

COMPETITIVIDAD, INCENTIVOS Y DESEMPEÑO EN EL SECTOR SALUD

Rodrigo Briceño

Escuela de Economía Universidad Nacional

Resumen

Uno de los principales componentes de la reforma del sector salud, que actualmente se encuentra en proceso de implantación, es el del desarrollo de un mecanismo de incentivos que permita el incremento de los niveles de productividad y competitividad del recurso humano. Con la aplicación de teorías gerenciales y de administración a las instituciones que componen el sector salud, el desempeño del recurso humano determina en gran medida el logro obtenido por un sistema de salud. En el presente artículo se analizan desde una perspectiva multidimensional los conceptos de competitividad, incentivos y desempeño en el sector salud con el objeto de comprender cómo se ha tratado de ir incorporando dentro del sector salud los conceptos del mercado, y cómo a su vez se enfrentan sus diversos fallos.

I. Introducción

Michael Porter, el padre de la teoría de la competitividad, plantea que las empresas son competitivas cuando alcanzan altos niveles de productividad y pueden remunerar a los factores en una forma creciente. En el contexto de una economía globalizada, la presencia de altos niveles de competitividad empresarial se convierte en un factor preponderante para dar impulso al desarrollo de un país.

Este concepto de competitividad puede ser aplicado a diversos campos: empresas productivas, agrícolas, de servicios, etc. Uno de los más recientes en introducir dicho concepto ha sido el sector salud. Con las reformas en salud, que se han venido desarrollando durante la última década en la mayoría de las economías latinoamericanas, se ha fomentado la competitividad dentro de ese sector, la que ha provocado un incremento de la participación privada, principalmente en la provisión de servicios.

La nueva visión que la reforma asigna a las clínicas, hospitales y demás instituciones que satisfacen las necesidades de salud de una

población las convierte en empresas, pues bajo el nuevo modelo de atención de la salud, su funcionamiento debe ser regido bajo los conceptos de la administración gerencial. En algunos países, por ejemplo el caso de Colombia, los hospitales han llegado a conformarse jurídicamente como “empresas sociales” con el objeto de delegarles la responsabilidad social de mantener una población sana.

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 así como respecto a sus resultados. Aunque en muchos de los países en proceso de reformar su sistema de salud los factores motivantes del cambio son parecidos: escalamiento de costos, bajos niveles de eficiencia en la producción de servicios e insatisfacción por parte de los ciudadanos y los empleados del sector; no están cambiando los principios sobre los que sustentan las políticas sociales. En cambio, sí está cambiando radicalmente la forma en la que se organiza el sector público para garantizar esos servicios y los instrumentos que se utilizan para mejorar los resultados de desempeño.

En general se está conformando una nueva visión para el sector público. Todo el mundo coincide en que será menos monolítico, más empresarial, menos basado en procedimientos administrativos, operando bajo una red de contratos, y más orientado al usuario. En este entorno, un elemento central para lograr el cambio lo constituye la definición e implantación de sistemas de evaluación de desempeño, en combinación con el desarrollo de incentivos económicos y no económicos para reforzar el comportamiento de los profesionales que laboran en el sector público.

Ya sean escuelas, hospitales, instituciones sociales o cualquier otro organismo público, la tendencia es pagar a esas organizaciones en función de sus resultados y no en base a su presupuesto histórico. A los profesionales que trabajan en esas organizaciones también se les pagará en función de su rendimiento. La preocupación por la eficiencia económica y la justicia social parecen traducirse en el esfuerzo por realizar una mejor gestión de los sistemas sanitarios. Para medir las mejoras en la eficiencia, la equidad y la satisfacción en los sistemas se requiere desarrollar instrumentos de medición del desempeño y algoritmos para la aplicación de incentivos, que permitan alinear los incentivos de las instituciones y los trabajadores con los intereses sociales e institucionales.

El presente artículo tiene como objetivo el análisis de dos de los esquemas más frecuentemente utilizados por el sector salud para el fomento de la competitividad: los sistemas de incentivos, con énfasis en los de carácter grupal, y los mecanismos de evaluación del desempeño. La aplicación de dichos sistemas lleva, en forma implícita o explícita, a la generación de altos niveles de competitividad entre las empresas, que redundarán al fin y al cabo en una mejor atención de los individuos, provisión de servicios de mayor calidad y menores niveles de ineficiencia.

II. Marco teórico

Las relaciones que ocurren en la economía empresarial a menudo se alejan de los modelos conceptuales de competencia perfecta, bajo los cuales se establecieron la mayoría de los análisis en décadas pasadas. Sin embargo, una corriente teórica de la economía se abocó a la tarea de tratar de explicar qué sucede en un mundo donde la información es imperfecta. El tópico central de

esta corriente es la asimetría en la información y fue la razón por la que a finales del año 2001 George Akerlof, Michael Spence y Joseph Stiglitz fueron laureados con el Premio Nóbel de Economía¹.

Basados en la cantidad de información disponible por los individuos las relaciones en una economía pueden adquirir un carácter contractual. En este ámbito se definen dos participantes: el principal y el agente. Las relaciones económicas en las que una parte (el principal) desea incidir en las acciones de otra (el agente) por medio de incentivos están presentes en el quehacer diario de la humanidad. Dentro del sector público el rol del agente y principal puede verse afectado por cuatro razones o problemas: la presencia de múltiples principales, la realización de múltiples tareas, la falta de competencia y la motivación de los agentes.

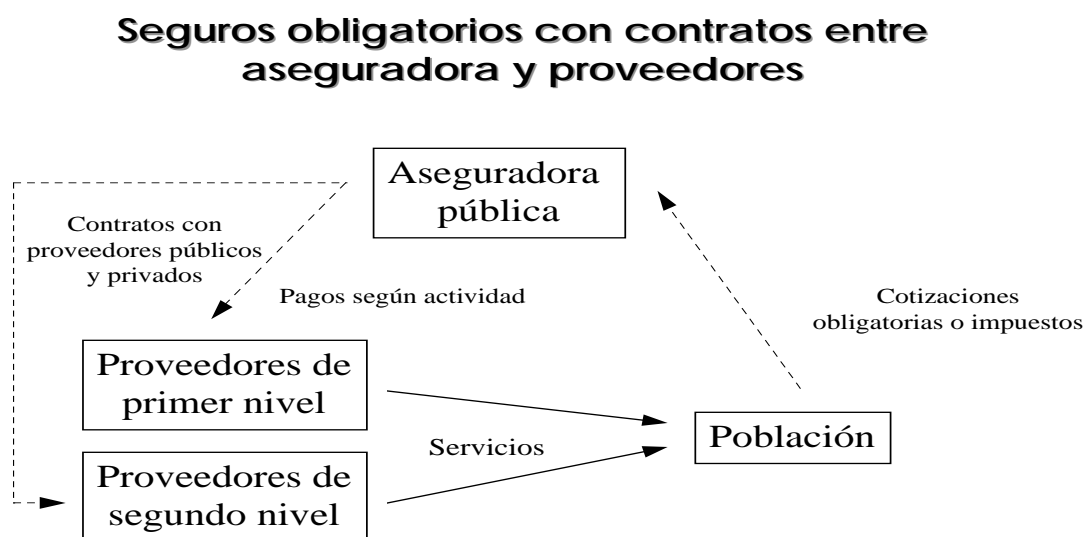
Dentro de un sistema de salud este esquema adquiere una connotación particular. En la figura 1 se observa dicha relación, tal y como se ha establecido en el sistema de salud costarricense: el rol del principal lo asume el proveedor de los servicios de salud, ya sea este un médico, una clínica, hospital o cualquier institución proveedora

¹ El trabajo de **George Akerlof**, titulado "The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism" (1970) introduce el primer análisis formal de los mercados con el problema de información conocido como Selección Adversa. En dicho trabajo el autor analiza un mercado para un bien en donde el vendedor posee más información que el comprador en lo que respecta a la calidad del producto, y en donde hipotéticamente el problema de información puede causar, ya sea un colapso completo del mercado o el establecimiento de contratos en donde ocurre el problema de selección adversa de productos de baja calidad. **Michael Spence** desarrolló su aporte en el ámbito de la economía de la información por medio del análisis de cómo las señales enviadas al mercado (problema de la "señalización") por determinados agentes pueden contrarrestar el problema de la selección adversa. Sus trabajos datan de 1973 ("Job Market Signaling") y están basados en su tesis doctoral, en donde trabaja el tema considerando la educación como una señal de la productividad en el mercado de trabajo. **Joseph Stiglitz**, con su artículo "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information" realizado en conjunto con Michael Rothschild demuestra formalmente como los problemas de información pueden ser abordados en mercados de seguros donde las compañías no tienen información suficiente acerca de la situación de riesgo de sus clientes individuales.

de servicios de salud. En el caso del agente se presenta la situación del agente múltiple, puesto que la aseguradora (recaudadora de las contribuciones) tanto como el paciente mismo son los agentes del sistema que establecen relaciones con el proveedor.

