

Gloria Molina M.

Tendencias en la gestión de los servicios de salud

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 1, enero-juni, 2001

Universidad de Antioquia

Colombia

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019106>



Revista Facultad Nacional de Salud Pública,

ISSN (Printed Version): 0120-386X

revfnsp@quimbaya.udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

[How to cite](#)

[Complete issue](#)

[More information about this article](#)

[Journal's homepage](#)

www.redalyc.org

Non-Profit Academic Project, developed under the Open Access Initiative

Gloria Molina M.¹

Resumen

En este artículo se presentan las cuatro directrices internacionales de la Nueva Administración Pública originadas en los países desarrollados de Europa, principalmente en la década de los años 80. Éstas han sido introducidas en las reformas del Estado de los países menos desarrollados, entre ellos los latinoamericanos, como estrategias para lograr mayor eficiencia, efectividad, equidad, economía y calidad en la provisión de los servicios públicos. Se realiza una caracterización de cómo estas tendencias se materializan en las reformas del sector público que se están llevando a cabo en los países latinoamericanos y, de manera especial, en los sistemas de salud. Igualmente, se describen y proponen los modelos de gestión que, de acuerdo con diferentes autores, deben implementarse en las organizaciones de salud para lograr los objetivos del Sistema de Salud.

Palabras clave

Administración pública, sistema de salud, competencia, mercado, equidad, eficiencia.

1 Profesora, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: molinag@guajiros.udea.edu.co.

.....

Abstract

This paper presents the four international trends of the New Public Management, originated in the most developed European countries, especially during the decade of 1980. These policies were introduced in the reforms of the State in developing countries, including Latin American ones, as strategies for achieving more efficiency, effectiveness, equity, economy and better quality in the provision of public services. There is a description of how these new trends are introduced in the reforms that Latin American countries are carrying out within the Health System, especially in Colombian case. The management models are also described according to different authors, who propose the way to implement those models in health organizations in order to achieve the goals of the health system.

.....

Key words

Public management, health system, competition, market, equity, efficiency.

1. Introducción

Entre las principales responsabilidades de los gobiernos está la de proveer servicios públicos a la comunidad y garantizar equidad, eficiencia, eficacia, calidad y economía en la provisión de los mismos. Sin embargo, dado el deficiente cumplimiento de estas garantías, desde la década de 1980 se han dado, tanto en países desarrollados como en aquellos de economía dependiente, una serie de directrices en la provisión de servicios públicos.

Los cambios en la gerencia de los sistemas de salud se vienen dando como parte de las reformas del sector público, las cuales han surgido como respuesta a múltiples fuerzas políticas, sociales, económicas y técnico-científicas de carácter nacional e internacional. Estos cambios buscan conducir las organizaciones hacia la implementación de modelos de gestión capaces de responder eficiente y eficazmente a las necesidades cambiantes de la sociedad.

En este documento se propone caracterizar las tendencias de la administración pública y sus implicaciones para los modelos de gestión en las organizaciones de salud de Colombia, teniendo como base los desarrollos teóricos que algunos autores proponen para lograr los objetivos y metas del sistema.

2. Características de los servicios públicos

El propósito básico de las organizaciones del sector público es proveer servicios, no hacer ganancias. Los gobiernos definen los tipos de servicios y sus límites, lo cual debe basarse en procesos democráticos.¹ Por esto las organizaciones públicas no son libres de cambiar su propósito como sí lo hacen las organizaciones privadas.

La sociedad necesita que algunos productos o servicios sean producidos a gran escala y los servicios básicos, como el servicio de salud, deben ser distribuidos por el Estado para asegurar equidad y justicia. Según Walsh, “algunos productos o servicios no deben estar abiertos al mercado porque ellos son parte de los derechos fundamentales del ser humano”.²

Para Hubbard,³ un servicio se considera público si posee alguna de las siguientes características:

- Servicio meritario, aquel que se considera un derecho fundamental de todos los ciudadanos, como el caso de la salud y la educación.
- No exclusión de aquellos que no pueden pagar por él, de tal manera que todos se beneficien.
- No rivalidad, es decir, que al ser utilizado por alguien el servicio no limite su uso por otros.
- El sector privado no es capaz de producirlo en suficiente cantidad para satisfacer las necesidades de la sociedad, por ejemplo, el aire y los ríos limpios, las carreteras, etc.
- Peligro moral. La información es asimétrica por parte del productor del servicio y el usuario no tiene la capacidad para juzgar la calidad de éste, por ejemplo, los tratamientos médicos.
- Costos y beneficios externos y altas externalidades. Las personas que no reciben el servicio se benefician de éste, como en el caso de la inmunización.
- Beneficio personal y externo alto, como sucede con la educación y la salud.
- El incremento de retornos por rentabilidad social y económica y bajo costo por producción a gran escala.

La gestión pública después de la Segunda Guerra Mundial fue desarrollada dentro de organizaciones burocráticas y jerárquicas, las cuales, a través del tiempo, llegaron a ser demasiado centralizadas, ineficientes y altamente costosas, con baja cobertura de los servicios y poca capacidad para satisfacer las necesidades de la población. Además, dichas organizaciones alcanzaron un nivel de aislamiento y retraso tecnológico que las hizo muy lentas o incapaces de responder a las demandas de la comunidad y del mercado. Por otro lado, el surgimiento de grupos sociales y políticos que exigían mayor equidad en la provisión de los servicios contribuyó a generar la necesidad de profundos cambios en la gestión del sector público.

Las nuevas tendencias en la gestión de los servicios públicos se han dado en un contexto nacional e internacional caracterizado por eventos de trascendencia en el plano económico, social y político, tales como:

- Crisis del petróleo en la década del 70 que condujo a una recesión económica de la década del 80, lo que a su vez exigió la disminución significativa en el gasto público,
- Crisis fiscal de los gobiernos que ha llevado a disminuir el gasto público y a involucrar el sector privado en la prestación de los servicios públicos con dineros provenientes del Estado,
- Difusión de la tesis del neoliberalismo: el capitalismo que postula el libre mercado y propone reducir el rol de Estado en la provisión de servicios públicos.
- Presión de movimientos sociales que reclaman mayor equidad, desarrollo de la democracia y el reconocimiento de los derechos humanos y ciudadanos.

