

Planificación, centralización, descentralización y niveles de atención en salud

Zeirith Rojas Cerna¹

Deseo agradecer a la Academia Nacional de Medicina el haberme invitado a compartir con ustedes algunas ideas en torno a la planificación, centralización, descentralización. Y niveles de atención en salud.

La reforma del sector salud fue planteada con el fin resolver los siguientes problemas identificados en la prestación de servicios de salud:

- Escasa cultura del cliente
- Baja producción
- Aumento en los costos
- Atención biológica
- Presupuestos históricos
- Problemas de gestión
- Insatisfacción por parte de los usuarios y funcionarios
- Merma en la eficacia del sistema

Partiendo del modelo de teoría de sistemas y del modelo de calidad de Demming, integramos los problemas identificados de la siguiente manera: una mejor gestión, con enfoque de atención integral, debería disminuir los desperdicios, lo que aumentará la producción, conllevará a una disminución de costos, habrá un aumento en la demanda y un aumento en el empleo. Lo anterior permitirá pasar de presupuestos históricos a presupuestos per cápita o por actividades, propiciará la cultura hacia el cliente, aumentando la satisfacción de usuarios y funcionarios, logrando un sistema más eficiente.

Para solucionar los problemas se definieron algunas estrategias como la sectorización y la desconcentración de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) temas que serán desarrollados en esta presentación.

¹ Médico, Especialista en Administración de Servicios de Salud. MBA Administración de Servicios de Salud Sostenibles. Director Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, Banco Mundial / C.C.S.S

Sectorización

En el ámbito de la sectorización debemos recordar que previamente se dio la regionalización del país y que la misma no es coincidente entre las Gerencias Médica y Financiera (existen dos modelos de regionalización diferente en la CCSS, uno para los servicios de salud y otro para las sucursales); tampoco son coincidentes con la regionalización que tiene MIDEPLAN ni la que tiene el Ministerio de Salud. Como vemos este es un tema no resuelto y no hemos visualizado que se le haya dado la importancia requerida.

Desconcentración

La estrategia de desconcentración no es una estrategia nueva en la institución, desde finales de los años setenta se conforman las direcciones regionales, a las cuales se les dio la potestad del manejo del presupuesto, la administración del recurso humano y la ejecución de contrataciones a nivel local. Los mismos tres medios que contempla la ley de desconcentración de hospitales y clínicas que impulsa el proceso de la desconcentración. En aquellos tiempos para adquirir un juego de llantas para una ambulancia se requería la autorización previa de un funcionario del nivel central; por ejemplo, la ambulancia de la Clínica La Cuesta, debía venir a San José para que se le autorizara el cambiar llantas, en esas anécdotas, recuerdo que en alguna ocasión no se le autorizó el cambio de llantas, ya que se argumentaba que aún podían hacer uno o dos viajes más y de regreso a la zona sur se estallaron las llantas quedando inservibles. En el mismo orden, en el manejo del recurso humano, recuerdo como el personal (microbiólogo, técnicos, etc.), se presentaban a laborar a un centro médico sin conocimiento previo de parte de las autoridades de dicho centro ya que los mismos eran subalternos directos del director regional. No se respetaban los principios de unidad de mando y unidad de dirección, así la desconcentración de la autoridad se dio del nivel central al nivel regional, las unidades médicas se dedicaban fundamentalmente a la actividad sustantiva, prestación de los servicios de salud y los niveles

central y regional atendían los medios para la administración (presupuesto, contratación y recursos humanos).

Con el paso de los años, los procesos se vuelven más complejos, las demandas de las comunidades y de las unidades médicas son mayores y la posibilidad de atenderlas por parte del nivel central y regional son menores, por lo que se empieza a trasladar la administración de esos tres medios a las unidades médicas.

La Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la C.C.S.S., Ley N° 7852 del 30 de noviembre de 1998 y publicada en La Gaceta N° 250 del 24 de diciembre de 1998, señala en su artículo 1, que *impulsa* el proceso de desconcentración de hospitales y clínicas, no es una instrucción del legislador para desconcentrar todos los centros médicos. Se continúa leyendo en el artículo 1 “La C.C.S.S., por medio de su Junta Directiva podrá ampliar la desconcentración de otros centros de salud, previa realización de los estudios técnicos que la justifiquen de acuerdo con las necesidades del centro y su población asignada.”, en donde es claro que es la C.C.S.S., la que debe definir cuáles centros son los que se van a desconcentrar y que parámetros utilizará para definir si deben ser desconcentrados o no; es potestad de la Junta Directiva de la CCSS decidir su política de desconcentración e instruir su aplicación.