En estrecha relación con el tema de los incentivos, en el caso del sector salud el punto primordial es cómo maximizar la utilidad colectiva de los dos agentes y mediante qué esquemas incentivar a los proveedores de modo que su desempeño sea el óptimo.

Figura 1.
Seguros obligatorios con contratos entre aseguradora y proveedores. Separación financiación provisión



Fuente: OCDE. La réforme des systèmes de santé. Paris, 1992.

Laffont y Tirole (1987) son los precursores de la teoría de los incentivos². Su teoría se desarrolla a partir de varias ideas básicas: (i) el concepto de organización económica se deriva de la teoría de los contratos en donde el agente está en una posición subordinada o de dependencia del principal (el agente realiza cotizaciones para tener acceso a determinados servicios de salud); (ii) el modelo de comportamiento de los individuos se basa en una premisa fundamental: la maximización de la utilidad teniendo en cuenta las diferencias en los intereses de las dos partes y su actitud ante el riesgo, así como en una preconcepción sobre la "racionalidad económica" y; (iii) una concepción sobre la influencia que conlleva la asimetría en el reparto de información en las partes contratantes.

Una serie de autores han continuado con el desarrollo de la teoría de los incentivos desde entonces. Según Dixit (2000), de acuerdo al flujo de información que exista entre principales y agentes, existen tres posibles clasificaciones de relaciones económicas: Riesgo Moral, Selección Adversa y Validación Costosa. Cada una de estas relaciones dará origen a un esquema de incentivos diferente. Debe aclararse que la visión del agente considerada, será la del asegurador (en este caso representado por la Caja Costarricense del Seguro Social-CCSS).

Incentivos por esfuerzo (Riesgo Moral-RM)

En términos, en este esquema el agente toma una acción a que no es susceptible de verificación (por parte del principal), aunque sí lo es el resultado aleatorio (x) que esta genera. El problema para el principal radica en el desarrollo de un esquema de pago $y(x)$ que logre maximizar su utilidad esperada de la ganancia $x-y(x)$, sujeto a dos

² Laffont, Jean Jacques and Tirole, Jean. "A Theory of Incentives in Procurement and Regulation"

restricciones: 1) el conocimiento que el agente tendrá de escoger la acción a^3 , para maximizar su utilidad esperada y que depende de $y(x)$ y el costo de la acción $C(a)$ (conocida como la restricción del incentivo⁴): esto se define en términos de que a mayor esfuerzo realizado por el agente, el contrato debe ofrecer una utilidad más alta y; 2) el grado en que el contrato ofrezca una utilidad esperada mayor que la utilidad de reserva (restricción de participación⁵). Dos esquemas de pago han sido definidos en este esquema de incentivos:

Lineal

El agente recibe un salario base k y una recompensa marginal o bono m por unidad de x producida:

$$y(x): k+m(x)$$

Es el esquema más simple y permite mostrar todas aquellas posibles combinaciones de riesgo y rendimiento. Si se presentan las siguientes condiciones: (1) x iguala a a más un error normalmente distribuido con varianza v ; (2) el costo del agente es una función cuadrática, $C(a)=1/2 ca^2$, y; (3) ambas partes tienen una aversión absoluta al riesgo, R para el principal y r para el agente, entonces desde el punto de vista de un esquema lineal y al escoger los coeficientes en forma óptima, el coeficiente marginal de bono será:

$$m = \frac{1 + Rcv}{1 + (r + R)cv} \quad (1)$$

De esa forma el salario base k escogido permite satisfacer la restricción de participación del agente. Si $0 < m < 1$ el agente consigue solo una fracción del resultado de su acción en forma marginal. Esta fracción es pequeña (el incentivo para ejecutar la acción es pequeño), entre mayor sea la varianza del error con el cual el resultado observable indica el esfuerzo subyacente. Inclusive en el sector privado, los estados de pérdidas y ganancias o el stock de precios son

afectados por diversas influencias aleatorias, por lo que los resultados son medidas débiles de los esfuerzos de la gerencia general y, por tanto, sus incentivos son bastante débiles. En el sector público el problema es más grave, dado que los resultados de sus acciones son medidos en forma menos frecuente⁶.

Los incentivos pueden ser más fuertes cuando el agente es menos adverso al riesgo: un r bajo implica un alto m . En el caso extremo de un agente neutral al riesgo ($r=0$) tenemos que $m=1$; esto sería el caso cuando el principal vende la actividad al agente por un pago fijo. En forma más general, esta formulación enfatiza las distintas combinaciones posibles entre el riesgo del agente y el tamaño del incentivo.

El coeficiente del bono (m) es mayor cuando la aversión al riesgo del principal (R) es mayor. Esto puede ser de poca importancia en el sector privado, porque muchos de los riesgos de las empresas pueden ser diversificados utilizando el mercado de capital. De hecho es inusual asumir que $R=0$ y escribir la fórmula como:

$$m = \frac{1}{1 + rcv} \quad (2)$$

Sin embargo, políticos y gerentes no pueden diversificar fácilmente los riesgos de resultados adversos, en políticas e instituciones públicas. Existen límites críticos de tolerancia pública, y los políticos son muy adversos al riesgo hacia estos resultados. De esta manera, ellos tienen que usar esquemas de incentivos más atractivos, similares a los conocidos como "step functions"⁷.

Step Functions

Dichos esquemas de incentivos están constituidos por un límite o nivel cuota de producto x_0 , un "higher" o nivel de recompensa y_h como pago al agente por alcanzar o exceder dicha cuota, y un "lower" o nivel de castigo y_l por no lograrla. Entonces:

³ En esquemas de este tipo el agente recibe información privada después de iniciada la relación contractual.

⁴ Laffont y Martimort (2001).

⁵ Idem

⁶ En el contexto del sector público el diseño de un esquema de incentivos requiere necesariamente de la implantación conjunta de un sistema de evaluación del desempeño.

⁷ Dixit (2000).

$$y(x)= \begin{cases} y_l & \text{si } x < x_0 \\ y_h & \text{si } x \geq x_0 \end{cases} \quad (3)$$

Bajo esta perspectiva el agente sabe que puede obtener una utilidad suficientemente grande para conseguir su restricción de participación si él toma la acción deseada, pero a la vez tiene un temor suficientemente grande de sufrir el castigo correspondiente, si no realiza el esfuerzo requerido, aunque sea de forma marginal. Bajo ciertas condiciones este esquema puede aproximarse al de un "first best", pero en ambientes más complejos dichos esquemas son muy vulnerables a las acciones ejecutadas por el agente.

Bajo una situación de Riesgo Moral, es posible medir el poder de un esquema de incentivos mediante la magnitud del coeficiente marginal de pago m . Bajo selección adversa, la fuerza de un esquema de incentivos puede medirse al considerar cuanto se aleja del costo extra. La ecuación (4) muestra que los incentivos son más fuertes cuando mayor sea la asimetría de información ($c_h - c_l$), y mayor sea la probabilidad de obtener buena versus mala información ($\theta/(1-\theta)$), o la tasa de riesgo en el caso más general).

En términos prácticos el riesgo moral se presenta a la hora de establecer contratos en los que el principal no tiene conocimiento del comportamiento del agente y de las acciones que este podrá efectuar una vez realizado el contrato. Por ejemplo, en el caso de la salud, los seguros de salud tienen una prima preestablecida que está en función del riesgo probable de los incentivos (a todas luces incierto). Una vez adquirido el seguro, el modo de vida del agente y su actitud ante la prevención de las enfermedades lo hace más o menos propenso al consumo de servicios de salud.

Lo que sucede, frecuentemente, es que los individuos modifican su comportamiento luego de contratar un seguro: al enfrentar un precio más bajo por la presentación de servicios médicos realizan una mayor demanda de atenciones o

modifican el tipo de servicios demandados, para consumir prestaciones más costosas. Este exceso de demanda de prestaciones resulta en una mala asignación de recursos en la medida que el precio cobrado por los oferentes refleje el costo marginal de dichas prestaciones. Lo anterior se explica porque los individuos que contratan un seguro de salud consumen prestaciones hasta igualar el beneficio marginal de ellas al precio que ellos enfrentan, y no al precio cobrado por los oferentes, que es menor.

De esta forma, la aplicación de un esquema de incentivos permitiría reducir las ineficiencias en la asignación de recursos, que podrían aplicarse dentro del mecanismo de pago al agente o por medio del diseño del contrato en el cual se establezcan el tipo de servicios a brindar, y los castigos o recompensas por lograr determinados niveles de producción.

