

CARACTERÍSTICAS Y MODALIDADES DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD: NIVELES Y SECTORES.

La desconcentración de establecimientos públicos de salud en Costa Rica.

Román Navarro, CCSS, Costa Rica¹

Agradezco profundamente a la Organización Panamericana de la Salud y al CIESS, por la invitación a participar como expositor en este importante evento, por su hospitalidad y por la oportunidad que se me ha dado de compartir con tantos amigos latinoamericanos, dar a conocer lo que se está haciendo en mi país y aprender de las experiencias de todos los presentes. De nuevo gracias.

INTRODUCCIÓN

Se me ha pedido exponer las características y modalidades de la reforma impulsada en Costa Rica. A diferencia de otros países que han seguido el camino de la descentralización, Costa Rica, ha preferido un modelo de desconcentración administrativa de los establecimientos públicos de salud. Las razones que dan origen a la reforma, sus características y modalidades, son pues, lo que paso seguidamente a exponerles de forma somera.

Costa Rica, ha logrado durante las últimas tres décadas del pasado siglo altos índices en salud. Gracias, entre otras razones, a una política pública acertada en el campo. En 1943 se creó la Caja Costarricense de Seguro Social como la institución autónoma, descentralizada y de naturaleza pública, encargada de los seguros sociales en el país. Durante sus sesenta años de existencia ha venido, por un lado, extendiendo la cobertura de los seguros sociales (seguro de salud y seguro de pensiones), a toda la población y por el otro, asumiendo la prestación de todos los servicios públicos de salud. Los primeros servicios asumidos fueron los que prestaba la Junta de Protección Social, mediante el traspaso de los hospitales a cargo de aquella a la Caja (década de los setenta); y finalmente, el proceso ha culminado con la asunción, a inicios de la década de los noventa, de los servicios de salud que prestaba directamente el Ministerio de Salud. La síntesis de todo este proceso fue la existencia de una institución pública gigantesca, jerarquizada, centralizada, costosa, con dificultades para cumplir con la demanda de un servicio de salud de calidad, oportuno, eficaz, personalizado y a menor costo burocrático.

¹ El expositor es abogado, especialista en Derecho Público, consultor y director estratégico para la desconcentración de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Noten ustedes, que esa misma organización pública, logró colocar a Costa Rica a la vanguardia en América Latina en el campo de la salud. Ese modelo centralista contribuyó a uniformar y universalizar los servicios públicos de salud a toda la población. Sin embargo, los tiempos cambian, y las instituciones deben adaptarse a ellos, a fin de lograr en cada tiempo, la efectiva realización del interés público. Ese modelo centralizado, es también el responsable de que los niveles inferiores no fueran creativos, ni tampoco responsables de su gestión (de allí el dicho en Costa Rica, de que en la Caja se delega hacia arriba), ni tuvieran conciencia de costos, y a pesar de la universalidad, los servicios no fueran de calidad, oportunos y con calidez o rostro humano. Ya para finales de la década de los ochenta del siglo pasado, el gasto en salud aumentaba, sin embargo, los indicadores se estancaban, de allí la necesidad de introducir reformas al sistema y de adecuar el modelo a las nuevas exigencias y necesidades de la población.

En virtud de lo anterior, se hacía necesario alcanzar una mayor eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud, aumentar la transparencia administrativa, la rendición de cuentas de las instituciones y funcionarios públicos del sector, así como promover la participación social en la gestión de los servicios públicos sanitarios, a fin de lograr impactar en la salud de la población, levantar los indicadores en la materia y satisfacer las demandas de la población, de servicios de salud de calidad, oportunos y con rostro humano.

Para lograr el primer objetivo (eficiencia y eficacia), se implementó la separación de funciones; en primer lugar, entre las competencias de rectoría y la prestación de los servicios, de manera que en adelante, el Ministerio de Salud asumiría de manera exclusiva el rol rector, y la Caja Costarricense de Seguro Social, sería el único ente prestador de los servicios públicos de salud, tanto los asistenciales, como los de prevención y promoción de la salud. Para efectos de la Caja, el cambio introducido implicaba, la superación de una visión meramente asistencialista por una visión integral de la salud. Una segunda manifestación del principio de separación de funciones, la encontramos a lo interno de la Caja. En adelante, el nivel central (direcciones regionales, direcciones corporativas, gerencias de división, Presidencia y Junta Directiva) asumirían el rol de la compra y del financiamiento de los servicios; mientras que los establecimientos (hospitales, clínicas y áreas, independientemente de si están en manos de la Caja o en la de gestores privados o públicos de los servicios titularidad de la Caja), asumirían la provisión y prestación de los servicios de salud directamente a la población. Dos instrumentos vendrían a darle solidez a este principio: la desconcentración administrativa de los establecimientos de salud y el compromiso de gestión.