3. La nueva administración pública

Desde principios de la década de los 80, se evidenciaron continuos procesos en los diferentes niveles del gobierno—especialmente en los países industrializados—, encaminados a garantizar la eficiencia del Estado a través de sus instituciones, lo cual mejoró la prestación de servicios públicos. Algunas estrategias como la descentralización y la participación comunitaria han sido respuestas a la presión económica, política y social que ha demandado cambios en la distribución y el uso del poder, igualmente en el desarrollo económico y social de la sociedad. En el mismo sentido, la crisis económica mundial, especialmente en los países de economía dependiente, ha exigido un cambio en la dirección y manejo del sector público.

La *antigua administración pública*, desarrollada en la posguerra y hasta los años 70, se caracterizaba por departamentalismo, dominio de grupos profesionales, centralización, paternalismo y procesos burocráticos. En contraste, la *nueva administración pública*, impulsada en los años 80, se caracteriza por descentralización, fraccionamiento de las instituciones que han sido monopolios, separación de servicios, definición de objetivos y gestión organizacional centrados en el usuario, en la dirección estratégica y en la cultura corporativa.¹

La nueva administración pública representa por tanto un desafío en el proceso de reestructurar el sector público, cambiando la estructura y el manejo de las instituciones mediante la implementación de diferentes técnicas, principios y modelos provenientes del sector privado, con el objeto de lograr mayor eficiencia, cobertura, calidad, economía y equidad en los servicios. Según Ferlie,¹

esta nueva administración se ha caracterizado por cuatro tendencias:

3.1 Privatización a gran escala

De esta manera muchas industrias y empresas estatales de carácter nacional son vendidas a los trabajadores y accionistas privados. La privatización se da bajo el argumento de lograr mayor eficiencia y efectividad del sector mediante la competencia, el incremento de la responsabilidad y la posibilidad de escogencia por parte de los consumidores, y la atracción de capital privado en función del servicio público.⁴ Este mecanismo también es utilizado para disminuir el déficit fiscal de los gobiernos.

Existe un pretendido beneficio en la separación entre el papel del aseguramiento y el de la producción de servicios públicos. Separando estas responsabilidades a través de contratos, se permite la creación de un mercado competitivo bajo el control estatal y al mismo tiempo se elimina o disminuye la entrega directa de servicios por parte del Estado.⁴ Sin embargo, la introducción del sector privado en la prestación servicios públicos conlleva riesgos, tales como:

- La falta de voluntad de los contratistas para enfrentarse con áreas poco rentables y beneficiarios pobres, generada por el ánimo de lucro.
- La presión para incrementar los precios y monopolizar situaciones.
- La falta de atención a los servicios con externalidades positivas o negativas.
- La quiebra o colapso de servicios esenciales.
- Dificultades para coordinar múltiples prestadores.
- Incremento de costos administrativos.

- Necesidad de mayores procesos de auditoría y control.

- El riesgo de sobrefacturación.

Igualmente, la evidencia de mayor eficiencia y efectividad a través de la privatización o la contratación de servicios públicos requiere ser estudiada especialmente en los países de economía dependiente. En los países desarrollados, donde la privatización ha avanzado rápidamente —como en el Reino Unido, los Estados Unidos, Nueva Zelanda, Japón, Australia—, y donde además ha habido importantes ganancias a través de la contratación, una revisión reciente reporta que es mejor ser escépticos acerca de los datos de eficiencia generados por la introducción de los mecanismos del mercado, en algunos sectores como el de la salud, dado que la información es difícil de reunir y depende de las afirmaciones o percepciones de los gerentes y administradores.⁴

Con la privatización, el papel del Estado cambia en relación con la propiedad, el funcionamiento, el control y la regulación de los servicios, dado que este proceso no es siempre una transferencia de activos del sector público al privado. La capacidad de los gobiernos para asumir su papel en el manejo de las relaciones con el sector privado es un asunto político clave al cual, hasta ahora, se le ha dado poca importancia en la investigación de los sistemas de salud en los países en desarrollo.

Estos países están experimentando un empuje hacia la privatización causado principalmente por el déficit fiscal y la presión de los prestamistas u organizaciones internacionales, particularmente como parte de los programas de ajuste estructural impulsados por el Banco Mundial. Estos programas toman como ejemplo los países industrializados que se han puesto en este camino. Sin embargo,

la privatización y el incremento de la eficiencia podrían reemplazar el monopolio público y crear un monopolio privado.

3.2 Administración y mercadeo

Se crea un *cuasimercado* dentro del sector público, en el cual las organizaciones compran y venden servicios entre sí, mediante mecanismos de coordinación establecidos por contrato y eliminando sus estructuras jerárquicas. El financiamiento, regulación y control del mercado es estatal y un número creciente de proveedores independientes pueden competir por los contratos. Igualmente se implementan técnicas administrativas provenientes del sector privado para lograr mayor eficiencia y calidad de los servicios públicos.

Muchos de los cambios recientes en la gestión del sector público han involucrado estrategias para ganar ventajas de los mecanismos del mercadeo, aun funcionando dentro de este mismo sector.² La contratación tiene gran importancia en este esquema y la competencia busca reducir precios y mejorar la calidad de los servicios.

Las teorías sobre las fallas del Estado defienden los mecanismos del mercado competitivo sobre la base de la eficiencia, dado que la falta de competencia genera ineficiente asignación y utilización de los recursos. Sin embargo la intervención del Estado tiene que ser excepcional en las situaciones en las cuales el mercado privado falla.

Según Batley, existen tres situaciones principales que requieren la intervención del Estado:⁴

- En los servicios o productos que son públicos por naturaleza y que las empresas privadas no los proveerían completa o adecuadamente, que no tienen un costo específico por consumirlo, del cual no se

excluye a quienes no paguen y para el cual los consumidores no tienen que competir. Por ejemplo el servicio de policía, el alumbrado público, la limpieza pública donde los beneficiarios son colectivos. No se puede medir cuánto consume cada beneficiario y el servicio no se agota por ser consumido.

