y no monetarios, reestructuración de la organización, implementación del presupuesto de producción, gestión de los ingresos extraordinarios, posibilidad de disponer de hasta un 80% de los recursos ahorrados y otros elementos no menos importantes.

¿Cómo lograr lo anterior? La Junta Directiva aprobó en la sesión 7028 del 21 de mayo de 1996 la separación de funciones entre el financiador-comprador (nivel central de la CCSS) y las unidades proveedoras (hospitales y áreas de salud). Esta separación, además de que permite establecer con claridad las funciones de cada uno, así como los objetivos respectivos, posibilita trasladar el riesgo presente en el proceso de toma de decisiones.

El compromiso de gestión recientemente firmado es el instrumento operativo que concretiza y resume las anteriores propuestas; así, en este se estipula claramente un nivel de presupuesto destinado al Fondo de Incentivos, los objetivos que la unidad proveedora debe de cumplir, los mecanismos de agilización presupuestaria, el volumen de actividad contratada, el porcentaje de ahorro que puede disponer, y otros.

Es importante mencionar que el cumplimiento de estos objetivos son la piedra angular sobre la cual descansa el proceso de modernización. Lo interesante del actual proceso es que algunos resultados serán visibles a corto plazo, por ejemplo la creación de una oficina o local donde los usuarios puedan manifestar sus derechos, el desarrollo de los protocolos las intervenciones y otros. Sin

embargo, por tratarse de un proceso complejo, con la participación de diversos actores sociales, los beneficios a nivel estructural serán de largo plazo: garantizar cobertura universal con calidad y equidad a todos los costarricenses, bajo un esquema de sostenibilidad financiera.

BIBLIOGRAFÍA

Andersen Consulting y Consorcio Hospitalario de Catalunya: *Marco Conceptual para la asignación de recursos*. Documento A.1 - A.4. España, 6 de julio, 1996.

Andersen Consulting y Consorcio Hospitalario de Catalunya: *Modelo Indicativo de Asignación de Recursos a Nivel Regional*. Documento B.1. España, 6 de julio, 1996.

Andersen Consulting y Consorcio Hospitalario de Catalunya: *Sistema de Retribuciones e Incentivos asociado al Rendimiento*. Documento C.1 - C.5. España, 6 de julio, 1996.

Andersen Consulting y Consorcio Hospitalario de Catalunya: *Modelo de Asignación de Recursos al Primer Nivel de Atención*. Documento C.1 - C.5. España, 6 de setiembre, 1996.

Andersen Consulting y Consorcio Hospitalario de Catalunya: *Modelo de Asignación de Recursos al Segundo y Tercer Nivel*. Documento D.1 - C.4. 6 de setiembre, 1996.

Cercone, James: *Alternativas en el Financiamiento, Prestación y Organización de los Servicios de Salud*. Gestión. Revista de ciencias administrativas financieras de la Seguridad Social. Costa Rica. 1er. Semestre, 1996. Volumen 4, No. 1.

NOTAS

1. Dato que surge del análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares realizada entre 1987 y 1988 por la Dirección General de Estadística y Censos. Para mayor detalle véase Sáenz y León, 1992.
2. Véase González, Ana Rita et al: *Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud: El caso de Costa Rica*. OPS, Organización Mundial de la Salud, CCSS, pág. 39.
3. En este sentido, se hará un estudio previo sobre la afiliación de la población a los servicios de medicina mixta y de empresa, con el fin de ajustar la tarifa.