

Propuestas para el Mejoramiento de la Cogestión de Servicios Públicos de Salud

En un informe anterior se han mencionado una serie de factores que se consideran críticos para mejorar el actual modelo de cogestión. El análisis detallado de dichos factores permitirán hacer viable una cogestión remozada, en el primer nivel. Asimismo, este análisis facilitará sentar las bases que den inicio a la cogestión de servicios de salud en un segundo nivel de atención. Se entiende por segundo nivel de atención, al que está integrado por hospitales rurales y hospitales locales. Por tanto, quedan excluidos de los alcances de esta propuesta los hospitales regionales, nacionales e institutos. Entendemos que para que las iniciativas de cogestión sean aplicables en este segmento de establecimientos se requiere una validación previa sobre su viabilidad administrativa y su potencialidad técnica y política.

La presentación de propuestas se irá haciendo según la secuencia que Donabedian sugiere para el análisis de la gestión de servicios. Por tanto, se irán alcanzando propuestas que tiendan a mejorar la estructura, y los procesos de la gestión. El alcance de las propuestas abarcará tres niveles: a) el nivel central de MINSA, b) el nivel regional, c) el nivel local.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ESTRUCTURA QUE DA SOPORTE A LA COGESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Entendemos que la orientación principal del Programa de Administración Compartida y de los CLAS ha sido y es mejorar la cobertura y la calidad de atención en los servicios públicos de salud del MINSA. En tal sentido el avance más importante de la cogestión –

Administración Compartida¹ es la creación y reconocimiento de las Asociaciones Civiles CLAS como entes formales de representación de la sociedad civil ante el Estado. A lo largo de todo el proceso de implementación de la cogestión en el primer nivel de atención la calidad de la representación ha sido y sigue siendo cuestionada. No se ha cuestionado en ninguna ocasión la presencia de la sociedad civil como alternativa válida para optimizar la administración de los servicios públicos de salud.

De otro lado, un elemento que ha fortalecido la vigencia del modelo actual de cogestión ha sido la relativa estabilidad que han tenido los miembros integrantes de la Asamblea de la Asociación Civil CLAS. Esta situación de estabilidad relativa contrasta con un escenario cotidiano en el que los cambios políticos en el Nivel Central del MINSA y en las Direcciones de Salud se dan con relativa frecuencia. De esta manera, el tiempo promedio de permanencia de un ministro de salud en el cargo es de alrededor de un año. En las Direcciones de Salud la rotación de la autoridad política puede ser incluso más elevada².

Puede ser paradójico, pero también cierto, que el mantenimiento de la direccionalidad de gestión del MINSA viene dándose por fuera del aparato institucional o formal. Dado que el período de aprendizaje de nuevas administraciones puede fácilmente durar semanas, y eventualmente meses, la presencia de una institución ajena a esta dinámica política facilita la estabilidad necesaria a las políticas locales de salud, y a las políticas regionales de salud (cuando estas existen).

Por tanto, las sugerencias dadas al CLAS en su condición de instancia contraparte del Estado son de forma mas no de fondo. En este sentido se sugiere mejorar la representatividad de los CLAS. Para ello se plantea implementar las siguientes recomendaciones:

Recomendación 1. Ampliar la Asamblea CLAS de modo que incorpore una mayor cantidad de asociados. Se sugiere ampliar el número actual a un total de 11 o 13 miembros, entre los que se sigue manteniendo al gerente de establecimiento. Siguiendo

¹ Los términos de administración compartida y cogestión serán empleados indistintamente como sinónimos a lo largo de este reporte.

² Vale la pena mencionar el caso de la DISA San Martín, que en un período de seis meses ha tenido seis directores regionales.

la lógica de creación de un accionariado difundido, la condición de *accionista* se adquiere en virtud de ser miembro de la comunidad. Por ello mismo, es adecuado que se amplíen las probabilidades de participación a más grupos organizados y/o grupos excluidos socialmente para que puedan canalizar el pleno uso de su derecho de a ser corresponsables en la satisfacción sus necesidades de salud.

Sin embargo, el tamaño de la asamblea no debe ser excesivamente grande como para dificultar la realización de asambleas ordinarias y extraordinarias de los asociados. El tamaño de la Asamblea que se sugiere es consistente con la generación de microrredes de 2 a 4 establecimientos, todos ellos administrados por un mismo CLAS. Las organizaciones sociales de 2 – 4 comunidades muy próximas entre sí, que comparten un mismo perfiles socioeconómico, demográfico, geográfico y epidemiológico, también podrían compartir la administración de sus respectivos establecimientos de salud. A través de esta estrategia se haría posible el desarrollo de economías de escala respecto a los costos de transacción de la cogestión, sin poner en riesgo la dinámica de una adecuada participación comunitaria.