Con base en lo señalado podemos concluir que la desconcentración como estrategia para corregir las debilidades enunciadas al inicio, debe ser planificada y por tanto debe tener objetivos claros e indicadores que permitan medir su desarrollo.

La Junta Directiva de la Institución a señalado que la desconcentración es uno de los ejes fundamentales de la modernización de la C.C.S.S., lo cual a quedado plasmado en el Plan Estratégico del año 2002; también se ha señalado como una de los 10 áreas medulares dentro de las políticas de la Institución.

La estrategia de desconcentración es un proceso complejo, hemos visto que la Institución tiene la potestad de organizar hospitales y clínicas como órganos desconcentrados, para lo cual debe identificar los parámetros que utilizará para

discernir entre los diferentes centros de salud, cuales podrían optar por la desconcentración y cuales no. Por ejemplo, se podría proponer que las capacidades humanas del personal de los diferentes centros sea un parámetro a utilizar, así como el manejo eficiente del presupuesto y la dotación de personal si es suficiente o por el contrario la carencia del mismo. Este ejercicio nos llevaría a clasificar los centros médicos en unidades con personal con mayor capacidad administrativa, con mejor manejo de presupuesto y con una plantilla de personal suficiente y en el otro extremo estarían las unidades que muestran debilidades en esas áreas. Entonces podríamos pensar que el primer grupo serían las unidades a desconcentrar y el segundo grupo no sería tributario de esa designación. De tal forma que a las unidades “más competentes” se les otorgarían potestades de desconcentración para propiciar un mejor desempeño. Las unidades “menos competentes” no tendrían acceso a esa desconcentración y por ende se estaría limitando en alguna medida su capacidad de gestión.

Bajo el principio de equidad, salta la duda si ese modelo no estaría propiciando una mayor iniquidad. Una vez identificadas las debilidades de los centros que no son tributarios a desconcentrarse, los estaríamos predestinando a la ineficiencia (si partimos que la desconcentración propicia una mayor eficiencia), o de que forma se corregirían las debilidades detectadas para poder darles las “bondades” de la desconcentración. En relación a los centros tributarios a otorgarles la desconcentración pero que presentan debilidades ¿Qué acciones debería tomar la Institución para corregir esas debilidades? ¿Cuáles centros tendrían prioridad para corregir sus debilidades? Los tributarios a desconcentrar o por el contrario, los que no serán desconcentrados.

Desde la perspectiva de la comunidad, se debe subrayar que misma tienen derecho a una gestión eficiente, si la gestión no es eficiente, es responsabilidad de la CCSS propiciar esa eficiencia para beneficio de la comunidad, sin importar si se trata de centros tributarios de desconcentración o no.

En síntesis, se aplicará la estrategia de desconcentración a algunos centros para

propiciar una gestión más eficiente, sin embargo queda un vacío, ¿Qué estrategia se aplicará a los centros que no son tributarios de la desconcentración para mejorar su eficiencia?

La desconcentración se formaliza mediante un compromiso de gestión, el cual contiene objetivos de organización, servicios, producción y calidad, conlleva una asignación presupuestaria y se le señalan competencias y limitaciones al centro desconcentrado, se otorga la personería jurídica instrumental en los tres medios para la gestión administrativa que son el presupuesto, la contratación y el manejo del recurso humano. No profundizaré en el ámbito de los compromisos de gestión, dado que se aparta del objetivo de esta conversación.

Para continuar profundizando en el tema, no debemos preguntar ¿Cuál es la ventaja competitiva que otorga la desconcentración? ¿Cuál es el valor agregado que le da al centro desconcentrado? En el reglamento a la Ley de Desconcentración se señala el otorgamiento de la desconcentración máxima y al mismo tiempo se limita la contratación de obras, se señala que la adquisición de medicamentos debe ser a nivel central salvo excepciones y que la compra de servicios médicos corresponde a la Gerencia Médica, la creación de plazas corresponde a la Gerencia Administrativa.

En el ámbito de la contratación administrativa, hemos visto como a existido poca claridad, inclusive los centros concentrados han tenido en algún momento mayor facilidad para la contratación que los centros desconcentrados.