Por su parte, el segundo objetivo (transparencia administrativa, rendición de cuentas y participación social) se alcanzó, mediante la creación de las Juntas de Salud, como entes auxiliares de la gestión de los establecimientos prestadores de los servicios públicos de salud. En la actualidad se encuentran constituidas y en funcionamiento 133 Juntas de Salud,

abarcando el 99% de los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Paralelo a lo anterior, la Caja impulsa un cambio en su modelo de atención, privilegiando el primer nivel de atención y con él, la prevención y promoción de la salud. Se dividió el país en Áreas de Salud y se construyeron y equiparon en menos de 10 años, aproximadamente 900 EBAIS (Equipos Básicos de Atención), unidad básica que forma parte de las Áreas de Salud. La reforma, ya empezó a dar sus frutos.

Estos cambios, desde el punto de vista jurídico, se sustentan principalmente aunque no exclusivamente en la Ley 7852, de 30 de noviembre de 1998.

LA LEY 7852, PARA LA DESCONCENTRACIÓN DE HOSPITALES CLINICAS Y AREAS DE SALUD DE LA CAJA

La Ley 7852 de 1998, regula tres aspectos puntuales del proceso de reforma y modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social. El primero de ellos es la desconcentración administrativa, con la cual la Caja pasa de un modelo centralizado a un modelo desconcentrado de organización administrativa, con todas las consecuencias que de ello se deriva. El segundo aspecto, se refiere a la participación ciudadana o social en salud. Este segundo aspecto la Ley lo regula creando las Juntas de Salud, como instancias de participación orgánica y formal de los contribuyentes y usuarios de los servicios públicos de salud de la Caja. Finalmente, el legislador se preocupa por la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud; para ello, crea un instrumento nuevo en nuestro medio: el compromiso de gestión.

Esos tres aspectos contenidos en la Ley 7852, son la respuesta del legislador a tres problemas, que según su diagnóstico, tenía la Caja al momento de la aprobación de la Ley. En efecto, para el legislador los problemas principales de la Caja eran: **a) El centralismo administrativo.** La Caja es una institución pública gigantesca, que para entonces evidenciaba poca participación en la toma de decisiones y escasa capacidad de respuesta del nivel local, concentrándose en el nivel superior la toma de decisiones, no solo las relacionadas con la política institucional (que por principio son propias de estos órganos) sino también las relacionadas con acciones concretas del nivel local. La respuesta del legislador frente a este problema fue la desconcentración. **b) Baja productividad, eficiencia y eficacia en la gestión administrativa y prestación de los servicios de salud.** En realidad, durante ese tiempo, el gasto público en salud aumentaba, pero ese aumento no se reflejaba en un impacto positivo en la salud de la población, los indicadores en salud tendían a estancarse o deteriorarse. La respuesta del legislador fue la creación del compromiso de gestión como instrumento idóneo para alcanzar una mayor eficiencia y eficacia en la gestión administrativa y por ende, en la prestación de los servicios. **c)**

participación utilitarista, sin oír al usuario y sin control por parte de éste sobre la gestión institucional y la calidad y oportunidad de los servicios. En efecto, el legislador detectó que la participación social en el campo de la salud era exclusivamente utilitarista (sólo en beneficio de la Caja), pero no había una instancia mediante la cual la Caja consultara a los usuarios aspectos claves de su gestión, ni tampoco un cauce de participación que permitiera a los usuarios interesados y contribuyentes ejercer algún control sobre la calidad y oportunidad de los servicios, que la institución le ofrece. La respuesta del legislador, fue la creación de las Juntas de Salud, como “*entes auxiliares*” de los centros de salud, “*para mejorar la atención de la salud el desempeño administrativo y financiero, como la promoción de la participación ciudadana.*”