Recomendación 2. Cambio de las características de participación de los asociados del CLAS. En rigor, se sugiere que la participación de los asociados no sea a título personal. En su lugar, ésta es a nombre de las respectivas organizaciones de origen. Esto facilitará la rendición formal de cuentas de los asociados CLAS a la ciudadanía, o en otros términos, a los accionistas y verdaderos dueños de la administración del servicio. En tal condición, los miembros del CLAS serían también susceptibles de ser revocados de sus posiciones cuando los representados consideren que no han actuado en el mejor interés de la comunidad.

Recomendación 3. Cambio de composición de la Asociación Civil CLAS. Se sugiere que la Asamblea del CLAS esté conformada por un tercio por miembros de la comunidad que sean designados por el MINSA. Los dos tercios restantes serían miembros de la comunidad elegidos por sus respectivas organizaciones de base. Al mantenerse en la Asamblea CLAS miembros designados por el MINSA se le permite la potestad de corregir algunas distorsiones de la calidad de la representación local, como por ejemplo, cuando los grupos socialmente excluidos quedan de lado de la agenda de desarrollo sanitario local. Esta composición también permite expresar el interés del

MINSA de seguir participando de la gestión del establecimiento de salud. Por otro lado, se evita que se originen crisis en las asambleas CLAS y sus respectivos Consejos Directivos, cuando la DISA decide cambiar sus representantes ante la Asamblea.

Recomendación 4. Incorporación de los gobiernos locales en el proceso de conformación del CLAS. A la fecha, la participación de los gobiernos locales en los CLAS ha sido anecdótica³. Sin embargo, también debe mencionarse que se han recogido testimonios directos de autoridades locales, en los cuales se muestra un interés heterogéneo por formar parte de las iniciativas de cogestión. En algunos casos, las autoridades locales reconocen que la posibilidad de participar en la gestión del establecimiento de salud potenciaría los esfuerzos que desde el municipio se hacen para mejorar la salud de la comunidad. En otros casos, las autoridades ediles reconocen que las características de complejidad de un centro de salud requieren la presencia de un perfil de recursos humanos que no se encuentra a su disposición.

Haciendo un balance de estas dos situaciones divergentes, no se puede recomendar la implementación de una medida única para involucrar a las autoridades locales en la cogestión de servicios de salud. Ello podría generar que la participación del gobierno local en la cogestión sea débil, desinteresada e inefectiva, fundamentalmente en aquellos casos en donde hay una autopercepción de limitada capacidad de gestión. Para facilitar la incorporación de los gobiernos locales en el proceso de conformación del CLAS, estos se constituiría en la instancia encargada de convocar a las organizaciones de base que elegirán a sus representantes en la Asamblea del CLAS. Esta alternativa permitirá la participación activa del gobierno local en aquellos casos en que éste muestre un liderazgo e interés local en la cogestión del servicio de salud.

La cogestión de servicios de salud no se circunscribe a la instancia ejecutora local, sino que requiere que la participación activa de las DISAs y el MINSA. En tal virtud, es necesario que sus estructuras adquieran el nivel de especialización suficiente para ejercer con claridad las funciones de: a) financiamiento, b) gobernabilidad sanitaria, c) ejecución.

³ Se tiene conocimiento que el 72% de los CLAS existentes mantienen vínculos de coordinación con las autoridades locales.

Recomendación 5. Conversión del Seguro Integral de Salud en la instancia financiadora *integral* de las prestaciones de salud individuales y colectivas. A mediano plazo, el S.I.S. integraría los fondos provenientes del PAAG, y de la USIS. En un segundo momento se evaluaría la conveniencia de hacer lo propio con los fondos provenientes de los CTAR⁴.

Recomendación 6. Desligar del PAAG la función financiadora que actualmente detenta y preservar la función de administración de los contratos de cogestión. En su lugar, la representación del PAAG en la DISA tendría la responsabilidad⁵ de verificar la ejecución de las actividades de salud individual y colectiva en los servicios de salud. Por tanto sería la instancia, por excelencia, del monitoreo, control, capacitación y propiamente del proceso de administración de los acuerdos de gestión firmados entre el MINSA (DISA) y los CLAS.

Recomendación 7. Se sugiere que en el Nivel Central se refuercen las iniciativas de mejoramiento continuo de los Acuerdos de Gestión suscritos con la DISA⁶. El adecuado funcionamiento de estos Acuerdos de Gestión intrainstitucionales requerirá la definición explícita de incentivos y penalidades, sean de carácter económico u otros, de acuerdo al cumplimiento nulo, parcial o total de los Acuerdos de Gestión firmados.