- En la prestación de servicios eficientes a gran escala. En una variedad de circunstancias, aun donde la empresa privada opera, puede haber fallas para lograr eficiencia debido a diferentes causas:
 - La tendencia al monopolio privado, dado que la naturaleza de un servicio lleva a la economía de escala, lo cual hace difícil el ingreso de nuevos oferentes que compiten por precios.
 - Las inversiones necesarias son tan grandes y de retornos tan inciertos que las firmas privadas no están preparadas para emprenderlas.
 - Los servicios generan altas externalidades y la sociedad se beneficia de la extensión del servicio, aunque los beneficiarios directos pueden ser involuntarios o incapaces de pagar por él, lo cual genera externalidades positivas, tal como ocurre con la vacunación.
 - Los consumidores y productores tienen poco conocimiento para hacer una elección informada: esa situación puede agravarse en el caso de servicios profesionales y de la consejería en salud, en los que los clientes no son capaces de evaluar razonablemente las opciones.
- En los productos y servicios meritorios: en cualquier sociedad deben existir compromisos básicos para garantizar que toda

la población tenga acceso a ciertos productos y servicios, a pesar de la falta de capacidad o voluntad para pagar el precio del mercado. El gobierno necesita actuar para proveer y producir servicios necesarios como la educación y la salud. Por ello, los servicios públicos de beneficio colectivo, con altas externalidades, no deben estar sujetos a las fuerzas del mercado privado.

3.3 Hacer más con menos

La nueva gestión del sector público debe llevar a un incremento de la productividad y la eficiencia, para lo cual son de gran importancia los indicadores de desempeño, el control financiero, los estudios de costos, el mejoramiento de los sistemas de información, la implementación de sistemas de auditoría, etc. Evaluando algunas formas de contratación utilizadas en el sector salud se podría identificar el incremento de la productividad en algunos servicios, como los quirúrgicos, y cambiar así procesos administrativos y asistenciales para racionalizar los recursos mejorando la calidad. La competencia es una estrategia para mejorar la eficiencia. Un estudio realizado en ocho condados de Suecia mostró un incremento de la productividad, al variar el número de cirugías por cama de 40 a 55 entre 1987 y 1993, como consecuencia de la introducción de la competencia y la implementación de estrategias de mercadeo interno.⁵

3.4 Gestión para el cambio

Dentro de esta tendencia, los cuadros directivos en los diferentes niveles de las organizaciones deben ser profesionales con amplias habilidades administrativas y gran capacidad de liderazgo. Ellos deben ser más proactivos para lograr un cambio efectivo dentro del sector público, introduciendo un estilo administrativo flexible y descentralizado. En esta directriz, el liderazgo carismático

y transformacional tienen gran importancia para conducir las organizaciones hacia el logro de sus metas y el cumplimiento de su misión.

4. Tendencias de la gestión de los servicios de salud

Desde la década de los años 70 y con mayor énfasis en los años 80, los sistemas de salud han estado en la agenda de los gobiernos y han sido objeto de permanentes análisis y reformas que han implicado el desarrollo de nuevos modelos para la prestación de más y mejores servicios, para un número mayor de población. Estos cambios en el sistema son parte de las reformas del sector público en su totalidad y han sido iniciados en los países desarrollados y luego en aquellos de economía dependiente, buscando mayor eficiencia, equidad, economía, efectividad y calidad de los servicios de salud.

Según Walsh, “la clave de la eficiencia en la administración del servicio público, está en la separación de la responsabilidad del aseguramiento de la responsabilidad de producción de servicios”.² El Estado es responsable de asegurar que ciertos servicios se ofrezcan en suficiente cantidad y calidad para satisfacer las necesidades de la comunidad, sin embargo, puede utilizar al sector privado para ello. En este sentido el gobierno debe decidir lo que debe hacerse colectivamente y para quién, a qué nivel y cómo pagarlo. Por ejemplo el gobierno decide el plan de servicios de salud, los grupos de población prioritarios, las tarifas de los servicios, etc.

Un sistema de servicios se entiende como la combinación, organización y administración de recursos que culmina en la entrega de un cierto producto. Para Frenk, “es la naturaleza de las relaciones entre los diferentes actores lo que caracteriza el sistema de

salud".⁶ Estos actores son el Estado a través de sus organizaciones gubernamentales, la población, las instituciones de salud públicas y privadas, las organizaciones comunitarias, las instituciones educativas, los proveedores de insumos, etc. La gestión de los servicios de salud involucra la planeación, organización, dirección, coordinación y control de los recursos y los actores del sistema.

El gobierno es responsable de asegurar la provisión y de regular y garantizar los servicios de salud para todos los ciudadanos; su producción y entrega puede ser hecha directamente por las organizaciones de carácter público o indirectamente a través de contratación con el sector privado, las organizaciones comunitarias, las ONG, etc.

De acuerdo con lo descrito por Walsh, las principales directrices que los gobiernos han adoptado para reformar la gestión del sistema de salud público, en las cuales están expresadas las cuatro grandes tendencias de la nueva administración pública, son:

- Cambio en el sistema de financiamiento.
- Introducción de los copagos para los servicios prestados.
- Introducción de mercado interno entre las organizaciones públicas y privadas.
- Devolución del control financiero a los niveles locales.
- Separación de responsabilidades entre aseguradores y productores de servicios.
- Definición de paquetes de atención.
- Introducción de mecanismos de solidaridad financiera.
- Introducción de mecanismos de auditoría y control.
- Incremento de la participación ciudadana.

Estas directrices han generado diferentes formas de organización en la prestación de servicios públicos que involucran tanto organizaciones públicas como privadas, que pueden resumirse así:

- Propiedad y funcionamiento estatales.
- Propiedad del Estado y funcionamiento privado.
- Propiedad y funcionamiento privados.
- De naturaleza comunitaria o de usuarios.
- Categorías mixtas: empresas conjuntas en que los beneficiarios participan en la provisión y los proveedores directos son públicos y privados.
- Contratación de la producción de servicios específicos.
- Arrendamiento, concesiones o licencias de monopolios.
- Asociación entre proveedores públicos y privados, como ocurre en los Estados Unidos y el Reino Unido.
- Empresas conjuntas con los beneficiarios.