Incentivos de información (Selección Adversa-SA)

Si el agente cuenta con información previa que permita afectar el pago por realizar al principal, este último puede diseñar un contrato para hacerle frente a dicha situación. La teoría general que subyace al diseño de este mecanismo es conocida como el "Principio de Revelación"⁸.

Existen dos tipos de mecanismos por los cuales se puede extraer la información del agente. El mecanismo directo, consiste en la realización de preguntas al agente; si la información obtenida es óptima para el agente, el mecanismo recibe el nombre de "revelación compatible con incentivos"⁹. La restricción de que la revelación verdadera debería ser uno de los mejores intereses del agente, es la *restricción de compatibilidad de incentivos*¹⁰; si la participación del agente es voluntaria, entonces se presenta además la *restricción de participación*¹¹, que estipula que el agente recibe el pago suficiente bajo este contrato, de modo que no considera la búsqueda de oportunidades similares fuera de él.

En la práctica los mecanismos directos se usan muy poco. En su lugar, al agente se le ofrecen una gama de opciones de contratos de forma tal que la escogencia que él realice permitirá que revele

⁸ Idem.

⁹ Idem.

¹⁰ Laffont, (2001)

¹¹ Idem.

información en forma indirecta. Pero estos menús, como por ejemplo, los que se fundamentan en un esquema de precios no lineal, pueden ser derivados a partir de la solución a la restricción de optimización considerada en el principio de revelación.

El principio y sus consecuencias prácticas más importantes puede ser ilustrado mediante un ejemplo que considera la realización de un contrato de compra de servicios de salud del gobierno. La empresa proveedora (cooperativa de salud por ejemplo) conoce sus costos, mejor que el gobierno (CCSS). Bajo un contrato basado en costos adicionales ("cost-plus") la firma tiene el incentivo de pretender que tiene un costo más alto, o de inflar sus costos al añadir actividades que beneficien a la firma pero no al gobierno. Bajo un contrato de costos fijos ("fixed price") la firma tiene el incentivo correcto de producir eficientemente a un costo mínimo, pero si los costos reales son bajos el gobierno puede estar desviando parte de las ganancias sociales hacia la firma.

Supongamos que el costo unitario puede tener dos posibles valores: bajo (c_l) y alto (c_h). La probabilidad del primero es θ . El beneficio total del gobierno es $S(q)$, una función cóncava creciente de la cantidad de producto q ; que no incluye la ganancia de la firma. Para encontrar el mecanismo directo óptimo, el gobierno averigua en forma directa los costos de la firma. Si la respuesta es c_h , el gobierno compra una cantidad q_h definida por:

$$S'(qh) = c_h \frac{\theta}{1-\theta} (c_h - c_l) \quad (4)$$

y proporciona un pago total de

$$R_h = c_h q_h \quad (5)$$

Si la respuesta es c_l , el gobierno compra una cantidad q_l definida por

$$S'(q_l) = c_l \quad (6),$$

y el pago para la firma

$$R_l = c_l q_l + (c_h - c_l) q_h \quad (7)$$

Según (7) la firma que admite tener un costo más bajo recibe un pago mayor que su costo. La cantidad extra ($c_h - c_l$) es exactamente la ganancia que la firma podría haber logrado si hubiera pretendido tener un costo mayor; el mecanismo le da justamente lo necesario para eliminar dicha alternativa, y permitir de ese modo que el agente realice la revelación verdadera. Así, el principal debe compartir con el agente una proporción de la renta o excedente para inducir a la revelación verdadera de la información privada del agente. Esto, por supuesto, implica un costo presupuestal para el principal (CCSS). Para mantener este costo bajo, disminuye q_h debajo del punto en el que el beneficio marginal iguala el costo de producción; el ajuste óptimo se muestra en (4). El alto costo real de la firma no puede promover inflar aún más los costos, así que no es necesario que le sea dada ninguna ganancia, tal y como lo establece (5). Además, no existe ninguna razón por la cual se compre una cantidad ineficientemente baja de una firma que ha admitido que tiene bajos costos, así que el beneficio marginal es igualado a los costos marginales como lo muestra (6).

En vez de utilizar el mecanismo directo, el gobierno puede ofrecer a la firma que escoja entre dos contratos: 1) ofrecer q_h y recibir R_h , y 2) ofrecer q_l y recibir R_l . Si esto satisface las restricciones de compatibilidad de incentivos:

$$R_l \geq R_h - q_h c_l, \quad R_h \geq R_l - q_l c_h, \quad (8)$$

la escogencia de la empresa será equivalente a la revelación verdadera en forma directa.

En forma generalizada, en vez de solo dos niveles de costo, pueden existir varios, $c_1 = c_1 < c_2, \dots, < c_n = c_h$, o incluso un intervalo continuo de costos $[c_l, c_h]$. El mecanismo general directo es una lista de pares de cantidades e ingresos (q_i, R_i) propuestos para la firma cuyo costo unitario verdadero es c_i . Existen $n(n-1)$ restricciones como (8) que aseguran que cada tipo de firma reportará verdaderamente o, alternativamente, escogerá el par propuesto del menú completo, que podría ser visto como un esquema de precios no lineales.

La generalización de (4)-(7) proporciona a la firma del tipo c_i los ingresos suficientes para vencer su tentación de reportar el siguiente costo mayor c_{i+1} , y distorsionar sucesivamente las cantidades compradas desde los costos más altos

hasta los más bajos, para reducir el costo presupuestal de esta renta-compartida. Esto es óptimo si se presentan algunas condiciones técnicas. Reducir la distorsión de la cantidad comprada al tipo k , requiere un incremento en la compensación en el pago al tipo $(k-1)$, que permitirá un incremento en la transferencia al tipo $(k-2)$ y así sucesivamente. El beneficio esperado por la reducción de la distorsión del tipo k es proporcional a la probabilidad $f(k)$ de que la firma sea del tipo k ; el costo es proporcional a la probabilidad acumulada $F(k)$ de todos los tipos por debajo de k . La distorsión dependerá entonces, de la tasa de riesgo $f(k)/F(k)$. (En los dos casos estudiados esto aparece como el término $\theta/(1-\theta)$ en (4)). Si la tasa de riesgo es baja en algunos rangos, entonces podría ser costoso tratar de diferenciar los tipos en este rango, por lo que deberían ser agrupados usando un contrato (q,R) que sea seleccionado por todos ellos.

En términos prácticos el problema de selección adversa se presenta cuando el principal delega una tarea en el agente. Este caso es interesante en el caso de la salud, pues la CCSS actúa inicialmente como el principal y, motivado por la posibilidad de mayores beneficios como producto de la desconcentración de tareas, establece contratos con los proveedores, los cuales poseen información privada no conocida por el principal. Dicha información privada se genera en el momento de serle delegada la tarea: por ejemplo, el costo de oportunidad exacto de la realización de esta tarea, la tecnología más eficiente para realizar la tarea, etc., son algunos casos de conocimiento privado que maneja el agente y que dan origen al problema de selección adversa. Luego de establecido el contrato las partes cambian sus roles y el proveedor se convierte en el principal, pues es el encargado de la provisión de servicios de salud a los individuos, siendo evaluado por los individuos atendidos (en forma marginal) así como por la institución que le transfiere el presupuesto.

Verificación Costosa (VC)

Aquí el agente consigue conocer algunos resultados, y puede beneficiarse al tergiversarlos ante el principal: un asegurado puede exagerar su pérdida o un contribuyente puede subreportar sus ingresos. Al recibir el reporte del agente, el principal puede aceptarlo o averiguar la verdad realizando una auditoría. La diferencia entre las situaciones de SA y VC es que en SA el agente

tiene la ventaja de información, incluso antes que las dos partes firmen el contrato mientras que en VC el agente obtiene la información en el momento posterior a la firma del contrato. Sin embargo, el principio de revelación aplica, y el principal puede optimizar su objetivo sujeto a la compatibilidad de incentivos del agente y las restricciones de participación.

Si el agente reporta el ingreso que para él es el peor, no es auditado. Si reporta cualquier otro estado de ingresos es auditado con una probabilidad predeterminada. Entre mejor sea el estado para el agente, mayor será la probabilidad de ser auditado. Si la auditoría revela que el agente dijo la verdad, se le otorga un premio; si revela que mintió, el agente es multado. La probabilidad como una función del estado del reporte, y el premio y la multa como funciones del reporte y su veracidad, son todas calculadas para conseguir la revelación verdadera al mínimo costo para el principal. Este problema ha sido estudiado con menos frecuencia, dentro del contexto de los incentivos para el sector público, que los dos anteriores, pero el número de investigaciones y auditorías llevadas a cabo por autoridades e instituciones públicas indican que este será un tema con desarrollos futuros promisorios.