Recomendación 8. Reforzar en la DGSP la capacidad de generación de mayor gobernabilidad sanitaria, por ejemplo, a través del desarrollo y mejoramiento continuo del Programa de Salud Local, según su relación con la Política Nacional de Salud. Asimismo, la DGSP tendría un rol crítico en la acreditación de la infraestructura sobre la cual se proporcionan los servicios de salud, sino también de la calidad de la cogestión y de la participación ciudadana. La acreditación brindada por la DGSP en la DISA garantizaría el respaldo institucional a las iniciativas presentadas localmente cuya implementación requeriría soporte de recursos adicionales, sean estos locales, nacionales e internacionales. La DGSP en el Nivel Central tendría como otra de sus funciones el asegurar que el proceso de acreditación llevado a cabo por la DISA se

⁴ Dependiendo de la velocidad con la que se ejecute el proceso de descentralización del aparato estatal.

⁵ Esta propuesta no se contradice con la conformación de Comités Integrados de Gestión, instancia que serviría como el lugar común de **coordinación** de actividades de gerencia financiera (USIS), gerencia de operaciones (PAAG) y gerencia estratégica (DGSP).

encuentre conforme con la normatividad vigente. Otros roles importantes que la DGSP desempeña son independientes de la presencia de la cogestión de servicios, por lo que no son tratados en este documento.

Estos cambios propuestos obligan también el reconocimiento de nuevas relaciones al interior del MINSA. Una instancia de coordinación periódica se establece entre la DGSP y el PAAG para la revisión y mejora del Programa de Salud Local. Esta misma instancia analizaría los procesos técnicos tras la elaboración del Censo Local de Salud, así como para el diseño de las iniciativas locales que permitan la focalización del subsidio público.

Una segunda instancia de coordinación se establece entre la USIS y el PAAG, fundamentalmente para intercambio permanente de información financiera y prestacional. En función de la información proporcionada la USIS podrá monitorizar los costos de las prestaciones de salud, y en función de estos estudiar la ampliación del plan de beneficios del S.I.S.

Una tercera instancia de coordinación se establece entre la DGSP y la USIS. En este nivel se deberán discutir los elementos técnicos que subyacen a la implementación, monitoreo, y ajuste de los mecanismos de pago para los CLAS y hospitales locales.

⁶ En referencia al proceso de difusión, afianzamiento, monitoreo, capacitación de CLAS, entre otros aspectos.

PROPUESTAS PARA MEJORAR EL CICLO DE COGESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Al igual que en el acápite anterior presentaremos las propuestas organizadas en tres niveles: local, DISA y MINSA. Secuencialmente se irán presentando las propuestas en materia de Planificación, Ejecución, Monitoreo y Control, y Evaluación.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA PLANIFICACIÓN

Recomendación 9. Reforzar el actual PSL y su proceso de informatización. El proceso de planificación en los CLAS ha tenido un claro énfasis localista. Por otro lado, se ha ido verificando un cambio en el enfoque conceptual que se ha venido dando al PSL. El Plan de Salud Local 2002 privilegia procesos acabados de atención de salud, y no procesos parciales. Se reconoce que este enfoque tiende naturalmente a evolucionar el diseño del PSL hacia indicadores de impacto. Por ello, se recomienda reforzar el actual modelo de PSL, y su eventual proceso de informatización. Un viraje radical del PSL – hacia su redacción en términos de indicadores de impacto sanitario – generaría desconcierto en el nivel local, desorganizando el proceso mismo de atención. Es necesario, a la luz del análisis de la evidencia existente, verificar si es viable la inclusión de indicadores de impacto en los contratos de administración compartida. Si así fuera, los indicadores no solamente fuesen de impacto sanitario, sino también de calidad del proceso de atención, y de la equidad del servicio.

Recomendación 10. Es necesario reforzar la participación ciudadana en el proceso de planificación local de salud, involucrándose no solamente los miembros de CLAS sino también otras instancias de desarrollo local. Uno de los ejemplos más claros es dado por las Mesas de Concertación de Lucha Contra la Pobreza. Nuevamente, un avance que merece ser resaltado y reforzado es el hecho de haber incluido dentro del desarrollo del PSL la realización de reuniones de gestión y de difusión hacia la comunidad. Queda sin embargo, pendiente la tarea de dar un contenido explícito a cada una de estas actividades, a fin de evitar interpretaciones disímiles y eventuales procesos sesgados de participación local.

Recomendación 11. Deben reforzarse las capacidades de planeamiento estratégico a nivel de DISA. A diferencia del nivel local, la planificación local de actividades de salud en el primer nivel no ha sido enmarcada dentro de un proceso formal de planificación estratégica. Por ello es necesario que la OGP y DGSP del Nivel Central refuercen estas capacidades en el nivel regional. Uno de sus insumos de análisis estaría constituido por los diagnósticos locales de salud y la ejecución de metas del Programa de Salud Local. Vale la pena enfatizar que estos elementos de información deberán ser complementados por otros elementos para el cual se cuenta con información regional, como por ejemplo, el perfil epidemiológico regional y/o provincial. Dado que indicadores tales como morbilidad, y mortalidad se expresan en cifras por mil, aquellos CLAS con poblaciones pequeñas tienen el riesgo de correr con grandes fluctuaciones si es que se emplean estos indicadores en el nivel local.