Ahora bien, ¿qué es la desconcentración? La desconcentración que se impulsa en la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, cuenta con un marco jurídico bastante claro y adecuado. En efecto, existen disposiciones de carácter general sobre la desconcentración en la Ley General de la Administración Pública (LGAP). Así mismo, disposiciones concretas, relativas exclusivamente al proceso de la Caja, como la mencionada Ley 7852. De ese marco jurídico se deduce que la desconcentración es una forma de organización administrativa y de transferencia de competencias a lo interno de un ente público, que supone, entre otras cosas, que los órganos desconcentrados gozarán en adelante de una mayor autonomía en su gestión, respecto y frente los órganos superiores. La desconcentración introduce una garantía para el inferior frente al superior en el ejercicio de las competencias que le son desconcentradas; en nuestro caso, la gestión de los medios (recursos materiales, financieros o presupuestarios y recursos humanos), para alcanzar los fines que el ordenamiento jurídico administrativo le ha atribuido a la Caja. Desconcentración no es una simple transferencia o distribución interna de competencias, es un “blindaje” a favor de los órganos desconcentrados frente a los órganos superiores. La desconcentración quiebra la relación de jerarquía e instaura en su lugar una relación de dirección. El rompimiento de la jerarquía trae consigo que los órganos superiores no puedan ni avocar ni revisar los actos del inferior (en la desconcentración mínima), ni tampoco emitir órdenes, instrucciones o circulares (en la desconcentración máxima). Los órganos superiores sólo pueden dirigir la actividad pero no los actos del inferior, mediante planes, directrices y reglamentos, porque son los instrumentos idóneos para gobernar la actividad, incompatibles con órdenes, instrucciones y circulares, que son los instrumentos idóneos para gobernar u ordenar los actos concretos.

Pues bien, si los establecimientos de salud desconcentrados, gozan de cierta autonomía que aumenta su capacidad de gestión para dar pronta respuesta a las necesidades de la población, ¿cuáles son las potestades de los órganos superiores, en el marco de una relación jurídica de dirección, para lograr darle unidad a toda la actividad que la Caja despliega en el campo de la salud, a favor de la población? En la desconcentración máxima los órganos superiores gozan al menos de las siguientes potestades:

- a) Potestad de dirigir la actividad del inferior (art. 99.1 y 100.1 LGAP), mediante directrices o lineamientos de política en la terminología de la Ley 7852 (art. 9). Mediante la directriz, los órganos superiores le pueden definir a los

establecimientos de salud desconcentrados la política institucional relativa a la prestación de los servicios de salud, fijándole las metas y los tipos de medios a emplear para cumplirlas, en el marco de una relación de confianza, incompatible con órdenes, instrucciones y circulares concretas.

- b) Potestad de vigilar y controlar el cumplimiento de esas directrices (art. 100.1 LGAP). Esta potestad también demuestra que las directrices son vinculantes y obligatorias para los desconcentrados. Estos no las pueden desacatar. Sin embargo, las directrices son mas generales que las circulares, instrucciones y órdenes; por esa razón cabe la posibilidad de que el inferior las interprete para adecuarlas a las circunstancias propias de su establecimiento. El inferior debe justificar ante el superior cualquier inobservancia de la directriz. En todo caso, el superior puede controlar, respetando el ámbito de discrecionalidad, del inferior, que los lineamientos de política del superior tienen cabal cumplimiento. Ahora el control se extiende no sólo a la conformidad de la actividad desconcentrada con la política institucional, sino también con la legalidad (incluido el cumplimiento de reglamentos jurídicos y normas técnicas), con los planes estratégicos institucionales, el cumplimiento del compromiso de gestión suscrito entre el nivel central y los establecimientos de salud y desde luego, la conformidad de esa gestión desconcentrada con los fines institucionales.
- c) Potestad de sancionar al jerarca (director del establecimiento desconcentrado) que las incumpla (art. 100.1 LGAP).
- d) La potestad de planificación. El Plan es el instrumento mediante el cual se expresa esta potestad. Al igual que la directriz, es vinculante. Los órganos inferiores pueden y deben planificar su actividad (estratégico y operativo), pero deben hacerlo dentro y guardando conformidad con el plan estratégico institucional.
- e) Potestad de coordinación (art. 100.3 LGAP). La idea de red de servicios, que se impulsa en la Caja, pasa necesariamente, en el marco de la desconcentración, por la potestad de coordinación. La potestad de coordinación es imperativa, está orientada a impedir el fraccionamiento o fragmentación de la organización. Los órganos superiores pueden crear instancias de coordinación o ejercer la potestad ellos directamente. En todo caso, la coordinación debe respetar, en el marco de una organización desconcentrada el ámbito de autonomía y de competencia que cada centro tiene atribuido.
- f) La potestad reglamentaria (competencia exclusiva de la Junta Directiva).. Respecto de los órganos desconcentrados la Junta Directiva, regula, dentro de la legalidad, el proceso de desconcentración, lo planifica y lo dirige definiendo la política institucional a la que deben ajustarse los desconcentrados y el nivel central en el ejercicio de sus competencias.
- g) Potestad de normalización y reglamentación técnica. Esta es otra competencia exclusiva del nivel superior central, especialmente de la Gerencia Médica, quién es el órgano competente para emitir la reglamentación técnica suficiente, idónea y necesaria, para lograr cierta uniformidad en la calidad y prestación de los servicios de salud.