En el área de presupuesto la diferencia que existe entre un centro desconcentrado y uno concentrado, estriba en que el desconcentrado tiene mayor agilidad para hacer modificaciones presupuestarias, todo lo demás es prácticamente igual.

En el manejo del recurso humano los centros desconcentrados tenían la posibilidad de reasignar las plazas, sin embargo esa potestad les fue restringida y prácticamente no hay diferencia, entre la gestión de un centro desconcentrado con un centro concentrado.

También se debe señalar la falta de claridad en algunos procesos como son: las potestades

otorgadas para la administración del presupuesto, la contratación administrativa y el recurso humanos; los procesos para la capacitación siguen totalmente concentrados en el CENDEISS; así como no se a otorgado la facultad para que los centros desconcentrados firmen convenios de cooperación con otros entes.

El nivel de jerarquía no ha sido totalmente claro, el director del centro desconcentrado depende de la Junta Directiva, de la Gerencia Médica, de la Dirección de Regiones o de la Dirección Regional.

Hay poca claridad en cómo deben ser las relaciones ínter orgánicas y cómo deben manejarse los conflictos de competencia. Por otro lado, las definiciones jurídicas en relación con la desconcentración máxima y los órganos con personería jurídica instrumental no han sido claras.

En término generales se puede señalar que las unidades desconcentradas perciben el proceso como un traslado del riesgo de los niveles centrales a las unidades médicas.

La Junta Directiva para apoyar el proceso de la desconcentración adoptó el Enfoque Corporativo, sin embargo la actual Junta Directiva abolió el término de la jerga institucional, por lo que la pregunta que salta es: ¿Cuál será el nuevo modelo de organización para la C.C.S.S., a la luz de la desconcentración?

Aún existiendo toda las dificultades señaladas, en agosto del año 2000 se otorgó la desconcentración a 14 centros de salud (10 hospitales y 4 áreas de salud) y en setiembre del 2001 se desconcentraron otros 20 centros, en el año 2006 se realiza un estudio a 21 centros para valorar la posibilidad de desconcentrarlos.

Sectorización y áreas de salud

Volviendo al tema de sectorización y la conformación de las áreas de salud, analizaremos los resultados de los compromisos de gestión del año 2004, los cuales se presentan en el siguiente cuadro:

Tabla I Producción por actividad de los compromisos de gestión según tipo de cobertura de las áreas de salud del año 2004			
Grupo etáreo, actividad	Cobertura pactada	Cobertura lograda	Cobertura con calidad
Niños menores de 1 año	71,4%	88,9%	67,6%
Niños de 1 a 6 años	48,5%	51,4%	47%
Atención adolescentes	28,8%	30,4%	27,9%
Atención prenatal	71,4%	78,2%	54,5%
Pos parto	39,5%	65,9%	39,4%
Atención personas hipertensas	64,3%	83,3%	59,8%
Atención personas diabéticas	58,7%	71,0%	68,9%
Atención personas 65 años y más	46,3%	59,5%	45,1%
Odontología en niños de hasta 9 años	39,5%	43,6%	---
Odontología en adolescentes 10 a 19 años	36,3%	41,7%	---
Odontología en embarazadas	34,0%	38,3%	----

Fuente: Compromisos de gestión 2004

En el cuadro anterior se puede observar que las coberturas pactadas son inferiores a las coberturas logradas y que las coberturas con calidad son inferiores que las coberturas pactadas, obsérvese que esta tendencia se muestra en todas las actividades, dicho en otras palabras, se atienden más pacientes que lo acordado, sin embargo un alto porcentaje de esas atenciones no cumplen con los parámetros de calidad. Ante estos resultados, nos debemos preguntar: ¿Cuáles son las posibles causas que explican esta situación?

Con el fin de propiciar el análisis y la discusión expongo algunas posibles causas:

1. Sectorización e infraestructura: No se ha completado la sectorización en el Área Metropolitana, falta infraestructura y se debe mejorar la existente. Se carece del personal para la conformación de los Equipos básicos de atención en salud (EBAIS) y los equipos de apoyo.