Recomendación 12. Mejorar la programación presupuestal de los CLAS en función a nuevos mecanismos de financiamiento. En el nivel central, la oficina del ETAC ha dado bastante énfasis a la planificación local. En función a esto, se han logrado avances importantes en la calidad de la planificación local de las actividades de salud. Sin embargo, una tarea pendiente de desarrollo es el mejoramiento del proceso de programación presupuestal asignable a un CLAS y por extensión, el mecanismo de pago brindado a los CLAS. A la actualidad el único mecanismo existente es el de un presupuesto prospectivo global para el caso de las transferencias ofrecidas por el PAAG. La presencia de una presupuestación global es un hecho rescatable del modelo CLAS desde sus inicios, ya que ha permitido enlazar explícitamente las metas financieras con las metas físicas. Sin embargo, un punto débil del proceso seguido ha sido que la presupuestación global *per se* no transparenta la tendencia hacia una mayor o menor equidad en la asignación financiera, y por ende, un trato más justo en lo referido a la provisión de servicios a la población demandante⁷. Ello se grafica en niveles per cápita de financiamiento que no siguen los patrones de mayor morbilidad y mortalidad existentes en nuestro país.

⁷ Queda claro que la definición de equidad en este documento se relaciona al financiamiento en función a la capacidad de beneficio de la población a partir de los servicios proporcionados por el sector público. En tal virtud, no es una propuesta igualitaria. Tampoco es una propuesta que se base en la capacidad de beneficio poblacional por toda variedad de servicios de salud. Tiene, por tanto, el supuesto de limitación de recursos públicos para la provisión de servicios recuperativos, así como preventivo promocionales.

Conociendo que los mecanismos de financiamiento no son buenos ni malos *per se* en la medida que se utilicen adecuadamente sus fortalezas, se plantea la utilización simultánea de los siguientes tres mecanismos de financiamiento:

1. Presupuesto capitado
2. Reembolsos retrospectivos
3. Copagos

Presupuesto capitado.- Se sugiere que se proceda a la capitación de la mayoría de los fondos contratados con el CLAS. El objetivo final es tener un monto de capitación inicialmente uniforme para todo el país, aunque objeto de ajustes posteriores, de acuerdo a criterios e información clara, no susceptibles de manipulación para obtener ganancias secundarias. Sin embargo, durante todo el proceso de ajustes se deben evitar los cambios drásticos de las distorsiones actualmente presentes, que eventualmente pueden colapsar servicios con demandas estables. En tal sentido se propone el siguiente esquema de ajuste presupuestal capitado

- Sobre el presupuesto per cápita histórico local - el de partida (sin ajustes), el 20% de él será ajustado de acuerdo a factores sociodemográficos,
- Sobre el presupuesto per cápita histórico local - el de partida (sin ajustes), el 60% de él será mantenido,
- Sobre el presupuesto per cápita histórico local - el de partida (sin ajustes), el 15% de él se ajustará en función de factores epidemiológicos.

Reembolsos retrospectivos.- Este caso se empleará para financiar el 5% restante del presupuesto global del CLAS. Es conocido que en el ámbito privado este mecanismo de pago de servicios induce el incremento de producción de actividades que económicamente son más rentables. Haciendo uso de esta misma característica, se sugiere proceder al reembolso retrospectivo de casos para aquellas intervenciones de salud pública de alto valor social, por ejemplo, las actividades de atención materno infantil del Seguro Integral de Salud. Un CLAS sería beneficiario de un reembolso individual por parto controlado, cuando el establecimiento ha cumplido

con atender a más del 80% de la población de gestantes contempladas en el Programa de Salud Local. A partir de ese umbral, se estimaría un reembolso por cada caso *nuevo* de atención. Como se puede suponer, el establecimiento tendrá interés directo en atender a la mayor cantidad de gestantes por encima de ese umbral crítico. Si no lo logra, se expone, en términos reales, a perder un 5% de su presupuesto global.

Copagos.- Los copagos permitirían la entrada de *dinero fresco* al establecimiento, a partir de aquella población que tiene capacidad de pago⁸. Estos copagos no estarían dirigidos a gravar las atenciones preventivo promocionales, ni las de carácter recuperativo que sean catalogadas de alto valor social⁹, las que por definición – al formar parte de una política de salud pública – deben ser provistas sin pagos por el usuario.