Esta forma de organización pretende introducir mayor responsabilidad en las distintas unidades de salud, una fuerte conciencia de costos, mayor libertad en la toma de decisiones, amplia capacidad de reacción inmediata frente a los problemas que se suscitan, propiciar procesos de reingeniería del servicio y de los modelos de gestión a lo interno de los establecimientos de salud desconcentrados, un mejoramiento de la calidad, de la oportunidad e inmediatez de la atención (disminución de colas y listas de espera), una mejora en la relación médico paciente, eficiencia en la utilización de los recursos, flexibilidad en el gasto, participación ciudadana (Juntas de Salud) y rendición de cuentas, entre otros. Después de introducir la herramienta apropiada (cierta autonomía), los órganos superiores de la Caja se han reservado las potestades superiores de coordinación, dirección, planificación, control y regulación, necesarias para lograr la unidad del sistema, estimular la competencia, evaluar los resultados, imputar responsabilidades y conducir los “barcos a buen puerto”.

LAS JUNTAS DE SALUD

Dos principios esenciales que sustentan la reforma y modernización del sector salud costarricense, son el principio de participación social y el principio de transparencia administrativa y rendición de cuentas. Ambos principios y valores se ven fortalecidos con la creación, por la Ley 7852 de 30 de noviembre de 1998, de las Juntas de Salud. Se trata de entes auxiliares, instancias orgánicas, para la participación de los usuarios de los servicios públicos de salud, en defensa de sus intereses y para la mejor gestión administrativa y financiera de los establecimientos de salud de la Caja.

Siendo el ámbito subjetivo de aplicación de la Ley 7852: la Caja; las Juntas de Salud, no son aplicables ni exigidas a centros privados de salud (los servicios privados de salud en Costa Rica sólo representan el 15% de las atenciones), sino solo a la Caja. Por otro lado, siendo el ámbito material de aplicación de la Ley: la salud; las competencias de las Juntas no alcanzan el seguro de pensiones que también administra y gobierna la Caja (art. 73 Constitución Política). En otras palabras, las Juntas de Salud y sus competencias se circunscriben a la Caja y dentro de ésta, exclusivamente a los servicios de salud, quedando fuera de su competencia las pensiones. Ahora bien, algunos servicios de salud de la Caja, son prestados a la población por gestores privados, en régimen de concesión. El hecho de que en estos establecimientos o áreas de salud administrados por gestores privados exista una Junta de Salud, se debe a que los servicios que prestan son titularidad de la Caja, por tanto, se encuentran dentro del ámbito material y subjetivo de competencia de las Juntas, de conformidad con la Ley 7852.

La razón de ser de la Caja Costarricense de Seguro Social como un todo y de las Juntas de Salud, es la satisfacción y realización del interés público en salud. El interés público lo define la Ley General de la Administración Pública como el *“interés coincidente de los administrados”* (art. 113 LGAP). El interés público al que sirve la Caja y por tanto las Juntas, podríamos resumirlo en la prestación de servicios de salud

universales, idóneos, eficaces, oportunos y de calidad. La Institución tiene la responsabilidad de la prestación del servicio, mientras las Juntas de Salud la de colaborar y vigilar la correcta prestación del mismo.