2. Demanda de servicios: Una tercera parte de la población de Costa Rica habita en el Área Metropolitana y la demanda de servicios de esta población está incidiendo directamente en los resultados de cobertura presentados.
3. Falta de personal: Muchos EBAIS tienen asignadas a nueve mil personas o más. No se cuenta con los equipos de apoyo, por ejemplo, en el área de psicología, las áreas de salud cuentan únicamente con 39 plazas a nivel nacional, en la disciplina de nutrición únicamente 15 plazas laboran en las áreas de salud de la C.C.S.S. y en las áreas de salud en las cuales se compran servicios laboran 10 nutricionistas.
4. Equipamiento: El Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, con la Dirección de Redes de la Institución realizó un diagnóstico de las necesidades de equipamiento del primer nivel de atención en el ámbito nacional, identificándose necesidad de equipos con un costo aproximado a los diez millones de dólares.
5. Asignación presupuestaria: En algunos casos los presupuestos asignados para la operación de las áreas de salud son insuficientes.

Niveles de atención y Red de Servicios

Se sugiere que la operación de los centros médicos no sea analizada en forma atomizada, debemos recordar que las áreas de salud son parte de una red de servicios, la cual debería propiciar un funcionamiento más eficiente de la red; por lo que en los dos cuadros siguientes se muestran las redes de servicio.

Al contar nuestro país con tres hospitales nacionales, el funcionamiento de la red de servicios puede ser visto como tres grandes subredes. Así por ejemplo, en la subred del Hospital México, se tiene que el Área de Salud de Aguas Zarcas refiere sus pacientes al Hospital San Carlos y a su vez, el Hospital San Carlos refiere sus pacientes al Hospital México.

De los cuadros anteriores podemos obtener la siguiente información:

1. Contamos con 3 subredes de servicios (subred del Hospital México, subred del Hospital Calderón Guardia y subred del Hospital San Juan de Dios).
2. La subred del Hospital México tiene como apoyo 4 hospitales regionales y 6 hospitales periféricos.
3. La subred del Hospital Calderón Guardia tiene como apoyo 2 hospitales regionales y 2 hospitales periféricos.
4. La subred del Hospital San Juan de Dios tiene 1 hospital regional y 5 hospitales periféricos como apoyo.
5. El 50% de los hospitales está en la subred del Hospital México, el 20% en la subred del Hospital Calderón Guardia y el 30% en la subred del Hospital San Juan de Dios.
6. El 56% de las áreas de salud están en la subred del Hospital México, el 26% en la subred del Hospital Calderón Guardia y el 18% en la subred del San Juan de Dios.
7. El 42% de las camas (1.774) esta en la subred del Hospital México, el 29% en la subred del Hospital Calderón Guardia y 29% en la subred del Hospital San Juan de Dios.
8. En la subred del Hospital San Juan de Dios, el hospital regional (Hospital Escalante Pradilla) dista a 134 Km., en comparación con la subred del Hospital México, que tiene su hospital regional a 20 Km.
9. En la subred del Hospital San Juan de Dios, el hospital periférico dista a 211 Km., en contraposición con los 11 Km., de distancia que hay del hospital periférico al Hospital México.
10. La población adscrita a la subred del Hospital México es un 1.741.145.00 habitantes, la del Calderón Guardia es un 1.314.372 habitantes y la del San Juan de Dios es un 989.838 habitantes.
11. Las camas hospitalarias por mil habitantes en la subred del Hospital México es de 1.01, en la del Calderón Guardia es de 0.91 y en la del San Juan de Dios es 1.2.

En el siguiente cuadro se presentan estos datos.

Red de Servicios

	Subred Hosp. México	Subred H. Calderón Guardia	Subred. Hosp. San Juan de Dios
Número de hospitales regionales	4	2	1
Número de hospitales periféricos	6	2	5
Total hospitales de la red	10 (50%)	4 (20%)	6 (30%)
Número de áreas de salud	56 (56%)	27 (26%)	19 (18%)
Número de camas en la red	1774 (42%)	1205 (29%)	1193 (29%)
Distancia hospital regional	20 Km.	30 Km.	134 Km.
Distancia hospital periférico	11 Km.	64 Km.	211 Km.
Egresos hospitalarios	134.192 (46%)	89.508 (30%)	69.634 (23%)
Población	1.741.145	1.314.372	989.838
Camas hospitalarias por 1000/hab.	1,01	0,91	1,20

A manera de conclusión se puede indicar que:

- Hay una red nacional de servicios médicos
- La red está conformada por tres subredes.
- La distribución de los centros hospitalarios no es homogénea en las subredes.
- El hospital regional y periférico está muy distante del hospital nacional en la red del Hospital San Juan de Dios.
- Se carece de un segundo nivel hospitalario en el Área Metropolitana.