La presencia de un mecanismo de financiamiento fundamentalmente vinculado a la capitación implica el desarrollo simultáneo de un proceso de afiliación, y por tanto, de identificación del tipo de usuarios del servicio. Aunque normalmente el proceso de afiliación supondría un gasto operativo relativamente importante, en realidad haría más eficiente el actual proceso periódico de elaboración del censo local de salud. De este modo, a través de un solo esfuerzo local se recoge la información para la planificación local, para la identificación de poblaciones en mayor riesgo de morbimortalidad, y para la afiliación de usuarios cubiertos por el SIS.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA EJECUCIÓN

Recomendación 12. Mantener el marco legal vigente en la medida que favorece la gerencia de recursos según la lógica privada. Una de las principales fortalezas del modelo de cogestión CLAS ha sido precisamente su mayor capacidad ejecutiva en lo

⁸ Dado que las poblaciones en situación de pobreza y extrema pobreza no tienen capacidad de pago es que no se plantea a este mecanismo para generar fondos que financien el presupuesto operativo del establecimiento.

⁹ Por ejemplo, las consultas médicas por malaria, tuberculosis, enfermedades diarreicas agudas, entre otras.

referido a las actividades de salud. Evidentemente, la normatividad privada de la que hace gala ha sido el factor facilitador fundamental. Por tanto, esta es una característica que no debe ser mellada sino mas bien fortalecida. Un eventual cambio del marco legal general para la cogestión de servicios de salud debe buscar que este dinamismo no se vea afectado negativamente.

Recomendación 13. Ampliar la base de establecimientos del primer nivel involucrados en la cogestión. La responsabilidad de ejecución en la DISA no es de directa ejecución de servicios de salud. En su lugar se encarga de ejecutar acciones de desarrollo gerencial. Por tanto, a nivel de la cogestión – Administración Compartida, su rol está vinculado al proceso de expansión de los CLAS. Aunque la ejecución de la Administración Compartida ha sido muy heterogénea a nivel nacional, se sugiere que se vaya disminuyendo este nivel a partir de un proceso de incorporación que coloque algunas prioridades geográficas y sanitarias, fundamentalmente aquellas zonas con peores indicadores.

En el nivel central el crecimiento de la cogestión ha sido lento aunque también sostenido. En la actualidad el 24% de establecimientos del primer nivel vienen siendo administrados por CLAS. Debe mantenerse el impulso que la actual gestión viene dando a la conformación de CLAS. Al mismo tiempo debe mantenerse la atención brindada a lograr que para fines de este año se logre que el 32% del total de establecimientos del primer nivel sean administrados por CLAS. Esta cifra se expandiría a 70% a finales del 2004, para cubrir al 100% de establecimientos hacia el 2006%, en armonía con la Política de Salud vigente.

Recomendación 14. Reconfigurar los CLAS-RED en CLAS que administren hasta 4 establecimientos de salud. Dado que los CLAS'RED aglutinan un abultado número de establecimientos, comunidades, personal, y realidades de salud, se ha generado un retroceso en el afianzamiento de la participación comunitaria. Si bien los CLAS-RED surgieron como respuesta administrativa para agilizar la gestión de recursos en el nivel operativo, los resultados sobre la participación comunitaria en aspectos de control social, participación en la elaboración del Programa de Salud Local han sido bastante cuestionables. Sin embargo, también se debe reconocer que, por lo general, se debe tender a que un CLAS administre más de uno y hasta cuatro establecimientos de salud.

Una medida de estas características disminuye los costos de operación del CLAS sin mermar la calidad de la participación comunitaria¹⁰.

Recomendación 15. Ampliación del espectro de la cogestión de los servicios de salud a los hospitales locales/rurales/distritales. La experiencia CLAS ha demostrado que la participación comunitaria facilita los procesos de mejora de la calidad, así como estimula la búsqueda de la eficiencia. Dichos logros pueden ser absorbidos por un nivel de complejidad mayor si se permite la participación ciudadana en su gestión. Por ello, se sugiere ampliar el ámbito de la cogestión hacia los hospitales rurales, distritales, y/o locales. Dado que las características de la demanda de servicios como la oferta de servicios entre un hospital y un centro/puesto de salud son diferentes, existiendo en el primero un mayor nivel de complejidad, se sugiere que las características de la participación comunitaria sea también algo diferente.

Se conformaría un directorio, integrado por representantes de los trabajadores, del MINSA, de otros sectores del gobierno, y representantes de la sociedad civil. Dicho directorio, cuyo número oscilaría entre los 15 y 20 integrantes se encargaría de designar al gerente del establecimiento. A diferencia del CLAS, no se plantea la existencia de un Consejo Directivo encargado de manejar los diferentes sistemas administrativos. Mas bien el gerente haría uso de la capacidad física y humana instalada en el hospital para llevar adelante dichos sistemas. La modalidad de financiamiento del establecimiento, tal como ocurre con los CLAS, sería a través de subvenciones sociales a personas jurídicas, en este caso, la Organización Local/Ciudadana de Administración Hospitalaria (OCAH/OLAH). En tal virtud la ejecución de tales fondos se realizaría bajo las reglas del sector privado, lo que la haría más dinámica que en la actualidad. Sin embargo, habría un canal adicional en el cual la ciudadanía tendría participación directa sobre la gestión. Sería a través de la puesta en marcha de comisiones especiales y/o permanentes de apoyo a la gestión en temas como: a) defensa de derechos del usuario, b) calidad del servicio, c) abastecimiento transparente, etc.