Una política sanitaria es satisfactoria cuando genera mejores condiciones de salud, satisfacción de los usuarios, mayor equidad y menores costos. Hay igualdad en la atención a la salud cuando a igualdad de necesidades se da igual acceso e igual utilización de la atención existente, con la misma calidad de servicios para todos.⁷

Es bien conocido que en Latinoamérica, la mayoría de los países ha introducido reformas en el sistema de salud como parte de la reforma del Estado y siguiendo las tendencias internacionales de la nueva administración pública, con asistencia técnica recibida de organismos internacionales, tales como la Organización Panamericana de

la Salud, la Organización Mundial de la Salud,⁸ el Banco Mundial,⁹ etc. En Chile y Argentina la reforma de salud se introdujo con más fuerza en la década de 1980, y en Colombia, Perú, México, Bolivia y Ecuador, en la década de 1990.

En estos cambios del sistema de salud público, la gestión se orienta fundamentalmente hacia crear nuevos paradigmas centrados en:

- Lograr mayor equidad en la accesibilidad a los servicios de salud.
- Lograr solidez financiera del sistema para asegurar la sostenibilidad de los servicios.
- Lograr mayor eficiencia, efectividad y calidad en la prestación de los servicios.
- Destacar la orientación hacia el usuario, creando nuevos valores culturales en las organizaciones de salud.
- Crear incentivos basados en el desempeño y los resultados.
- Fortalecer el trabajo en equipo, interdisciplinario e intersectorial.
- Generar un mercado interno y crear competencia.
- Separar el papel del aseguramiento del de la producción de servicios.

Según los valores y circunstancias de cada país en materia de salud, se establecen prioridades en las políticas, las metas y las estrategias de la gestión. En la figura 1 se puede observar que en los Estados Unidos la prioridad del sistema de salud es la libertad de escogencia (*freedom for choice*), en el Reino Unido el énfasis está dado en el control de los costos y en lograr el cuidado racional que satisfaga las necesidades de los usuarios, mientras que en Latinoamérica y en Colombia el énfasis debería estar en la

equidad, dadas las características socioeconómicas y las bajas coberturas en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo se requiere establecer el compromiso o *trade-off* entre objetivos y políticas para lograr el desarrollo equilibrado de los sistemas de salud.

Para implementar estas nuevas directrices en el sistema de salud, surge la necesidad de crear una gestión descentralizada y flexible que lleve a garantizar mayor desarrollo local, asignación racional de recursos y mayor capacidad técnico-científica del recurso humano.

De acuerdo con Frenk,

la estructura económica, las formas de organización social, los esquemas de participación política; las características del medio ambiente, el grado de urbanización, la situación de fecundidad, los niveles educativos, las expectativas sociales, los avances tecnológicos, las condiciones y los estilos de vida son todos determinantes cruciales de la salud, a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta.⁶

Por tanto, es responsabilidad de los gobiernos asegurar que una proporción apropiada de los ingresos del Estado sea asignada para salud, que los beneficios de los fondos públicos sean equitativamente distribuidos, que los recursos sean utilizados tan eficientemente como sea posible, que los usuarios estén satisfechos y que tengan control sobre la forma y el contenido de los servicios ofrecidos. Igualmente, que los individuos estén protegidos de los altos gastos generados por accidentes o enfermedades graves.¹⁰

5. Modelos de gestión organizacional

Las nuevas tendencias derivadas de la nueva administración pública y las reformas en

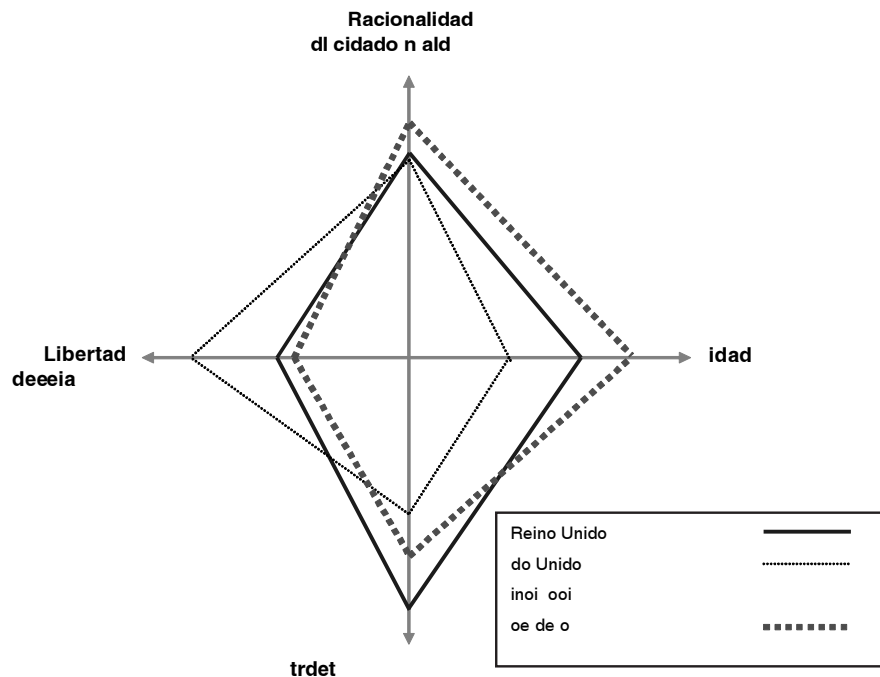


Figura 1. Valores predominantes del sistema de salud

Fuente: Adaptado de Chris H. Health Care Reform. Learning from International Experience. Buckingham. Open University Press, 1997.

el sistema de salud implican nuevos estilos de gestión, nuevas formas de financiación del sistema, de tal manera que éstos alcancen los objetivos y metas establecidas y satisfagan las necesidades de la comunidad. La gestión de los servicios implica un amplio conocimiento de los componentes involucrados en el sistema. Estos componentes son:

5.1 Formas de financiación

Fray, Light y otros¹¹ resumen los sistemas de financiación más comunes que han sido ampliamente difundidos y desarrollados en la última década:

- Financiación pública basada en impuestos colectados en el nivel central y local, basada en el modelo Beveridge, utilizado

en países como el Reino Unido, Nueva Zelandia, Italia, España y Cuba.

- Financiación pública basada en contribución obligatoria para seguridad social más un porcentaje de impuestos, basada en el modelo bismarckiano utilizado en países como Alemania, Holanda, Francia, Bélgica y en algunos países de Latinoamérica, como Argentina, Brasil, Ecuador, Colombia, Perú y Chile.
- Financiación privada basada en seguro voluntario o en el pago directo de los servicios, utilizada en los Estados Unidos de América.