Ahora bien, las Juntas de Salud están integradas por 2 representantes patronales, 3 representantes de los asegurados y 2 representantes de organizaciones pro salud, todos sus miembros son escogidos democráticamente, en procesos de elección que se realizan por cada sector, cada dos años, en los respectivos centros de salud. Su integración evidencia una diversidad de intereses en su seno, los que incluso pueden llegar a estar en conflicto entre sí. Con la creación de las Juntas, el legislador busca introducir en el interior de la Caja la visión y enfoque sobre la salud de los diversos sectores representados. Los intereses de los patronos, usuarios u organizaciones pro salud, representados en las Juntas, no tienen necesariamente que coincidir con los intereses de la Caja, la que por cierto, como organización o como agrupación de personas (burocracia) tiene también sus propios intereses. Lo importante, es que tanto los intereses de los diversos sectores representados en las Juntas, como los intereses de la entidad como organización o de su burocracia solo son relevantes en la medida en que sirven y no obstaculicen la realización efectiva del interés público. De conformidad con lo dispuesto por el numeral 113 LGAP, el interés público prevalece sobre el interés de la propia Administración, de su burocracia o de cualquier otro grupo o sector.

Lo importante de lo que venimos diciendo consiste en que las Juntas de Salud no sirven a los intereses de un gestor (privado o público), ni siquiera a los intereses de la Caja como organización o de su burocracia, sino al interés general que está por encima de todos ellos. Los intereses de los gestores (privados, públicos o de la Caja misma) solo son atendibles cuando conducen directamente a la satisfacción del interés general o público ya mencionado.

Los fines a los que sirve la Junta son los mismos a los que sirve la Institución en el campo de la salud. La Caja fue creada para proteger a la población, entre otras cosas, de los riesgos que atentan contra la salud (art. 73 Constitución Política). La Caja busca mediante un servicio de salud oportuno, idóneo y de calidad satisfacer el derecho constitucional a la salud de la población. Las Juntas de Salud tienen por objetivo hacer que ese servicio mejore (art. 2 párrafo 1 Ley 7852); es decir, que la calidad y oportunidad del servicio sean las adecuadas para llenar las necesidades de salud de la población en un momento histórico dado. Para ello, la Junta debe velar y controlar que el “*desempeño administrativo y financiero*” de la Caja, también mejore (eficiencia de los medios), como una manera de garantizar una mayor cantidad y calidad de los servicios públicos de salud y con ello, la realización efectiva del derecho a la salud de los costarricenses.

La Ley 7852 establece que las Juntas de Salud son “*entes auxiliares*” de la Caja, “*para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero*” de ésta (art. 2 de la Ley). La auxiliaridad implica una labor de complemento. Las Juntas son los cauces formales de participación ciudadana, mediante los cuales la sociedad civil se involucra e interviene de conformidad con la Ley, en el quehacer de la Caja para la consecución de sus fines. El complemento o auxiliaridad lo realiza la Junta mediante

competencias: a) consultivas (el establecimiento está obligado a consultarles: el proyecto de presupuesto, las modificaciones presupuestarias, el compromiso de gestión, el nombramiento del director y administrador del centro, entre otros; y puede (facultativo) consultar a las Juntas cualquier otro asunto); b) de control (las Juntas ejercen control sobre la gestión del director, a la luz de los intereses de los usuarios y las posibilidades institucionales); c) de colaboración (contribuyen con recursos materiales); y, d) de promoción de la participación a favor de la salud (coordinando y promoviendo la participación comunal). Para el ejercicio de sus competencias es irrelevante la forma como la Institución preste los servicios sanitarios (centralizados, desconcentrados o por medio de gestores privados o públicos). Lo que es realmente relevante, como ya vimos, es que: a) se trate de servicios de salud cuya titularidad es de la Caja; y b) que las funciones se ejerzan en beneficio del interés público al que sirve la Institución y por tanto de la Caja misma, toda vez que es la encargada de satisfacer aquel interés.