¹⁰ Es bueno tener presente que los procesos que se involucran en el proceso de reconfiguración de CLAS toman entre uno y dos meses para: 1) Iniciar el proceso de desactivación del CLAS, 2) Levantar los reportes patrimoniales por parte de la DISA, 3) Transferencia de los activos adquiridos durante el período de cogestión, 4) Elecciones de miembros de la Asamblea del CLAS, 5) Inscripción en los Registros Públicos, 6) Firma del contrato de administración compartida y reinicio de operaciones.

A similitud de los CLAS, la OCAH firma un contrato de cogestión de 3 años de duración, en el cual se comprometen metas de desarrollo institucional así como planes anuales de producción. Las metas de desarrollo institucional se orientan hacia resultados esperados en equidad, calidad, y eficiencia de la prestación. El contenido de este plan detalla la provisión de atención médica especializada de mediana complejidad. Al mismo tiempo dentro de los compromisos asumidos se incluye la ejecución de planes coordinados de desarrollo de redes y microrredes.

En lo referido al plan de atenciones médicas, es importante reconocer que la mayor complejidad de la capacidad instalada del establecimiento viene apareada con una mayor diversidad y complejidad del tipo de atenciones ofrecidas. En tal sentido existe necesidad de implementar un sistema de información que sea lo suficientemente potente para articular la información clínica con la información económica, en el entendido que el correcto análisis de estos factores permitirá una gestión más eficiente y efectiva. Se sugiere por tanto, la implementación de un sistema de costeo de servicios¹¹ en un conjunto de establecimientos que sean representativos del universo total de hospitales locales/rurales. Del mismo modo, se sugiere avanzar rápidamente en estos establecimientos la implementación del sistema de información de egresos hospitalarios, que permita la identificación de costos por paquetes de servicios de hospitalización. Estos paquetes permitirían en forma simultánea simplificar la canalización de información hacia los niveles gerenciales y de directorio, y al mismo tiempo permitirían la elaboración de un presupuesto prospectivo global en función de la complejidad de casos y el volumen de atención.

En lo referido al plan de desarrollo de redes y microrredes, se tendrían que desarrollar pautas y normas sumamente claras de los criterios bajo los cuales se formarán las redes y microrredes. Simultáneamente a este desarrollo se deben preparar las normas de acreditación de la calidad de la referencia y contrarreferencia. Es precisamente sobre este último aspecto que se incluirán

¹¹ El Sistema de Información de Costos e Ingresos (SICI) es el sistema con el que el MINSA ha tenido mayor experiencia. Ha sido desarrollado por el Proyecto 2000 y está previsto que los derechos de propiedad serán transferidos al MINSA. Ello hace que el proceso de implementación sean mucho menos caro que si se tratase de otros aplicativos.

metas de desempeño en el contrato de cogestión. Por ejemplo, se podrán la calidad de información que sustenta el diagnóstico socioeconómico hecho en el nivel local, la calidad de información que justifica la realización de una referencia y contrarreferencia oportunas, o la calidad de información que justifica las transacciones económicas entre establecimientos de origen y de destino¹².

PROPUESTAS PARA MEJORAR EL PROCESO DE MONITOREO

Recomendación 16. Implementación de un sistema de autosupervisión de la calidad de la gestión de la cogestión en la DISA y en el Nivel Central. Al igual que el acápite anterior, los principales avances en materia de monitoreo del funcionamiento de todo el sistema de cogestión se han dado en el nivel local. Aunque ya se tiene en implementación un mecanismo de monitoreo de la gestión de los equipos de DISA encargados de dar soporte técnico a los CLAS, se carece de evidencia que indique que este modelo sea el más adecuado. De manera similar, se sugiere desarrollar un sistema de autosupervisión en el directivo del nivel central de modo que pueda ser evidente si las necesidades de apoyo normativo, operativo y coordinación financiera son adecuados o si merecen ser reajustados.

PROPUESTAS PARA MEJORAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN

Se entiende que la evaluación de la Administración Compartida en sus tres niveles de aplicación puede tener tres formas diferentes de ser ejecutadas. En el nivel local, la forma de evaluación guarda consistencia con la forma con que se monitorizan las actividades contratadas a los CLAS. Este enfoque se considera adecuado en la medida que fija reglas claras en el nivel local referidas a la forma en la que la ejecución del contrato será evaluada.

¹² Esto último obligará a ordenar un sistema de facturación más transparente y de mejores niveles de estandarización que en la actualidad, en donde prácticamente cada establecimiento tiene un propio catálogo de servicios y su respectiva estructura tarifaria.