5.2 Formas de pago de los servicios

Savedof¹² y Barnum¹³ describen los mecanismos de pago que se han venido desarrollando en los diferentes sistemas de salud:

- **Capitación:** estimula la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, disminuye la demanda de atención curativa y aumenta la cobertura.
- **Tarifa por servicio:** conlleva alto riesgo de sobreutilización de servicios.
- **Presupuestos fijos:** no estimulan la eficiencia pero controlan el gasto.
- **Otros:** por medio de vales, copagos, cuotas moderadoras, etc.

5.3 Paquetes de servicios según grupos de población

Implica la definición de paquetes de servicios, que se conforman bajo criterios de costo-efectividad y, en algunos casos, paquetes diferenciales según el grupo de población.¹⁴

5.4 Modelos de organización de servicios

Se han desarrollado diferentes formas de organización de los servicios y entre las más importantes, se destacan:

- **Modelo integrado:** financiamiento público y hospitales públicos con personal de salud asalariado.
- **Modelo de contratos:** seguro público y contratos con proveedores públicos y privados.
- **Modelo de reembolso** en el cual el estado o las aseguradoras reembolsan a los usuarios los servicios pagados; no hay contratos.

5.5 Política de descentralización

Se ha identificado como uno de los aspectos centrales de cualquier agenda actual en el ámbito de las organizaciones de salud. Se reconocen diferentes formas de descentralización, desconcentración, delegación, devo-

lución y privatización. Se busca lograr mayor eficiencia y efectividad del Estado, fortalecer la democracia y el desarrollo de los gobiernos locales y la participación de los grupos sociales. Igualmente se da autonomía a los hospitales públicos manejados por juntas locales, distritales o regionales.

5.6 Reforma interna de las organizaciones de salud

La reforma de las instituciones y su desarrollo es esencial para el logro de las metas, dado que, a través de ellas, se materializan las estrategias. Éstas deben implementar mejores estilos de gestión con nuevas técnicas administrativas para incrementar la eficiencia, la calidad y la efectividad de los servicios.

5.7 Mejoramiento del desempeño de los empleados del sector público

Con ello se busca emplear menos personal y mejor pagado, creando incentivos ligados al desempeño, mejorando la descripción de los puestos de trabajo, etc.

5.8 Participación del sector privado

Este sector asume un papel más amplio en la prestación de servicios públicos; en él se fortalece el desarrollo de diferentes sistemas de contratación, se transfieren técnicas administrativas del sector privado al sector público, y el sector privado compra empresas estatales prestadoras de servicios públicos.

5.9 Manejo de la competencia y creación del mercado interno

Implica la promoción de la competencia entre las compañías de aseguramiento y los productores de los servicios, creándose un sistema de compraventa interinstitucional: aseguradoras-Estado-organizaciones de salud.¹⁵

5.10 Participación ciudadana

Se promueve la participación de diferentes grupos, organizaciones, asociaciones, etc. como un mecanismo para fortalecer los procesos democráticos, crear formas de participación de la comunidad en la toma de decisiones e incentivar la veeduría ciudadana. Igualmente, para identificar los grupos de interés que puedan ejercer respaldo u oposición a la gestión pública.

5.11 Desarrollo de la legislación

Es un ingrediente esencial de la gestión de los servicios de salud y el respaldo legal del sistema, en que el Estado desempeña un papel fundamental en la definición de la forma y el tipo de organización, las tarifas de los servicios, sus formas de financiación y el acceso a éstos; igualmente, el papel de los diferentes actores, de los grupos prioritarios, del sector privado y de los mecanismos de control, entre otros.

Todos los componentes de las reformas del sistema de salud, que se están llevando a cabo en los países de economía dependiente y dentro de ellos los países latinoamericanos, fueron creados e implementados en los países industrializados. Un breve resumen de las características del sistema de salud de algunos de estos países permite visualizar la dirección a la cual apuntan sus reformas de dicho sistema:^{5,16}

- En Alemania existe cobertura universal y la financiación del sistema es pública y privada, mediante contribución obligatoria para seguridad social, la cual cubre 88% de la población. Existen cerca de 600 fondos de seguros de enfermedad. La prestación de los servicios se realiza mediante las asociaciones médicas, hospitales públicos y privados. El Estado es responsable de la construcción y manejo de los hospitales y la formación del recurso hu-

mano. El control se realiza utilizando diferentes mecanismos, tales como la utilización de guías nacionales sobre gastos, presupuesto prospectivo de hospitales, control del gasto en medicamentos y copagos. La Ley de Reforma de Cuidado de la Salud, de 1989, y la Ley Estructural del Cuidado de la Salud, de 1993, se han enfocado a reformar los fondos de enfermedad, a incrementar y asegurar la libertad de escogencia del fondo, a unificar tarifas, a reducir contribución y beneficios e incrementar copagos.

- En Canadá el sistema de salud tiene cobertura universal, financiación pública a través de impuestos y gestión de orden federal y provincial, lo que permite lograr pronto acceso a los servicios, alta calidad y costo razonable. La salud pública es responsabilidad del gobierno provincial y local, y la prestación de servicios se da a través de los hospitales privados sin ánimo de lucro y médicos generales privados, ofreciendo amplia oportunidad de escogencia. La promoción de la salud fue impulsada mediante el Informe Lalonde, de 1974, "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses". El sistema enfrenta dificultades, como: ardua negociación de las tarifas médicas, énfasis en el cuidado hospitalario, largas estancias hospitalarias, poco desarrollo del cuidado domiciliario y pocos incentivos para la eficiencia hospitalaria. El control se ejerce mediante los presupuestos prospectivos, el control de tarifas, el pago por capitación en el primer nivel de atención y sobre los hospitales mediante grupos de diagnóstico relacionados (DRG), control de programas nuevos y de nueva tecnología, techo presupuestal y disminución de honorarios médicos por exceso de servicios. Las reformas al sistema de salud se encaminan al desarrollo de organizaciones

de servicios de salud (HSO), de centros de salud comunitarios (CHC), del cuidado domiciliario y de la conformación de redes de consultorios de enfermeras especializadas para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

- El Reino Unido ofrece servicio de salud con cobertura universal, financiado con dineros públicos provenientes de impuestos. La prestación de los servicios la realizan médicos generales y equipos de atención básica a quienes se les paga por capitación, y en los hospitales públicos y privados a quienes se les paga por actividades con amplia oferta de oportunidades de escogencia. Entre los principales problemas se destacan las listas de espera para algunos tratamientos hospitalarios, la concentración de infraestructura en las principales ciudades y los costos crecientes. Como mecanismos de control se realiza auditoría en salud, control de remisiones, disminución de camas y control de nuevos programas. La reforma del sistema de salud emprendida en la década del 80, "Trabajando para los pacientes" (*Working for Patients*), incluye aspectos como:

- La creación del *mercado interno* entre los proveedores de servicios de salud.¹⁵
- Separación de roles entre aseguradores y proveedores de servicios.
- Asignación del presupuesto por regiones basado en el tamaño de la población, la edad, el sexo, etc.
- Fortalecimiento de la atención primaria, la prevención y servicios comunitarios, la atención domiciliaria y la promoción de la salud.
- Integración de los niveles primero y segundo: especialidades médicas y protocolos integrados.