Un ejemplo hipotético de esto, lo constituiría el desarrollo de un sistema estricto de verificación y control de planillas, en el que la CCSS a partir de la información suministrada por los patronos decida realizar auditorías a determinados agentes, con el fin de verificar la veracidad de los reportes efectuados. En caso de que la información sea correcta el agente recibiría una recompensa y en el caso contrario una multa, lo suficientemente alta como para incentivar a los agentes a reportar información veraz.

Bajo toda la argumentación teórica anteriormente desarrollada, debe quedar claro al lector que lo que interesa destacar es que existen diversas situaciones en las que determinado esquema de incentivos se supone funciona en forma más efectiva. Muchos de estos esquemas están estrechamente vinculados con los mecanismos de pago, cuya tendencia reciente indica que están vinculados a los resultados del agente y no tanto a los insumos que fueron necesarios para obtener dichos resultados (Burgess 1999). Dichos esquemas son más débiles en el caso del sector público que en el del sector privado. La

importancia del desarrollo teórico de los esquemas de incentivos, para el caso del sector salud, radica en la posibilidad de desarrollar esquemas apropiados de acuerdo a las características particulares de las instituciones participantes en el sistema y de la presencia de algunas particularidades, como es el caso del agente múltiple.

La evaluación del desempeño, que se supone debe ser bipolar, permitirá que se consigan logros importantes en el accionar institucional, principalmente en los aspectos de calidad, eficiencia y equidad. En el siguiente apartado se analiza el planteamiento que siguen las evaluaciones de desempeño en salud.

Sistemas de Evaluación del Desempeño

Cuando escuchamos la palabra desempeño, casi siempre asociamos el concepto a la forma en la que alguien (institución, individuo, sistema, etc.) está realizando las cosas y su grado de avance con respecto a las metas previamente planteadas. Existen diversas esferas en las que pueden realizarse evaluaciones del desempeño: a nivel de sistema, grupo o a nivel individual.

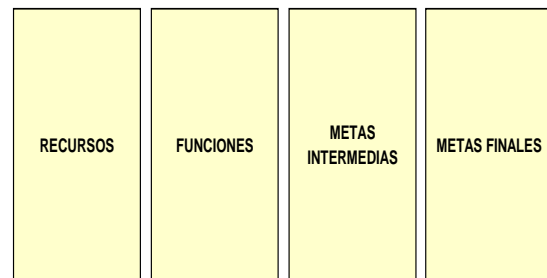
La evaluación del desempeño de los sistemas de salud es un mecanismo impulsado recientemente y está asociado al proceso de reformas ejecutadas en el sector salud. En este ámbito la evaluación es realizada por el agente (gobierno) al principal (proveedores de servicios de salud) con el fin de hacer medible el grado de cumplimiento de determinados indicadores, previamente identificados como fundamentales en el contexto global de la reforma en salud, así como en el contexto del cumplimiento con mejores estándares de salud.

De acuerdo con el Reporte de Salud del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el desempeño “es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y del sistema que no es de salud”. En una perspectiva más general el desempeño se define como un conjunto de actividades alrededor de la utilización de pruebas para maximizar los resultados o el logro de metas. Según las conclusiones expuestas en la Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los

Sistemas de Salud (2000) dicha evaluación debería definirse con base a un conjunto de actividades que incluyan: (i) la medición del logro de metas, la medición de los recursos internos y externos del sistema de salud que se utilizan para el logro de esos resultados; (ii) la evaluación de la forma en que las funciones observadas del sistema influyen en los niveles del logro y la eficiencia, y; (iii) el diseño y la ejecución de políticas para mejorar el logro y la eficiencia.

Un punto adicional, que no ha sido desarrollado explícitamente, es la necesidad de introducir dentro de las evaluaciones del desempeño, la consideración de cualquiera de las tres situaciones presentadas en el marco teórico en cuanto a los incentivos presentes en un sistema de salud. De ese modo al obtener los resultados de la evaluación, el gobierno podría ejecutar una acción correctiva mejor dirigida y de ese modo alcanzar resultados óptimos en un menor plazo. La evaluación del desempeño, desde esta perspectiva, requiere de la definición de sistemas de medición de resultados y del establecimiento de una estructura adecuada para valorar los resultados obtenidos por los sistemas de salud versus las metas previamente definidas.

Figura 2. Esquema sugerido para la caracterización de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud



Fuente: Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud

Según el informe de salud anteriormente citado, los sistemas de salud deben perseguir tres metas primordiales: logro de mejores niveles de salud, aumentar el grado de respuesta del sistema y lograr un financiamiento justo. Dichas metas no son las únicas posibles, pero se constituyen en los estándares mínimos que los sistemas deberían estar logrando. Desde esta perspectiva las

evaluaciones del desempeño no son un fin per se, sino más bien que se constituyen en los mecanismos por medio de los cuales se puede variar el curso de una reforma en salud al desarrollar mejores políticas, estrategias y programas; sin embargo esta es un área con poco desarrollo en la actualidad.

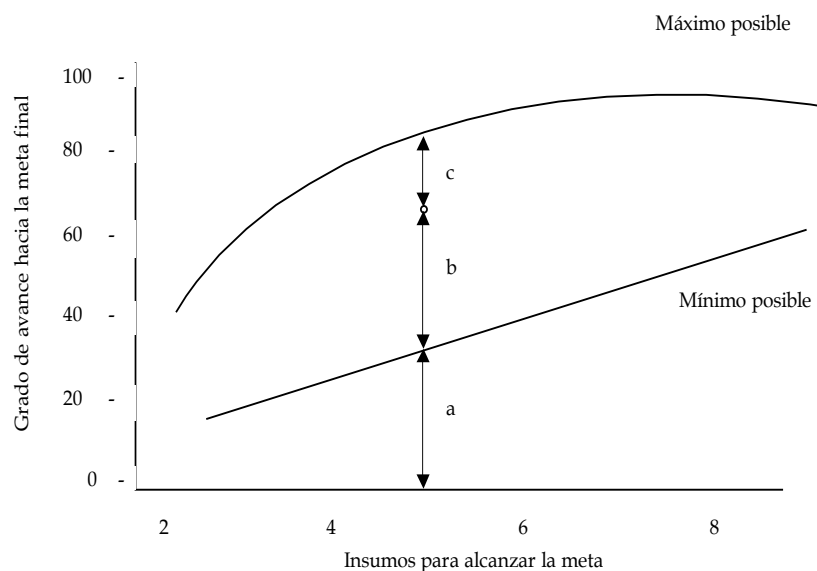
¿Qué elementos deberían estar contemplados en un sistema de evaluación del desempeño? Un esquema reciente, propuesto en la Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (2000) se presenta en la figura 2. Cada uno de estos aspectos es un pilar para la realización de evaluaciones del desempeño con un carácter integral. Por lo general, el grado de desempeño está asociado a los productos finales que se están obteniendo, pero si no se consideran los recursos, la forma en la que se producen y el estado relativo de alcance de las metas propuestas la evaluación no tendría un carácter objetivo para el desarrollo posterior de políticas o el establecimiento de nuevas metas.

Por ejemplo, es importante conocer cuántos recursos están disponibles y cuántos se han

utilizado para alcanzar las metas planteadas a priori. El desempeño de un país o sistema podría estar siendo condicionado por la cantidad de recursos de que dispone. Asimismo, el logro o no de las metas finales se constituye en una especie de estándar para evaluar el desempeño, pero no debe ser tomado a ultranza. Algunas metas propuestas pueden ser demasiado ambiciosas o tomar varios periodos para ejecutarse, por lo que la evaluación de metas intermedias daría una idea más clara del camino recorrido.

Desde la perspectiva de la OMS (2000) lo importante no es obtener una medida de los resultados que se están presentando en los sistemas de salud, sino de qué resultados se hubiesen esperado con la dotación de recursos con la que cuenta el sistema versus los resultados obtenidos. Esto es lo que constituiría el desempeño, qué tan bien se están haciendo las cosas con los recursos disponibles o más claramente, qué tan corta es la brecha entre lo posible y lo realizado. En un estudio reciente de la OMS en la que evalúa el desempeño de varios países, se consideran dos límites o fronteras: en primer lugar, lo máximo que podría esperarse de un sistema de salud y en segundo lugar, lo mínimo que podría ser demandado de dicho sistema.

Figura 3. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud



Fuente: tomado de Tandon et al.

El esquema planteado puede representarse gráficamente por medio de la figura 2. La línea superior representa el grado máximo de avance que puede obtenerse con un nivel dado de insumos. La línea inferior representa el grado mínimo de avance que podría existir incluso en la ausencia de algún nivel de insumo¹². Si por ejemplo, se asume que un sistema está obteniendo (a+b) unidades de la meta general, entonces de acuerdo con Murray y Frenk (1999), el desempeño general del sistema estaría definido por $b/(b+c)$, o en otras palabras qué es lo que el sistema está obteniendo en relación a su potencial dado el nivel de insumos que posee. Esta idea es similar al concepto de eficiencia técnica que plantea la función de frontera de producción.