La gestión privada de servicios públicos de salud consiste en que un particular colabora con la Caja prestando directamente a los usuarios los servicios de salud titularidad de ésta, a cambio de un precio o retribución económica. Como la Caja conserva la titularidad del servicio, el ordenamiento jurídico administrativo le reserva una serie de potestades que le permiten definir a cada gestor, el tipo de servicio, la calidad, cantidad, población y en general las condiciones y procedimientos a seguir para la prestación del servicio. El gestor se encuentra, respecto de la Caja, en una relación que el Derecho Administrativo denomina de “especial sujeción o de sujeción intensa” (art. 14 LGAP). Llamada así porque la Administración puede, vía disposiciones generales (reglamentos) o mediante actos administrativos, definir el contenido y alcances de la relación. La Caja puede modificar el contenido de la relación y hasta ponerle término en cualquier momento durante su desarrollo, cuando el interés público así lo exija, sin perjuicio de la indemnización que corresponda y del respeto al equilibrio económico del contrato. El gestor está obligado a cumplir con los principios del servicio público, de la misma manera que lo está la Caja. Finalmente, esta modalidad de prestación no exime a la Caja, frente a los usuarios, de la calidad y oportunidad del servicio que reciben.

Como ya se dijo supra, la justificación de la existencia de las Juntas de Salud en los centros o servicios públicos de salud prestados por particulares, se debe a que tales servicios son titularidad de la Caja. Las Juntas de Salud ejercen sus competencias, aún respecto del gestor, en auxilio de la Caja. Aun frente al gestor privado, el objetivo de la Junta es mejorar los servicios institucionales, velando y colaborando para la consecución del fin y la realización del interés público que persigue la Caja y por ende, la Junta de Salud. Ahora, tenemos que entender que en este caso, las Juntas se encuentran frente a un gestor privado, es decir, frente a una persona jurídica privada, titular de derechos fundamentales que le ponen límite a la acción de los poderes públicos en general y de las Juntas (que ejercen funciones públicas) en particular. Solo por ley se pueden limitar los derechos de los particulares. Es por esa razón que las Juntas de Salud no tienen potestad alguna para invadir la intimidad contable administrativa del gestor privado, cosa que la Ley si autoriza a la Contraloría General de la República, dado que los gestores administran fondos públicos. Las Juntas no tienen atribuida por la Ley la potestad para revisar el presupuesto, las modificaciones presupuestarias, la política de incentivos

económicos o de nombramientos de gerentes o de personal de los gestores privados (potestades que si tienen las Juntas si se trata de los establecimientos de salud de la Caja), salvo claro, que los mismos gestores lo autoricen.

Sin embargo, como ya se ha dicho con anterioridad, las Juntas son “*entes auxiliares*” de la Caja, a favor del interés público que esta debe satisfacer. Es por esa razón, que las Juntas tienen el derecho de saber cuanto le paga la Institución a los gestores privados, conocer el contrato y el compromiso de gestión suscrito entre ambos y conocer las particularidades de la regulación del servicio dictadas por la Institución al gestor. Le corresponde a las Juntas de Salud vigilar y controlar, en primer lugar, que el gestor cumpla con lo acordado con la Caja dentro de los parámetros exigidos por ésta; y en segundo lugar, le corresponde vigilar que la Institución esté cumpliendo debidamente con los usuarios de esa zona geográfica, no sólo asignando los recursos y contratando los servicios (según el nivel de atención) que la población requiere, sino además, cumpliendo su deber de supervisar y controlar el cabal cumplimiento por parte del gestor del servicio contratado. Toda esa información no se la tiene que proporcionar a la Junta el gestor sino la Caja. Las Juntas son entes auxiliares de la Caja y por tanto, está obligada a proporcionarle la información pública oportuna y necesaria para que las Juntas ejerzan cabalmente las funciones públicas atribuidas por ley. De esta manera la intimidad del gestor privado queda a salvo y las Juntas cumplen sus funciones en beneficio de los usuarios y de la realización efectiva del interés público. Con ello también, las Juntas de Salud auxilian a la Caja en su tarea de fiscalización del gestor, con los alcances y límites ya señalados. Cualquier otra tarea que cumplan las Juntas a favor o en coordinación con el gestor privado a entenderse que se hace en pro de la realización efectiva del interés público.

LOS COMPROMISOS DE GESTION

La Ley 7852, introduce en el proceso de desconcentración en especial y en la gestión de la Caja Costarricense de Seguro Social en general, la figura del “compromiso de gestión” (art. 6, 7 y 8). Para la Ley, el compromiso de gestión es el eje principal sobre el que gira la desconcentración. Con lo que claramente da a entender la importancia que la Ley pone en lograr una mayor eficiencia y eficacia en la gestión de los servicios de salud, tanto mediante la desconcentración, como por medio del compromiso de gestión.