Las reformas de salud que se han estado llevando a cabo en los países con economía dependiente y, dentro de ellos, los países latinoamericanos, incluyen muchos de los componentes de los sistemas de salud de los países antes descritos. Sin embargo, la diferencia en el contexto económico, social, político y tecnológico existente entre naciones ricas y pobres es bastante marcado lo cual influye significativamente en los logros que las reformas de salud puedan alcanzar.

6. Modelos organizacionales para la gestión de los servicios de salud

Con base en las tendencias surgidas con la nueva administración pública, algunos autores como Ferlie¹ han identificado cuatro modelos de gestión que se han estado implementando en las organizaciones públicas (figura 2). Estos modelos han influido en las organizaciones de salud y, según el contexto político, social y económico, además de la legislación vigente, el nivel de desarrollo sanitario, los objetivos del sistema y las necesidades de la comunidad en cada país, entre otros, cada organización tiende más hacia uno de los modelos, aunque incluyendo algunos componentes de los demás.

En Colombia, en algunas organizaciones de salud se ha dado una tendencia marcada hacia la eficiencia, aumentando el volumen de actividades con los mismos o menores recursos, con carencias al garantizar la calidad, tendencia motivada especialmente por el ánimo de lucro en el sector privado. Esto conlleva problemas éticos en la prestación de los servicios, lo cual repercute negativamente en los valores de los individuos, el sistema de salud y la comunidad.

<p style="text-align: center;">Búsqueda de la eficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del volumen de actividades con los mismos recursos. "Hacer más con menos" • Control financiero • Control de gestión • Auditoría • Énfasis en la atención al cliente • Menos regulación • Pagos según desempeño • Menos influencia y poder de los grupos profesionales y sindicatos • Énfasis en la dirección y perfiles directivos 	<p style="text-align: center;">Descentralización y flexibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el mercadeo • Cambio de la administración jerárquica hacia la contratación y el desarrollo local • Eliminación de niveles administrativos y reducción de recurso humano en los niveles centrales e intermedios de las organizaciones • Separación de aseguradoras y productores de servicios • Cambio de la dirección y control por nuevos estilos administrativos • Estímulo a la formación de redes de organizaciones y alianzas estratégicas • Flexibilidad de la gestión
<p style="text-align: center;">Búsqueda de la excelencia (Human Relations School of Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gran importancia a la cultura y el desarrollo organizacional: valores, cultura, ritos y símbolos • Énfasis en los procesos de aprendizaje • Manejo del cambio basado en los valores culturales de los empleados y de la organización • Enfoque humanístico que estimula el autodesarrollo y la participación • Énfasis en el liderazgo carismático y transformacional más que en el liderazgo transaccional 	<p style="text-align: center;">Orientación al servicio público</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fusión de estilos administrativos de los sectores público y privado • Énfasis en la misión del sector público diferenciado del sector privado • Elevar la calidad administrativa involucrando prácticas del sector privado • Garantizar la responsabilidad social de los servicios • Mayor preocupación por la calidad del servicio • Énfasis en el usuario y en la relación con la ciudadanía • Devolución del poder a la autoridad local • Escepticismo en el mercado del sector público

Figura 2. Modelos de gestión en la nueva administración pública

En el modelo de orientación al servicio público se involucran técnicas administrativas tomadas del sector privado para mejorar la calidad, la eficiencia y la efectividad de las organizaciones, en función de cumplir los principios, los objetivos y las responsabilidades del estado como garante de la atención pública.

La legislación colombiana de reforma del sistema de salud tiende a la descentralización para lograr mayor desarrollo local, fortaleciendo la participación ciudadana. Ello implica que las organizaciones de salud adopten un modelo de gestión descentralizado y flexible, que apoyado en mejores técnicas administrativas y estrategias de desarrollo del recurso humano lleven a mejorar la eficiencia, la calidad, la efectividad y la economía del sistema.

Quinn propone otros modelos de gestión basados en el análisis de los valores en función de la efectividad y la cultura de las organi-

zaciones.¹⁷ Este autor identifica cuatro estilos o modelos de gestión, que pueden ser aplicables a las organizaciones del sector público y que están relacionados con el desarrollo histórico de la administración (figura 3):

- Modelo I basado en las relaciones humanas, que hace énfasis en la cohesión, la moral y el desarrollo de los recursos humanos, tendiente a lograr un alto compromiso humano.
- Modelo II de sistema abierto, en el cual se enfatizan la flexibilidad y la prontitud tanto como el crecimiento, la adquisición de recursos y el soporte externo, tendientes a la expansión y la adaptabilidad de la organización.
- Modelo III de metas racionales, que involucra la planeación, el establecimiento de metas, la productividad y la eficiencia tendiente a la maximización de resultados.

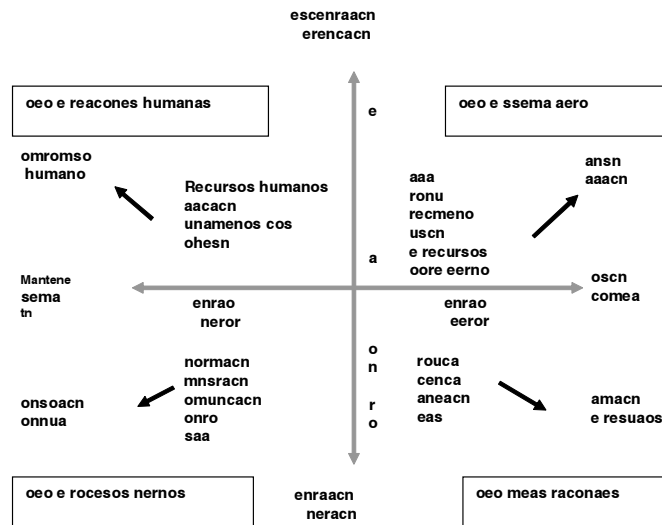


Figura 3. Modelo de competencia de valores para el logro de la efectividad

Fuente: Quinn RE. Beyond Rational Management; 1988, p. 48.