Una visión más detallada del desempeño de los sistemas de salud es la que desarrolló el Partnership Health Reform (1997). Desde su perspectiva el desempeño de un sistema de salud debería medirse a partir de cinco áreas principales: acceso, equidad, calidad, eficiencia y sostenibilidad. Cada una de esas áreas está compuesta por una serie de indicadores (ver detalle en el Anexo 1) que pueden incluso resumidas por medio de listas más cortas. Estas áreas permiten visualizar la interrelación existente entre las reformas al sector salud, los cambios en el desempeño del sistema de salud y los cambios en el estado de salud de las personas. Al final, sin embargo, lo que se obtiene con el análisis de dichos indicadores es una medida del impacto de las reformas en el sistema de salud; se valoran los resultados y no la bondad o perjuicio de las políticas que les dieron origen.

Luego de la consideración de esquemas alternativos de evaluación del desempeño el punto principal a destacar es el de qué conjunto de indicadores seleccionar para realizarla. Una evaluación óptima no es la que considere todos y cada uno de los indicadores planteados en el Apéndice 1. La efectividad radica en la selección adecuada de los indicadores. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda utilizar listas cortas de 10 ó 20 indicadores para proveer una caracterización válida de un sistema de salud. Esta selección debe realizarse a menudo mediante una discusión grupal, donde se decida el número y los indicadores a utilizar, el criterio para evaluarlos y el peso asignado a cada componente. Algunos criterios relevantes de consideración son:

validez, precisión, temporalidad, comparabilidad, aditividad, interpretabilidad y costos.

Ya sea se trate de listas cortas o largas de indicadores, lo que no debe dejarse de lado es la consideración de cada una de las áreas planteadas en el esquema del Apéndice 1: acceso, equidad, calidad, proceso, eficiencia y sostenibilidad. El área de **acceso**, que se subdivide en acceso físico y económico, proporciona una medida de cuán disponibles son los servicios de salud en el área geográfica así como en términos de costos para las familias, enfatizando en los quintiles de ingresos más bajos¹³. El área de **equidad** utiliza indicadores que vinculan información de estado de salud, utilización de servicios y acceso de acuerdo a las diferentes categorías de ingreso familiar, variables socioeconómicas, demográficas, étnicas y de género. La calidad de los servicios de salud es un concepto multidimensional, que considera indicadores relacionados con el proceso de interacción entre el cliente y el sistema de salud, los cambios en el estado de salud del individuo como producto de los servicios recibidos y las condiciones de infraestructura de las instituciones, que afectan en forma directa o indirecta, la calidad de los servicios de salud ofrecidos. La **eficiencia** (técnica, económica y asignativa) se refiere a cómo y cuáles servicios de salud son producidos, dados los niveles de insumo utilizados en su producción. Básicamente son los indicadores que permiten medir el desempeño de un sistema de salud. Por último los indicadores de **sostenibilidad** se refieren a la capacidad del sistema de continuar con sus actividades normales en forma satisfactoria en el futuro.

Con respecto a las **evaluaciones del desempeño grupal**, el esquema básicamente es el mismo que el aplicado en la evaluación de los sistemas. Sin embargo, los indicadores seleccionados en este caso, proporcionan cuantificaciones del desempeño específico de un grupo de individuos, secciones institucionales o un conjunto de proveedores. Las evaluaciones diseñadas pretenden revolucionar la forma de pago en el sector salud, introduciendo mecanismos de pago de tipo prospectivo, que basados en el desempeño determinan la asignación de recursos, así como de los premios/incentivos por otorgar.

¹² Los individuos siempre destinan una parte de sus ingresos al cuidado de la salud.

¹³ Información que puede ser cruzada con los indicadores de equidad.

La *evaluación individual* es de carácter específico para realizar mediciones del desempeño individual de determinados médicos o proveedores. De igual forma que en los dos casos anteriores, dicha evaluación es la base para la asignación de recursos y de los incentivos propuestos.

La aplicación del concepto de desempeño a diversas actividades en realidad es un proceso reciente, que se ha asociado además al proceso de rendición de cuentas a nivel institucional. El área más tradicional en la que el desempeño ha sido ampliamente desarrollado, es el área de los recursos humanos y ha requerido la definición de estándares, con base a los cuales poder establecer el grado de avance de los individuos en relación a las tareas que se supone deben estar cumpliendo.

Un estándar de desempeño está constituido por una expresión en la que se plantean los resultados o conductas esperadas. Estos estándares de carácter individual ayudan a una organización a cumplir con su misión. En años recientes el establecimiento de estándares de desempeño ha formado parte de programas para el aseguramiento de la calidad de los recursos humanos así como de una nueva política que pretende desarrollar una cultura de puestos laborales basados en la competencia, teniendo claros los objetivos del área, la importancia del puesto dentro de la estructura jerárquica y el papel del individuo dentro de los objetivos de la institución. De este modo las evaluaciones del desempeño se convierten en evaluaciones integrales del individuo y su entorno laboral.

Debe insistirse que lo relevante es, a partir de tales evaluaciones, desarrollar e implementar esquemas de incentivos óptimos con el objeto de que los agentes principales del sistema de salud, los pacientes, se vean altamente beneficiados. En años recientes incluso, se ha tratado de incorporar la bipolaridad en la evaluación del desempeño, aunque en una forma bastante débil. Las encuestas realizadas a los usuarios, para evaluar la calidad "percibida" de los servicios de salud recibidos, es un primer intento por lograr una activa participación de este agente en la evaluación del desempeño de los principales. Por el momento el papel primordial lo tiene el agente gubernamental, pero poco a poco se han ido desarrollando esquemas alternativos donde la participación del paciente es fundamental: dos ejemplos claros de esto son el caso de la participación comunitaria

(Juntas de Salud, por ejemplo) y el planteamiento del rol del usuario dentro del sistema de salud.

III.Experiencias en la aplicación de Sistemas de Incentivos y Evaluación del Desempeño

Con el propósito de revisar la parte empírica en el desarrollo y aplicación de los sistemas de incentivos, en este apartado se describen y analizan algunos casos internacionales. La experiencia constituye el marco, bajo el cual deben formularse las estrategias futuras de desarrollo de esquemas de incentivos en el sistema de salud costarricense.

Incentivos económicos y laborales para el uso racional del medicamento¹⁴

El punto primordial en el esquema de incentivos que se está aplicando en España es la necesidad de vincular una adecuada prescripción de medicamentos con el diagnóstico, verificar la dosificación y duración de los tratamientos, prestando atención tanto a la hipoprescripción como a la terapéutica inadecuada.

En general, los mecanismos de incentivación empleados parten de un pacto de objetivos asistenciales, negociado entre los responsables de los centros de atención primaria y sus equipos directivos, plasmado en un contrato. Para la medición de los objetivos se suelen emplear algunos de los indicadores de prescripción. El peso relativo de los indicadores de farmacia, respecto al del conjunto total de indicadores pactados, oscila alrededor del 20% . Con base en dichos indicadores, se procede a valorar el grado de cumplimiento de los objetivos (resultado real frente a resultado esperado), que es el que determina la mayor o menor reversión de incentivos. En esencia, este mecanismo se emplea tanto para instituciones públicas como para centros con gestión privada.

Una vez medidos y valorados los indicadores, se abren dos posibilidades de incentivación: a) específica o selectiva (sólo en función de la prescripción), o b) incentivación según el cumplimiento global de objetivos, parte de los cuales corresponden a farmacia.

¹⁴ Blázquez (2001).

Ambas opciones tienen ventajas e inconvenientes. El primer tipo, al centrarse en un espectro concreto de actividad, facilita su medición, a la vez que los incentivos suelen ser más potentes y específicos. El segundo, basado en el cumplimiento global de objetivos, es más complejo de diseñar pero los incentivos actúan sobre el conjunto de servicios, pudiendo así obviar el efecto de la manipulación no deseable de la actividad a medir; no obstante pierden fuerza para actuar sobre un área específica.

La incentivación selectiva en farmacia puede tener éxito en la disminución del coste farmacéutico, incluso manteniendo su calidad. Pero en estos casos existe una constante tendencia a transferir costos a otras áreas del sistema sanitario (referencias frecuentes y rápidas de pacientes hacia la atención especializada), con el riesgo evidente de un incremento absoluto del gasto en salud.