Recomendación 17. A nivel de DISA y a nivel central la forma de evaluación debe estructurarse en función del plan anual de gestión. Complementariamente, se debe llevar a cabo una actualización anual de la evaluación interna de la cogestión. A través de dicha evaluación se podrá identificar la dinámica de aquellos factores que contribuyen a una cogestión local adecuada. En función a los factores críticos identificados se podrá ir mejorando continuamente el proceso de monitoreo, tanto a los CLAS como a nivel de DISA. La responsabilidad de realización de dicha actividad recae en el nivel central.

Recomendación 18. Propiciar la implementación de un sistema de costeo local de servicios según perfiles geográficos, demográficos y de complejidad de establecimientos. Esto facilitará la obtención de estimados nacionales de los costos de operación del modelo de cogestión CLAS. Dado que este mismo sistema de costeo permitiría estimar los costos de producción de paquetes específicos, y al mismo tiempo se podría estimar los resultados de dichas intervenciones, se facilita la realización de análisis de costo-efectividad u otras modalidades de evaluación económica sobre las intervenciones ejecutadas en el primer nivel. Ello brindaría un aporte sumamente importante para elaborar criterios nacionales de priorización en la asignación de los recursos públicos. Asimismo serviría para identificar centros modelo de cogestión, que servirían para difundir las mejores prácticas técnicas y gerenciales que hacen viable un desempeño más costo-efectivo. Esta información también sería de suma utilidad para la elaboración de los presupuestos globales prospectivos aplicables en el primer nivel de atención. Además, permitirá calcular los requerimientos financieros que hagan posible la ampliación gradual del plan de beneficios del Seguro Integral de Salud. La responsabilidad de ejecutar estas actividades estaría a cargo del PAAG/ETAC, con participación permanente de un equipo especializado de la USIS y de la DGSP.

PROPUESTAS PARA MEJORAR OPTIMIZAR LOS ROLES DE GERENCIA

Función Informativa y de Enlace

Recomendación 19. Iniciar un esfuerzo de difusión de los aspectos generales y específicos de la cogestión al interior y al exterior del MINSA. El flujo de información ha sido sumamente limitado hacia la sociedad civil. Los CLAS han sido instancias que han canalizado muy bien información de la sociedad civil hacia el aparato estatal. Sin embargo, no ha tenido la misma eficacia para canalizar la información en sentido inverso. Afortunadamente en la versión más reciente del PSL se incluyen actividades de información a la sociedad civil por parte del CLAS. La programación de estas actividades debe mantenerse. Se espera que la posibilidad de revocatoria sobre los miembros del CLAS faciliten este rol.

A nivel de DISA y del nivel central del MINSA los flujos de información han sido fundamentalmente hacia los CLAS, y en materia eminentemente técnica. Se recomienda que haya un esfuerzo explícito de información sobre las características del CLAS así como sus logros y dificultades no solo con el resto del aparato administrativo del MINSA sino también con otras instancias de la sociedad civil. Aunque hubo un importante esfuerzo de difusión en el año 2000 a través de un Boletín, su preparación ha sido suspendida. Vale reconocer que esta iniciativa sirvió también como estrategia de capacitación a distancia. Sin embargo, debe reiterarse que el público objetivo fueron fundamentalmente los CLAS y no otras instancias gubernamentales y de la sociedad civil que podrían canalizar sugerencias para el mejoramiento continuo de esta forma de gestión de servicios públicos. En tal sentido es recomendable que se relance el Boletín de los CLAS. Complementariamente, se sugiere que se prepare una página web informativa sobre esta modalidad de cogestión, que esté incluida dentro de la página web del MINSA. A través de la página web también se podrán canalizar las opiniones y solicitudes de información no solamente de los CLAS sino también de la sociedad civil. Esta herramienta podrá servir también para el envío de información en tiempo real entre el nivel central, las DISAs y los CLAS

PROPUESTAS PARA MEJORAR OPTIMIZAR LOS SISTEMAS DE SOPORTE GERENCIAL

SISTEMA CONTABLE

Recomendación 20. Difusión del régimen contable aplicable a los CLAS a instancias del MINSA y Contraloría General de la República. A pesar de más de siete años de administración compartida, aún persisten problemas de comprensión del régimen contable que debe llevar en CLAS. No es raro encontrar que los CLAS llevan un doble sistema de manejo contable, tanto el público como el privado. Ello se origina en una difusión insuficiente de la normatividad aplicable a los CLAS. Como se mencionó en párrafos anteriores, ello se solucionará en la medida que el público objetivo de las acciones de difusión no sean únicamente los CLAS sino todas las instancias administrativas dentro del MINSA y fuera de él. En este último sentido, es importante incorporar como receptor estratégico de la información a la Contraloría General de la República, que en ocasiones aplica la normatividad pública para el control de la ejecución financiera.