- Modelo IV de procesos internos, basado en el manejo de la información, la comunicación, la estabilidad y el control tendientes a la consolidación y la continuidad.

La combinación de los valores de los modelos I y II tienden a la descentralización y la diferenciación de las organizaciones. Los modelos II y III tienden a lograr una posición competitiva, los modelos III y IV tienden a la centralización y la integración y los modelos I y IV tienden hacia el mantenimiento de un sistema socio-técnico.

Tanto el modelo de Ferlie como el de Quinn tienen aspectos compatibles, aunque es difícil encontrar una organización con un modelo puro. Solo existe prevalencia de ciertas estrategias y valores en cada organización, de acuerdo con sus objetivos.

Teniendo en cuenta la evolución histórica de la teoría general de la administración, estos modelos de gestión planteados por Ferlie y Quinn involucran muchos aspectos y principios administrativos desarrollados en diferentes épocas, los que a su vez han estado influenciados por el pensamiento filosófico y el desarrollo social, político, económico y tecnológico de cada época. Así, el modelo de la búsqueda de la eficiencia recoge aspectos de la teoría de la administración científica de Taylor; el modelo de búsqueda de la excelencia recoge aspectos contemplados en el enfoque humanístico de Mayo y Lewin y del comportamiento de McGregor, Likert y Argyris.¹⁸

El tipo de gestión y organización de las instituciones de salud y del sistema en general requiere ajustarse a las prioridades, los recursos disponibles, las condiciones sociales, políticas y económicas y a los objetivos y metas, contribuyendo al desarrollo social y económico de cada país. Chiavenato afirma: "A medida que la administración se enfrenta con nuevos desafíos y nuevas

situaciones que se desarrollan con el transcurrir del tiempo, las doctrinas y las teorías administrativas necesitan adaptar sus enfoques o ser modificadas completamente para continuar siendo útiles y aplicables".¹⁸

Los países en desarrollo requieren adoptar estilos de gestión que fortalezcan el desarrollo del recurso humano como medios para lograr la eficiencia, la calidad y la equidad, apoyados en las técnicas administrativas y la tecnología moderna que agilicen los procesos y disminuyan los costos.

Retomando los estilos de gestión propuestos por Ferlie y Quinn, se propone implementar en el sistema de salud colombiano estilos de gestión basados en valores y estrategias administrativas encaminadas a la descentralización, la flexibilidad y el desarrollo tecnológico y del recurso humano. Estos estilos deben garantizar el cumplimiento de los principios del servicio público, corrigiendo las desviaciones que se han estado dando al optar por un modelo encaminado esencialmente a la búsqueda de la eficiencia, basada en el volumen de actividades.

El desarrollo de estos estilos de gestión incorpora herramientas y procedimientos técnico-administrativos de la planeación estratégica presentados por Fred,¹⁹ de la reingeniería propuesta por Hammer y Champy,²⁰ de los procesos de calidad total desarrollados por Etchevarne,²¹ y Palom²² entre otros. Todos estos elementos buscan lograr eficiencia, efectividad, economía, equidad y calidad de los servicios, dentro de estilos de gestión descentralizados, flexibles y con alto desarrollo del capital humano.

El desarrollo del capital humano implica la implementación de estrategias que lleven a alcanzar altos niveles de motivación y compromiso del personal y la comunidad en el logro de los objetivos de la organización. Para

ello, es importante la capacitación, el estímulo a la autoformación, el trabajo en equipo y el logro de valores éticos y morales, todo ello para generar personas proactivas que busquen el crecimiento individual y colectivo, comprometidos con los principios del servicio público.

El trabajo en equipo permite el dialogo de saberes entre sus miembros aprovechando sus conocimientos y experiencia en función de objetivos comunes. Este método de trabajo demanda el aprendizaje de una cultura democrática para el aprovechamiento y el respeto por la diferencia, para aceptar la complementariedad interdisciplinaria e intersectorial, dado que ninguna disciplina es suficiente en sí misma para resolver problemas complejos como los que enfrenta el sistema de salud.

El desarrollo intelectual, técnico y humano del capital humano de las organizaciones permite la innovación y adaptación a un mundo cambiante que demanda soluciones oportunas y anticipadas a las múltiples circunstancias problemáticas que se presentan, racionalizando los recursos disponibles. El desarrollo tecnológico es el resultado de la combinación y aprovechamiento del capital intelectual con los recursos económicos y materiales de las organizaciones para ofrecer mejores servicios.

El modelo de gestión descentralizado lleva al fortalecimiento del capital humano y al desarrollo tecnológico de los niveles locales y regionales. Esto permite la participación y empoderamiento de las comunidades en la toma de decisiones, quienes a su vez asumen responsabilidad en la cogestión de los servicios públicos, la asignación, la vigilancia y el control de los recursos. Esto contribuye a fortalecer los procesos democráticos y disminuye el vacío entre los ciudadanos y las organizaciones públicas.

Un sistema de gestión descentralizado también permite ejercer la vigilancia y control ágiles y oportunos, que evitan el uso inapropiado o la pérdida de los recursos, aspectos de vital importancia en la cultura colombiana, en la búsqueda de la eficiencia y en la creación de valores éticos.

El modelo propuesto tendría ventajas como las siguientes:

- Mejoramiento y aprovechamiento del capital humano e intelectual de las organizaciones de salud, lo cual repercute en la calidad de los servicios y el bienestar de la comunidad.
- Mejoramiento de la eficiencia y la efectividad mediante toma de decisiones más costo-efectivas basadas en un amplio conocimiento de la problemática de cada nivel, la disminución de gastos administrativos, la oportunidad en la toma de decisiones, etc.
- Contribución a la formación de individuos, empleados y comunidades proactivas, comprometidas en procesos de autogestión y cogestión de los servicios públicos.
- Contribución para el logro de la equidad en el acceso a los servicios.
- Eliminación de malas prácticas en la toma de decisiones, en el ejercicio del poder y en la responsabilidad de los diferentes niveles de la organización. Por ejemplo, eliminaría la práctica de la delegación hacia arriba en la cual se esconde, algunas veces, la falta de responsabilidad local.