Planificación

Para poder iniciar la solución de los retos antes señalados, se requiere un proceso de planificación participativo y cuando hablamos de “participativo”, nos referimos a los conceptos de atención primaria en la cual se señala que la participación, conlleva a la auto determinación y auto responsabilidad en todo el proceso. Participación de la comunidad y de los funcionarios de los servicios de salud en los diferentes escenarios de toda la red.

Es por medio de estos foros como se propicia una participación auténtica de diferentes actores sociales, por lo que felicito a la Academia Nacional de Medicina por la realización de esta actividad e invito a otras organizaciones a que sigan el ejemplo.

Dentro del proceso de la planificación debe identificarse una línea base de requerimientos mínimos que deben tener las unidades para optar o ser candidatos a desconcentrarse, debe definirse una política de desconcentración y debe clarificarse entre otras cosas lo siguiente:

- Las competencias asignadas
- La jerarquía
- EL nivel resolutivo administrativo de los centros desconcentrados
- Las relaciones ínter orgánicas y el manejo de conflictos de competencia

Se requiere una oficina responsable a nivel nacional que conduzca el proceso, la cual debe partir de estrategias participativas que incluyan las direcciones regionales, los representantes de los centros médicos y a miembros de la comunidad.

Se sugiere que el Plan de desconcentración debe considerar como mínimo los recursos económicos requeridos para la misma, el inventario de los recursos humanos disponibles y los nuevos recursos requeridos. La identificación de responsables del proceso tanto a nivel nacional como regional.

Los resultados esperados del proceso de desconcentración deben ser claros, debe contarse con indicadores para medir su avance, se debe propiciar la coordinación entre los diferentes entes que intervienen en el proceso y se debe identificar y analizar los riesgos conforme lo señala la Ley de Control Interno.

El plan para la sectorización y conformación de las áreas de salud en todo el país debe contemplar el recurso humano necesario y completarlo en las áreas de salud que es deficitario. Sino fuere posible dotar el recurso humano en forma inmediata, el plan deberá prever su dotación en forma escalonada en los próximos años. De igual forma, se debe elaborar un plan maestro para el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento para las áreas de salud.

En relación con el segundo nivel de atención en el Área Metropolitana, el plan debe contemplar la redefinición de las funciones de las clínicas y debe valorar la pertinencia de centros de alta resolución (Centros de diagnóstico y tratamiento), así como la ampliación de horarios de atención (extensión de la consulta externa hasta hora de la noche) y la apertura de servicios de urgencias en algunas clínicas las 24 horas, siete días a la semana y los 365 días del año.

Para el tercer nivel de atención se debe identificar los procedimientos de mayor complejidad que serán fortalecidos y los procedimientos de menor complejidad que deben ser trasladados al segundo nivel de atención.

En relación con las redes de servicios se requiere un plan para reordenar su funcionamiento, el cual debe partir de un modelo de atención integral teniendo como referencia los principios de la atención primaria de la salud. Debe contemplar conceptos de eficiencia en la red de abastecimiento de insumos, sin perder de vista nuestro objetivo “El paciente o cliente”, por lo que debe ser un servicio de alta calidad, calidad técnica y calidad sentida.

Este cambio no es un cambio cosmético, se debe indicar que “El dinero sigue al paciente y no el paciente al dinero”, dicho de otra forma, el paciente se sirve de la red de acuerdo a sus necesidades. Por ejemplo, el paciente se inscribe en el EBAIS de su preferencia, podría hacerse los exámenes de laboratorio o gabinete en cualquier centro médico y de igual forma podría retirar sus medicamentos en cualquier farmacia. Los servicios informáticos y el expediente médico electrónico deberán permitir este tipo de transacciones. El paciente podría escoger el centro médico de su preferencia para internarse para una cirugía o tratamiento especializado. El

centro médico especializado facturará los servicios de acuerdo a una tarifa previamente acordada y tramitará sus cargos al área de salud donde está inscrito el paciente. El modelo se invierte y las relaciones de poder cambian, situación por la cual visualizo una gran resistencia al cambio.

En resumen la desconcentración y la readecuación del modelo de atención son parte de la reforma del sector salud, ambos procesos se iniciaron pero no se han completado. Se requiere de un proceso de planificación concertado que permite completarlo.