En general, se ha recomendado no restringir la incentivación sólo a la mejora en farmacia, ya que podría generar fácilmente perversiones considerables. Así, es habitual integrar un bloque de indicadores de farmacia, con mayor o menor peso relativo, en el conjunto de indicadores que intentan valorar el “producto” alcanzado, siendo éste el determinante de la magnitud de la reversión de incentivos.

Las recomendaciones planteadas en el sistema de salud español llevaron a tres conclusiones: (i) apostar por la retribución mixta (factor fijo + variable), superando los conceptos de linealidad absoluta; (ii) introducción de elementos tales como la capacitación con cupos máximos, las características socioeconómicas de las zonas de influencia y la frecuencia de utilización de los servicios y; (iii) fomentar el pago por objetivos, estableciendo criterios claros y pactados para la evaluación, así como objetivos por Equipos de Atención Primaria con matices individuales.

Existen ciertos peligros al implementar un esquema de incentivos económicos vinculado a la prescripción. En general, el elemento clave radica en que los incentivos monetarios relacionados con los ahorros presupuestarios en prescripción no deben ser en detrimento de la calidad.

La imperfección de la relación de agencia está en la base de la mayoría de posibles perversiones o comportamientos oportunistas. Dada la especificidad “técnica” requerida para conocer la diferencia entre dos medicamentos, los consumidores en general no pueden realizar elecciones maximizadoras de sus niveles de utilidad y la soberanía del consumidor desaparece, siendo el médico (actuando como agente del usuario) quien selecciona el producto. Este es un caso que se asocia con el problema de selección adversa, puesto que el agente posee información previa que puede afectar el comportamiento maximizador de utilidad del paciente. En este sentido, se ha mencionado que la integridad profesional del prescriptor es la mayor salvaguardia de los cuidados del paciente. No obstante, mientras no se garantice la existencia de una relación de agencia perfecta, es obligación del financiador-regulador imponer los mecanismos que minimicen el riesgo de perversiones. En este caso, es cuando el segundo agente tiene el deber de lograr comportamiento maximizador para el paciente al mismo tiempo que para él mismo.

La perversidad intrínseca de los sistemas de incentivos es un efecto secundario, en la mayoría de los casos prevenible. Las limitaciones de la aplicación de incentivos monetarios en atención primaria mantienen su vigencia en el tema de la prescripción. Únicamente se destacan dos elementos relevantes: la permanencia de los efectos de los incentivos económicos es temporal, y los incentivos monetarios tienen un efecto limitado sobre profesionales con rentas elevadas.

El esquema español de incentivos a la prescripción de medicamentos prosigue en su avance hacia un esquema donde se realice una combinación particularizada de incentivos monetarios y no monetarios, en función de las características y expectativas del grupo destinatario. Entre los motivadores no económicos cabe resaltar, por su potencialidad, la descentralización de la gestión, entendida en el ámbito de farmacia como un elemento que permite acercar la solución de los problemas a los que toman las decisiones y generan el gasto en farmacia.

Incentivos para calidad en salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia se caracteriza por ser un

sistema que funciona bajo un esquema de competencia regulada. Como parte del proceso de reforma en salud se estableció un sistema de incentivos para el fortalecimiento de la calidad, definido como "el sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores"¹⁵. Se definieron varios tipos de incentivos, tales como materiales (dinero), simbólico (reconocimiento), sociales (aceptación por parte de los demás), etc.

Su funcionamiento contempla tres niveles: (i) el nivel de macrogestión, desarrollado en las políticas y normatividad, la estructura del sistema de financiamiento; (ii) el nivel de mesogestión que incluye el ámbito sectorial, inter e intrarrelaciones de los agentes concurrentes en el sector, y; (iii) el nivel de microgestión, lo que sucede en las instituciones. A continuación se exponen los diferentes tipos de incentivos que existen según el nivel que se esté considerando.

Nivel Macro

Aproximación a las condiciones para la competencia. Según lo planteado para el sistema colombiano de salud la competencia es el principal incentivo para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Dado que la competencia perfecta no está presente en los mercados de salud, se estableció una regulación en la Ley 100/93 de modo que se minimicen los tres principales problemas que afectan a la competencia: la libre concurrencia, la libre elección y la disponibilidad de información.

En cuanto a la libre concurrencia se establecen incentivos para estimular la libre entrada y permanencia del mayor número de agentes. La libre elección permite a los individuos elegir la Empresa Promotora de Salud (EPS) que mejor le convenga y trasladarse a otra cuando así lo requiera el individuo. La disponibilidad de información se maneja por medio de la estandarización del paquete de servicios ofrecido (no hay posibilidad de diferenciación del producto), sea por medio del Plan Obligatorio de Salud o el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado, así como el establecimiento

de una tarifa única (imposibilidad de manipular a los usuarios a través del precio del producto).

Una de los objetivos principales de la promoción de la competencia es el de permitir que exista un mayor flujo de información entre agentes y principales, de modo que se reduzcan al máximo posible los problemas de riesgo moral y selección adversa, característicos de relaciones en las que predomina la información asimétrica.

Nivel Meso

En este nivel se diseñaron dos instrumentos para promover la competencia: la información y las actividades de vigilancia y control. Con respecto a la primera se planteó el diseño de un Sistema de Información a los Usuarios, la Acreditación y la Auditoría. Uno de los primeros pasos en esta línea fue la realización de una Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de los Usuarios. La Acreditación se puso en marcha con el Sistema Nacional Único de Acreditación en Salud. Respecto a las actividades de vigilancia y control se estudia el problema en el Proyecto de Vigilancia y Control del Programa de Apoyo a la Reforma.

Nivel Micro

Centrado en el desarrollo de las condiciones organizacionales para responder a los incentivos. En este ámbito se introdujo el aspecto de la autonomía hospitalaria mediante la introducción de la figura jurídica de Empresa Social del Estado (ESE) que otorga a los hospitales públicos mayor independencia y flexibilidad para su gestión y los hace responsables ante la sociedad por su desempeño. De esta forma, la autonomía les permite facilitar su capacidad de respuesta frente a los incentivos contemplados en la Ley y volverse instituciones más eficientes que presten servicios de calidad a los usuarios.

La conjunción de los incentivos planteados en estos tres niveles permitiría el desarrollo de relaciones de agencia más efectivas, en las que el comportamiento maximizador de utilidad de agentes y principales no sería más un objetivo contrapuesto. La experiencia colombiana ha demostrado que la modificación de la relación agente principal puede conllevar a mejores niveles

¹⁵ Donabedian, 1996.

de desempeño en salud, con un costo relativamente bajo.

Los Compromisos de Gestión en Costa Rica

En el año 1996 la CCSS se empeñó en impulsar una reforma sanitaria que tiene como propósito aumentar la calidad y eficiencia de los servicios de salud y contener la expansión del gasto. El eje central de la reforma se basa en dos elementos clave: la introducción de relaciones contractuales entre la administración central de la CCSS y los proveedores de servicios de salud; y la implantación de un nuevo modelo de asignación de recursos.

Las reformas que se impulsan mediante los compromisos de gestión y el nuevo esquema de asignación de recursos, buscan no solo mejorar la calidad de la atención, sino también introducir mejoras en diferentes ámbitos de la gestión:

- Agilizar la toma de decisiones,
- Desconcentrar el riesgo en la toma de decisiones estratégicas y operativas, en los distintos niveles de la organización,
- Favorecer la transparencia en cuanto a las responsabilidades y objetivos pactados; y
- Promover la rendición de cuentas, con base en la negociación de objetivos específicos para cada centro y en el vínculo entre la transferencia de recursos y el cumplimiento de dichos objetivos.

Con la reforma, el instrumento contractual que guiará las relaciones entre la administración central de la CCSS y las unidades asistenciales se denomina Compromiso de Gestión. Este a su vez constituye el instrumento mediante el cual se busca la implantación del nuevo mecanismo de asignación de recursos, que gradualmente reemplazará el sistema de base histórica, por otro donde la transferencia de recursos se basa en la actividad hospitalaria, en el cumplimiento de metas de calidad y con énfasis en las necesidades de salud de la población, en lugar del actual modelo basado en la oferta.

Los compromisos de gestión se definen como un instrumento de relación con los centros públicos de salud que vincula las metas de actividad con el presupuesto asignado a cada centro. En términos operativos, se entienden como acuerdos firmados entre la administración central de la CCSS

(financiador-comprador) y los hospitales y las áreas de salud (proveedores). Es en este aspecto donde se define la relación contractual agente-principal. Teniendo en cuenta que el agente es un agente múltiple, debe dejarse claro que los compromisos de gestión solo evalúan el desempeño desde un punto de vista parcializado. Asimismo, dada la escasa presencia de competencia privada (principalmente por la amplitud y especialidad desarrollada en el sector público) esto acarrea asimetrías de información, que deben ser resueltas tanto en el nivel del agente gubernamental como en el nivel del agente-usuario de los servicios de salud. Al fomentar la competencia el sistema desarrollará mayores niveles de eficiencia, eficacia y calidad en el sistema de salud.