7. Conclusiones

La gestión de los servicios de salud en los países con economía dependiente está siguiendo directrices ya implementadas en los países desarrollados, las cuales en cada

contexto buscan eliminar la inequidad y aumentar la eficiencia, la eficacia y la calidad de los servicios públicos. Sin embargo, las características económicas, culturales y políticas de cada contexto pueden determinar el éxito o el fracaso de las directrices y estrategias implementadas.

La nueva gestión de los servicios públicos se enmarca en un contexto caracterizado por restricción económica y disminución de presupuestos, dificultad para establecer compromiso entre diferentes objetivos del Estado (*trade-off*), la comunidad y el sector privado, conflictos políticos y sociales y presión de entidades internacionales que impulsan estrategias similares para contextos diferentes generando grandes dificultades en los procesos de implementación así como conflictos sociales.

Los países de economía dependiente requieren combinar diferentes modelos de gestión que se adapten a su contexto político, social, económico, cultural y de infraestructura. En el sistema de salud de estos países, y particularmente en Colombia, se requiere implementar un modelo de gestión descentralizado, flexible, que fortalezca el desarrollo humano e institucional a escala local, que estimule el liderazgo comunitario y que utilice las técnicas y procesos administrativos como medios para elevar la eficiencia, la calidad, la economía y la efectividad de los servicios. El desarrollo y aprovechamiento del recurso humano es un aspecto esencial en cualquier modelo de gestión y, de manera especial, en el sistema de salud.

La gestión de los servicios de salud deberá ir a tono con la evolución social política, económica y científico-técnica de la sociedad para contribuir eficazmente a su desarrollo social y económico. Existe cuestionamiento de cómo regular el mercado privado para combinar los beneficios de las estrategias competitivas con la necesidad de un efecti-

vo cumplimiento de los principios del servicio público, especialmente en los países de economía dependiente.

Referencias

1. Ferlie E. et al. The new public management in action. Oxford: Oxford University Press; 1997.
2. Walsh K. Public services and market mechanisms, competition, contracting and new public management. London: MacMillan Press; 1995.
3. Hubbard M. Using market to increase effectiveness and efficiency in public goods and services provision. Handout of public management and economic changes course, DAG27H. Birmingham; 1997.
4. Batley R. Public-private relationships and performance in service provision. Urban Studies 1996;33(4):723-751.
5. Ham C. Health care reform. Learning from international experience. Buckingham, Open University Press; 1997.
6. Frenk J. Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica. México, Fundación Mexicana para la Salud. Documentos para el análisis y la convergencia No. 12; 1994.
7. Laurel AC. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud, 1ª. ed. México, Universidad Autónoma Latinoamericana, unidad de Xochimilco; 1994.
8. Pan American Health Organisation, Country health profiles: Colombia. <http://www.paho.org/english/colombia.htm> (accessed 06/25/1998).
9. World Bank. Policy study financial health services in developing countries. An agenda for reform. Oxford University Press; 1987.
10. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. Division of strengthening health services. World Health; 1995.
11. Fray J, Light D, Rodnick J, Orton P. Reviving primary care. Abingdon, Radcliffe Medical; 1995.
12. Savedof WD. Payment mechanisms: your health depends on it. Development Policy,

newsletter of policy research. Interamerican Development Bank; July 1997.

13. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. Health reform. <http://www.worldbank/hcwp/hrwp043>. 07/11/1998; 1995.

14. Bobadilla JL, Cowly P. Designing and implementing packages of essential health services. *Journal of International Development* 1995;7(3),543-554.

15. Propper C, Söderlund N. Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs. *Health Economics* 1998;7:187-197.

16. Paganini JM, Novaes H. El hospital público: tendencias y perspectivas. OPS/OMS. Washington; 1994.

17. Quinn RE. Beyond rational management. Mastering the paradoxes and competing demands of high performance. San Francisco California, The Jossey-Bass Management Series; 1988.

18. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración, 3ª. ed. México, McGraw-Hill; 1992, p. 10.

19. David FR. La gerencia estratégica. Colombia, Legis; 1992.

20. Hammer M, Champy J. Reingeniería: olvide lo que usted sabe sobre cómo debe funcionar, casi todo está errado. Bogotá, Norma; 1994.

21. Etchevarne C. Calidad gerencial. Argentina, Macchi; 1992.

22. Palom IFJ. Círculos de calidad: teoría y práctica. España, Marcombo; 1987.

Otras referencias consultadas

Aguiluz FD. Democratización del Estado y descentralización. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, 18; enero-junio 1990.

Bossert T. Decentralisation of health system in Colombia. World Health Organisation Report; 1996.

Bossert T, et al. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning* 1998;13(1):59-77.

Cárdenas ME. Descentralización y Estado moderno. Bogotá: Faus, Fescol; 1991.

Coelho A. Gerencia y planificación prospectiva. Serie Desarrollo de recursos humanos No. 90. OPS, Washington; 1990.

Dunleavy P, Hood C. From old public administration to new public management. Public money and management; July-September, 1994.

Ham C, Robinson R, Benzeval M. Health check. Health care reforms in an international context. London: King's Fund Institute; 1990.

Fiszbein A. The emergence of local capacity: lessons from Colombia. *World Development* 1997; 25(7):1029-1043.

Franco S. Teoría y práctica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 1993;12(2):63-76.

Frenk J. Bases doctrinales de las reformas en salud. México: Fundación Mexicana para la Salud. Documentos para el análisis y la convergencia No. 2; 1994.

Heinemann GUQ. Health and social care. Oxford: Oxford University Press; 1994.

Marín R F. Administración descentralizada de los servicios públicos de salud por parte de cooperativas: el caso de Costa Rica. *Revista Centroamericana de Administración Pública* 19; Mayo-Junio 1990.

Ugalde A. The World Bank and international health policy: a critical review. *Journal of International Development* 1995; 7(3):525-541.