El compromiso de gestión tiene naturaleza contractual. El artículo 6, 7 y 9 de la Ley 7852, hablan de “*la suscripción de un compromiso de gestión entre la Institución y los centros de salud*”. Todo compromiso de gestión debe guardar regularidad jurídica, respecto de los reglamentos, leyes y normativa constitucional aplicable. De conformidad con lo dispuesto por la Ley 7852, el compromiso de gestión tiene carácter necesario. No hay desconcentración de hospitales, clínicas y centros de salud sin compromiso de gestión. El artículo 6 de la Ley 7852, establece que la Caja “*podrá organizar los hospitales y las clínicas como órganos desconcentrados, mediante la suscripción de un compromiso de gestión...*”. El compromiso de gestión no es la forma jurídica que debe

utilizarse para desconcentrar. Lo que sí dice la Ley, es que la desconcentración de un establecimiento no entra en vigencia hasta tanto no esté suscrito el respectivo compromiso de gestión.

El compromiso de gestión tiene, entre otros objetivos, introducir en la Caja una cultura de gestión basada en resultados, medir y evaluar el resultado e impacto de la gestión sanitaria, reducir la discrecionalidad administrativa de los establecimientos, asignar de la mejor manera los recursos institucionales y garantizar la eficacia y calidad de los servicios de salud.

El compromiso se ubica dentro de la separación proveedor – comprador de servicios. La reforma a la organización sanitaria pública, desde sus orígenes en Inglaterra, tuvo como propósito dividir o separar las funciones de compra y provisión de los servicios de salud. En adelante, los hospitales, clínicas y áreas de salud desconcentrados aparecen como los proveedores de los servicios de salud y los órganos superiores de la Institución como los compradores de dichos servicios. El compromiso de gestión es el instrumento contractual cuyo contenido revela el acuerdo entre comprador y proveedor sobre la producción (ej. cantidad de UPH o GRD), los estándares de calidad que demanda el comprador, el precio por cantidad producida (a la que está dispuesto a ofrecer el proveedor y a pagar el comprador), los requisitos adicionales que aseguren la regularidad, eficacia, eficiencia y en general el cumplimiento del compromiso (requisitos o exigencia organizacionales, administrativas, jurídicas, técnicas, procedimentales, de control, fiscalización y los parámetros de evaluación, etc.), el sistema de incentivos por el cumplimiento de metas cuantitativas y cualitativas, así como la provisión de servicios adicionales o de apoyo que el comprador requiere o que los asegurados necesitan (en materia de información, cobro administrativo, por ejemplo).

La separación de las actividades de compra y provisión, mediante la desconcentración y el compromiso de gestión, como instrumento técnico mediante el cual aquella se expresa, busca la eficiencia y la eficacia de los recursos públicos de salud. Es la respuesta al problema del aumento en los gastos y de la poca eficiencia de aquellos recursos. Aumentaban los recursos, pero contrariamente se deterioraba la salud, debido entre otros a un aumento en la intermediación burocrática. Tanto la estrategia de separación de los rubros de provisión y compra, mediante la desconcentración de los hospitales, clínicas y centros de salud, como el compromiso de gestión, buscan reducir los costes de la intermediación burocrática, aumentar la eficiencia de los recursos públicos destinados a la salud y obtener mayor cantidad y calidad de los servicios prestados a la población, orientados a alcanzar un pueblo cada vez más sano.

El compromiso de gestión deberá contener al menos, ciertas condiciones individuales que regulan las competencias de autonomía presupuestaria, de contratación administrativa, de manejo de recursos humanos y demás competencias transferidas o delegadas al órgano (todo de conformidad con la Ley, el reglamento y las directrices institucionales, porque el compromiso de gestión esta sujeto a estos instrumentos); principios prácticos sobre las relaciones entre los órganos desconcentrados, gestores privados y los órganos superiores (por ejemplo las relaciones de control y coordinación);

las competencias delegadas; los objetivos, obligaciones y metas que se compromete a cumplir el órgano desconcentrado con personalidad jurídica instrumental; las obligaciones de la Caja y los instrumentos, normas técnicas y procedimientos para la verificación y evaluación del cumplimiento. Esto es sólo el contenido mínimo, nada impide que las partes incluyan en él, aspectos útiles para la política institucional y para la prestación del servicio que no estén reflejados en la norma de referencia.