La introducción de los compromisos de gestión y del nuevo modelo de asignación de recursos, llevan implícita la separación de las funciones de financiamiento, asignación de recursos y provisión de servicios, con lo cual se pretende promover la cooperación y competencia entre los proveedores de servicios de salud. Los compromisos comprenden la evaluación de los resultados de las acciones o programas, lo que significa que se reducen gradualmente los controles administrativos ex ante, los cuales son reemplazados por evaluaciones ex post.

La implantación de los compromisos de gestión arranca en el año 1997, mediante un proyecto piloto que abarcó siete hospitales y cuatro áreas de salud. En noviembre de ese mismo año se iniciaron las negociaciones con nuevas unidades asistenciales y se extiende la firma de compromisos de gestión a cinco hospitales más; durante los dos años siguientes se incorporaron nuevos establecimientos de salud al esquema de compromisos de gestión, con la meta de extenderlos a toda la red de servicios administrada por la CCSS.

El diseño de los objetivos específicos, la selección de los indicadores de cumplimiento y su respectiva ponderación, responde a los criterios que en cada momento establece el financiador - comprador (esto formaliza las relaciones representadas en la Figura 1 del marco teórico) para la entidad proveedora que firma el compromiso de gestión.

Los compromisos de gestión establecen diversos objetivos:

(i) **nivel de actividad contratada:** detallan las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH) pactadas para los servicios de hospitalización, atención ambulatoria, atención de urgencias, así como las tarifas y el Presupuesto por Producción resultante que le corresponde a cada hospital; dicho presupuesto se obtiene multiplicando las UPH pactadas por la tarifa vigente

(ii) **objetivos organizativos:** establecen las metas y actividades específicas y los indicadores de desempeño utilizados, dirigidos a mejorar la gestión del proveedor. En una primera etapa incluyen requerimientos tales como: capacitación de jefaturas, implantación de registros, desarrollo de sistemas de información (en distintas áreas), calidad de los datos y oportunidad en su suministro. Por ejemplo, en los compromisos de gestión firmados con los hospitales en 1997, se incluyeron objetivos organizativos tales como el desarrollo de sistemas automatizados para el manejo de citas, gestión de listas de espera, reingresos hospitalarios y referencia de pacientes del primer nivel, entre otros

(iii) **objetivos de calidad:** se establecen metas tendientes a mejorar la calidad de los servicios y la atención del usuario. Específicamente, se consideran metas específicas respecto a prevención y control de la infección hospitalaria, protocolización de procesos de atención (por grupos clínicos); así también, para promover una mejor atención del usuario se establece la realización de encuestas de satisfacción, el establecimiento de programas de mejoramiento de la calidad, la creación de registros de cancelación de citas médicas, y el establecimiento de oficinas de información al usuario y de sistemas de quejas y reclamaciones.

(iv) **objetivos asistenciales:** tienen que ver con la introducción de mejoras en el proceso de atención y en los resultados de salud; como por ejemplo, nivel de mortalidad hospitalaria, salud materno-infantil, giro de camas, dispensación y aprovechamiento de medicamentos y tiempos de atención.

Dentro de los compromisos de gestión se establece un esquema de incentivos. Este es

propiciado mediante el establecimiento del Fondo de Incentivos, pero no premia el desempeño individual, ni siquiera a nivel de los directores de los hospitales, aunque no se descarta esta alternativa en una fase posterior del proceso. Por lo tanto, el tipo de incentivos previstos se relacionan básicamente con otros factores, tales como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y otras formas de compensación no pecuniarias.

Por lo tanto, se puede concluir que las posibilidades de avanzar hacia una exposición de los hospitales a las fuerzas del mercado, están restringidas por la prevalencia de una oferta de servicios fundamentalmente pública y en el contexto de la reforma se limitan a introducir un esquema de competencia gestionada.

Un reto que queda por resolver, es el de poder incentivar la participación del usuario en la evaluación de los servicios que recibe, no solo en términos de la calidad percibida, sino también mediante su introducción paulatina en los procesos de gestión del sistema para reenfocar la relación agente-principal. Es decir, a grosso modo debería existir una especie de Compromiso de Gestión con el usuario y no solo con la institución financiadora.

IV. Conclusiones

En el presente artículo se desarrolló el marco teórico en el cual se basan los mecanismos de incentivos y se analizó la interrelación existente con las evaluaciones del desempeño dentro del sistema de salud. El marco teórico estableció los distintos sistemas de pago que pueden originarse, en el caso de presentarse situaciones de riesgo moral, selección adversa o verificación costosa. En las tres situaciones, se enfatiza que el objetivo principal es el de poder maximizar la utilidad de los agentes y principales al establecer relaciones contractuales dentro de un sistema de salud.

Con el propósito de dar contenido empírico a dicho marco, se estudiaron algunos ejemplos precisos en los que la aplicación de un esquema de incentivos o de evaluación del desempeño innovó los mecanismos pago tradicionales y además permitió el logro de mayores niveles de eficiencia, calidad y productividad dentro de los distintos proveedores de salud.

El objetivo principal del trabajo, que consistía en demostrar como los mecanismos incentivos y de evaluación del desempeño acarrear mejoras dentro de los distintos actores participantes en un sistema de salud, ha sido aclarado cabalmente. Las principales conclusiones que se derivan de la presente investigación son:

1. Las relaciones económicas que se presentan en un sistema de salud están plagadas de imperfecciones y de asimetrías en la información que fluye entre agentes y principales. La introducción de competencia dentro de un sistema de salud (no necesariamente en forma de privatización) acarrea beneficios a los distintos participantes al reducirse las brechas informativas.
2. Un sistema de incentivos es una herramienta práctica que permite introducir mejoras en ese tipo de relaciones económicas, ayudando a reducir los problemas de selección adversa y riesgo moral.
3. Las evaluaciones del desempeño son instrumentos apropiados para cuantificar el grado de cumplimiento de metas de los sistemas de salud, de los grupos y de los individuos participantes en el sistema. Su vínculo con un esquema de incentivos beneficia el proceso de maximización de la utilidad de todos los participantes dentro del sistema.
4. No existe un patrón ideal al cual pueden asirse las diversas economías a la hora de pretender reducir los fallos del mercado de la salud. La participación de los gobiernos debe ser selectiva y no interventora, pero además debe considerar la participación de un agente fundamental: el usuario de los servicios de salud.
5. Las experiencias internacionales demuestran que el desarrollo de esquemas de incentivos introduce soluciones a problemas previamente existentes, pero que debe tenerse en consideración la posible aparición de situaciones que trastorquen los objetivos iniciales de la propuesta. Un esquema de incentivos no está exento de la presencia de efectos negativos, pero su incidencia puede ser reducida al realizarse un proceso de control y monitoreo.
6. La experiencia de los compromisos de gestión en Costa Rica ha sido hasta la fecha bastante favorable. Dos de sus principales logros son la modificación de un nuevo patrón cultural de rendición de cuentas y la asignación de presupuestos con base en métodos prospectivos.
7. La satisfacción del usuario es una medida para evaluar la calidad de los servicios de salud, considerando a esta desde dos perspectivas: la calidad técnico-científica y la satisfacción del usuario.

A la luz de las conclusiones obtenidas, el presente trabajo se convierte en un avance importante para desarrollar ideas en el campo de la aplicación de sistemas de incentivo y evaluaciones del desempeño, no solo dentro del sector salud, sino en un contexto institucional más amplio. Concretamente permite dar pistas sobre qué sistemas de incentivos son más adecuados dependiendo de la relación económica y el flujo de información establecido entre agentes y principales del sector salud, así como la importancia de vincular completamente dichos sistemas con evaluaciones periódicas del desempeño.