Recomendación 21. Ordenamiento del manejo tributario a nivel de CLAS y del mismo establecimiento de salud. Esto optimizará el manejo de medicamentos y se evitará que el manejo de medicamentos se haga en paralelo a la gestión del establecimiento. En tal virtud, farmacia se ha ido convirtiendo en un compartimento estanco dentro del mismo establecimiento, con un manejo prácticamente independiente del manejo del resto de la institución, y en donde se corre el riesgo de que las acciones operativas no sigan una misma dirección. Una de las primeras acciones que se recomienda tomar es unificar el stock de medicamentos de PACFARM, del establecimiento y del S.I.S. a fin de hacer un uso más racional y eficiente de recursos. Dado que la administración del establecimiento incorpora también la administración de la farmacia, es conveniente y coherente que el CLAS tenga también bajo su responsabilidad la administración de todo el servicio de farmacia y no sólo un segmento de ella. En la medida que los procesos técnicos que DIGEMID ordena en el nivel operativo se orientan fundamentalmente a la

administración de los recursos de farmacia, recae también en el CLAS la potestad de administrarlo bajo la normatividad privada. Es decir, que el CLAS, al ser el responsable de la administración de los recursos¹³ pueden hacer disponer del total de stock de medicamentos para hacer viable la atención de las personas cuando lo necesiten. El régimen privado permitirá romper el actual monopolio que está ubicado en la DIREMID para en lo referido a la adquisición de medicamentos. En tal virtud, recién podrá exigirse a los CLAS la existencia permanente de un stock de medicamentos que garantice la atención integral de salud de acuerdo a las normas técnicas generadas por DIGEMID.

El implementar esta solución hará también viable que a nivel tributario se haga uso de un solo RUC, el correspondiente al CLAS. En virtud de esto, se simplifica también el manejo contable del establecimiento, en donde los ingresos provenientes de la prestación de servicios públicos de salud y de la venta de medicamentos - que también son propiedad del Estado - es justificada a través de tasas, las que no son gravables por el Impuesto General a las Ventas.

Recomendación 22. En el corto plazo, las transferencias hechas a los CLAS deben ser hechas directamente en sus respectivas cuentas corrientes desde las instancias financiadoras directas, tal como lo viene haciendo el PAAG. Un problema frecuentemente observado en los CLAS es la demora existente en los reembolsos financieros por las prestaciones brindadas a los usuarios del S.I.S. Se entiende que la propuesta integral de mejora del mecanismo de financiamiento va hacia la capitación prospectiva. Sin embargo, también se reconoce que el proceso de implementación de esta nueva modalidad de mecanismo de financiamiento puede hacerse realidad recién en el 2003. Ya que el nudo crítico en estos retrasos queda ubicado a nivel de DISA, se sugiere, que a similitud de la solución implementada por el PAAG, las transferencias hechas a los CLAS sean hechas directamente en sus cuentas corrientes, a través de la partida correspondiente a subvenciones sociales a personas jurídicas.

¹³ Con esto se quiere dejar bien sentado que el proceso administrativo público en farmacia es diferenciable de los procesos técnicos no administrativos, los cuales siguen recayendo en la normatividad pública propuesta por DIGEMID.

SISTEMA DE PERSONAL

Las propuestas para mejorar el manejo de personal buscan propiciar las condiciones que faciliten la permanencia del personal contratado en los establecimientos periféricos, en tanto la calidad y oportunidad de sus servicios profesionales se consideren necesarios para mejorar la situación local de salud.

En materia remunerativa, ha sido un avance sumamente importante el haber logrado se respete la legislación privada. En este sentido, los contratados por los CLAS perciben una remuneración adicional en Julio y otra en Diciembre, tal como está estipulado en la ley. El hecho que esto se haya logrado en circunstancias fiscales de recesión es un logro sumamente resaltante de la gestión actual. Sin embargo, debe someterse a una revisión muy cuidadosa la escala remunerativa actualmente vigente, para actualizar el otorgamiento de bonificaciones por ejemplo, según niveles de pobreza, o la realización de trabajo en zona de frontera. La nueva escala remunerativa podría estar disponible para ser ejecutada para el año 2003, si los estudios específicos se realizan con celeridad, y si la disponibilidad fiscal así lo permite.

Recomendación 23. En materia de capacitación, se sugiere iniciar las coordinaciones institucionales del MINSA con las universidades que tienen a su cargo la formación de médicos de familia, médicos integrales, enfermería comunitaria, o otros perfiles profesionales que tengan su centro de operaciones a los establecimientos cogestionarios, con la finalidad de establecer planes de actualización profesional y eventualmente de especialización. Las sedes docentes de dichos programas se ubicarían dentro de los centros modelo.

Recomendación 24. En materia de políticas locales de contratación de personal se sugiere que el nivel central desarrolle los criterios que justifiquen la contratación de personal administrativo. Algunos de los criterios empleados sería la proporción de trabajadores administrativos vs asistenciales, el nivel de producción de servicios, la complejidad del establecimiento, entre otros.