TAREAS PENDIENTES

La reforma está en marcha, falta consolidarla. El Ministerio de Salud debe fortalecerse a fin de que cumpla eficazmente con las funciones de dirección, regulación, control y planificación de la salud costarricense. La Caja debe madurar la reforma impulsada. Para ello, el Gobierno de Costa Rica ha suscrito un segundo crédito con el Banco de Reconstrucción y Fomento o Banco Mundial (contrato 7068-CR). Los principales recursos del préstamo están dirigidos a fortalecer y consolidar la desconcentración en la Caja, mediante: 1) la reestructuración o alineamiento del nivel central a los principios de la reforma; 2) el fortalecimiento propiamente dicho de la función de compra; 3) la definición e implementación de una nueva estructura organizacional y funcional de recursos humanos (basado en participación, compromiso, flexibilidad, nuevas modalidades de contratación y productividad); y, 4) una mejora sustancial en la asignación de los recursos financieros, sustentada especialmente en la productividad de los establecimientos de salud.

En relación con el fortalecimiento y modernización de la provisión de los servicios de salud, el proyecto propone: 1) la implementación de políticas e iniciativas que fortalezcan y consoliden la desconcentración y por ende, la toma de decisiones de manera desconcentrada; 2) fortalecer la gerencia de los establecimientos de salud desconcentrados, mediante un mayor desarrollo de la gerencia local, especialmente aunque no exclusivamente, mediante formación y capacitación, pero también, mediante el cambio de estructuras existentes; 3) modernizar y volver eficiente y eficaz la gestión local de los servicios de salud, especialmente mediante un aporte al equipamiento, la implementación de reingeniería de procesos y un impulso decidido a la atención ambulatoria. El crédito deberá estar ejecutado a finales del 2007.

CONCLUSIÓN

Gracias a las acertadas políticas públicas, Costa Rica ha logrado, mantenerse junto con pocos países, a la vanguardia de América Latina en salud. Sin embargo, la población de hoy, sanitariamente más educada que la de ayer, demanda más y mejores servicios. La universalidad no es suficiente, exige servicios de calidad, oportunos y personalizados. La imposibilidad de cumplir con estas demandas, nos lleva a revisar el modelo existente y a

plantear profundas reformas en aras de impactar positivamente en la salud de la población. Se hace necesaria una reforma en la organización y en la gestión de los servicios de salud.

La desconcentración administrativas tendiente a dotar al nivel local de mayor capacidad de gestión; la introducción de una cultura de trabajo y de gestión basada en la productividad, mediante la implementación del compromiso de gestión; el fortalecimiento de la transparencia administrativa, la rendición de cuentas y la responsabilidad social del funcionario, quién en adelante, no responderá por su gestión, sólo ante las instancias administrativas, sino también, frente a la comunidad de usuarios, representados en la Junta de Salud; la búsqueda de modelos más eficientes de asignación de los recursos financieros; el giro hacia una profundización de la atención ambulatoria y el fortalecimiento del primer nivel de atención; entre otros aspectos, constituyen los pilares de la reforma costarricense. Desde luego, no sigue los esquemas que han implementado la mayoría de países latinoamericanos. Responde a los condicionantes económicos, políticos y sociales, propias de nuestra cultura..

A pesar de que la reforma es reciente ya se han dejado ver los primeros resultados. Ha aumentado la expectativa de vida, ha disminuido la mortalidad infantil, la infección intrahospitalaria y ha mejorado la gestión local. El proceso, sin embargo, requiere consolidarse. Es indispensable continuar fortaleciendo el papel rector del Ministerio de Salud como cabeza de todo el sector salud costarricense. La Caja, debe reestructurar su nivel central a fin de adaptarlo a los principios y fines de la reforma. No debemos olvidar que, como toda reforma, se ha ido vertiendo vino nuevo en odres viejos. Si no logramos cambiar los odres, aún los logros parciales de la reforma se perderán. La Caja requiere un nuevo modelo de gestión de sus recursos humanos basado en productividad y de asignación de recursos financieros, que supere la asignación histórica todavía vigente. En otras palabras, la meta no es otra que vino nuevo en odres nuevos. MUCHAS GRACIAS.