V. Bibliografía

- Asociación de Economía de la Salud. *Reforma Sanitaria e Incentivos*. España, 1990.
- Berte, Lucia. *Developing Performance Standards for Hospital Personnel*. Practical Laboratory Management Series. American Society of Clinical Pathologists. Chicago, 1993.
- Blázquez Gómez, Carmen. *Métodos para establecer incentivos económicos y laborales en el uso del medicamento*. España. 2001.
- Burgess, Simon and Metcalfe, Paul. *The Use of Incentive Schemes in the Public and Private Sectors: Evidence from British Establishments*. University of Bristol, UK. November 1999.
- Christopher, William F. (ed.). *Handbook for Productivity Measurement and Improvement*. Productivity Press, Oregon, USA. 1993
- Dixit, Avinash. *Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review*. Paper presented at the National Academy of Sciences conference on *Devising Incentives to Promote Human Capital*. Princeton University, USA. 2000.
- Flanery, Thomas P.; Hofrichter, David A. & Platten, Paul E. *People, Performance and Pay: Dynamic Compensation for Changing Organizations/ The Hay Group*. The Free Press. 1996.
- Gómez de León, Patricia y Pinto, Patricia. *Incentivos para Calidad en Salud*. En: Revista Vía Salud, tercer trimestre 2001.
- Hammer, Jeffrey. *The Design of Incentives for Health Care Providers in Developing Countries: Contracts, Competition and Cost-Control*. Development Research Group. The World Bank.
- Laffont, Jean J. and Martimort, David. *The Theory of Incentives I: The Principal - Agent Model*. August, 2001.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. *A WHO framework for health system achievement for 191 countries*. Geneva, Switzerland. World Health Organization, 1999 (Global Performance Evidence for Health, Policy Discussion Paper N° 6).
- Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. *Temas Críticos en la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud*. Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Washington, D.C. 8-10 mayo 2001.
- Partnerships for Health Reform. *Measuring Results of Health Reform for System Performance: A Handbook of Indicators*. Special Initiatives, Report N° 1. September 1997. USA.
- Robinson, James C. *Theory and Practice in the Design of Physician Payments*. En: The Milbank Quarterly, A Journal of Public Health and Health Care Policy. Volumen 79, Número 2, 2001. University of California, Berkeley.
- Secretaries of State for Health, Social Security. *Caring for People. Community Care in the Next Decade and Beyond*. London. 1989.
- Tandon, Ajay et al. *Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries*. GPE Discussion Paper Series: N° 30. World Health Organization.
- World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, Switzerland. 2000.

Anexos

Acceso

Acceso Físico

- Porcentaje de población (rural, pobre) residente a X km de una institución de salud
- Porcentaje de población (rural, pobre) residente a X km de una institución de salud que provee un paquete básico de servicios de salud
- Porcentaje de población (rural, pobre) residente a X km de la institución de salud manejada por un doctor
- Porcentaje de población (rural, pobre) residente a X km de una farmacia
- Porcentaje de población residente a X km de un hospital
- Porcentaje de población residente a X km de un hospital que provee servicios de emergencia (obstetricia) las 24 horas
- Porcentaje de población servida por un servicio de ambulancia las 24 horas
- Porcentaje de instituciones de salud equipadas con teléfonos y radios
- Porcentaje de población residente a más de X km de una institución de salud que está cubierta por servicios generales
- Número de personas por doctor
- Número de personas por enfermera
- Número de camas de hospital por persona

Acceso Económico

- Costo promedio privado de pacientes tratados profesionalmente en el último episodio de enfermedad como porcentaje del ingreso familiar per cápita mensual para consumidores del quintil de ingresos per cápita más bajo
- Costo promedio privado de las medicinas por un paciente típico en el último episodio de enfermedad como porcentaje del ingreso familiar per cápita mensual para consumidores del quintil de ingresos per cápita más bajo
- Costo promedio privado de una estancia hospitalaria como porcentaje del ingreso familiar per cápita anual para consumidores del quintil de ingresos per cápita más bajo
- Tarifa promedio por visita cobrada en la institución pública ambulatoria más cercana
- Costo promedio por día de hospitalización en el hospital público más cercano

Equidad

- Razón entre la proporción de los subsidios gubernamentales recibidos respecto a la proporción del ingreso total recibido por nivel de ingreso
-

- Razón del Coeficiente de Gini para los subsidios públicos para atención en salud respecto al coeficiente de Gini para el ingreso total (o gastos totales)

Calidad

Indicadores estructurales

- Existencia de estándares nacionales para las calificaciones profesionales de la fuerza de trabajo, incluyendo mecanismos de cumplimiento
- Proporción de trabajadores de la salud que poseen calificaciones profesionales básicas, incluyendo habilidades para servicios específicos de atención primaria
- Existencia de estándares institucionales nacionales, incluyendo mecanismos de cumplimiento
- Proporción de las instituciones de salud que cumplen los estándares estructurales básicos, basados en los servicios a ser provistos
- Presencia de estándares nacionales claros para servicios de salud altamente prioritarios
- Proporción de instituciones en las que el diagnóstico actual y las guías de tratamiento están disponibles en formato escrito
- Presencia de un programa nacional de aseguramiento de la calidad, que incluya personal capacitado y procedimientos establecidos para el diseño, monitoreo y mejoramiento de la calidad. Dentro de los indicadores que demuestran la presencia de calidad efectiva están:
 - Revisión rutinaria y actualización de los estándares técnicos
 - Métodos efectivos para la comunicación de los estándares en el campo
 - Aplicación rutinaria de los métodos para comparar el desempeño con los estándares establecidos
 - Aplicación rutinaria de metodologías para la solución de problemas basados en datos
 - Aplicación rutinaria de métodos para incorporar a las comunidades en el diseño y administración de los sistemas
 - Proporción de las instituciones de salud que no experimentaron problemas de inventarios de medicinas durante los tres meses anteriores
 - Proporción de casos en los que todas las medicinas recomendadas estaban disponibles

Indicadores de proceso

- Proporción de clínicas en las que los servicios están integrados plenamente, según estándares nacionales
 - Proporción de trabajadores de salud que reciben en forma apropiada y efectiva supervisión conducida, según políticas nacionales
 - Proporción de contactos con el paciente en el que el tratamiento recibido es consistente con los diagnósticos y protocolos de tratamiento nacionales incluyendo normas para la interacción cliente-proveedor
 - Proporción de referencias hechas y consumadas de acuerdo a estándares y normas nacionales
-

- Proporción de clientes que conocen y entienden las acciones esenciales que se necesitan para completar los tratamientos y evitar condiciones futuras prevenibles
- Proporción de clientes que completan los tratamientos recomendados
- Satisfacción del cliente

Eficiencia

- Visitas de pacientes por hora de trabajo médico (o por doctor)
 - Visitas de pacientes por hora de trabajo de enfermera (o por enfermera)
 - Razón entre visitas de pacientes y costos unitarios de personal
 - Costos por visitas de pacientes (o costo operativo por visita de paciente)
 - Costo por día cama de hospital (o por admisión hospitalaria o egreso hospitalario)
 - Porcentaje de visitas de pacientes obtenidas por el sector privado
 - Camas de hospitales privados como porcentaje del total
 - Gasto personal como porcentaje del gasto total recurrente en salud
 - Gasto en medicinas y suministros como porcentaje de gasto total recurrente en salud
 - Número de enfermeras por doctor
 - Número de enfermeras por cama de hospital
 - Número de doctores por cama hospitalaria
 - Razón del salario promedio de un trabajador público en salud (doctor, enfermera, técnico) con un nivel determinado de experiencia con respecto a un empleado con similares características en el sector privado
 - ¿Son los salarios de los empleados públicos en salud pagados a tiempo? (sí o no)
 - ¿Existen incentivos al desempeño adecuados para el personal de salud que labora en el sector público? (yes/no)
 - Gasto total en medicamentos genéricos como porcentaje del gasto total en medicinas
 - ¿Utiliza el sistema de salud público listas básicas de medicamentos para su obtención? (sí o no)
 - Porcentaje del presupuesto recurrente en salud del gobierno que se gasta en servicios públicos de salud
 - Gasto de atención primaria en salud como porcentaje de los costos recurrentes
 - Porcentaje del gasto total en medicinas dirigido a instituciones de atención primaria
 - ¿Se cobran tarifas en todas las instituciones de salud?
-

- ¿Promueven la eficiencia los niveles tarifarios? (sí o no)
- ¿Funcionan efectivamente los sistemas de referencia? (sí o no)
- Estancia promedio de las internaciones hospitalarias
- Tasa de ocupación de las camas hospitalarias
- Porcentaje de los asegurados inscritos en planes que utilizan copagos y deducibles, administran la atención o planes sujetos a presupuesto

Sostenibilidad**Sostenibilidad financiera**

- Porcentaje del gasto total del sistema de salud financiado por impuestos
- Porcentaje del gasto público de salud financiado por impuestos
- Gasto público en salud como porcentaje del presupuesto total del gobierno
- Gasto total en salud como porcentaje del PIB
- Porcentaje del gasto total en salud financiado por donaciones
- Porcentaje del gasto recurrente en salud financiado por donaciones
- Porcentaje del gasto público en salud dirigido a la atención primaria
- Porcentaje del gasto público en salud dirigido a la atención preventiva
- Porcentaje del gasto público en salud dirigido a servicios materno-infantiles

Sostenibilidad institucional

- Doctores extranjeros como porcentaje de todos los doctores
 - Número de meses de duración de la asistencia técnica extranjera proporcionada por donaciones
 - Gastos en asistencia técnica provenientes de donaciones como porcentaje de los gastos en salud provenientes de todas las donaciones
-