

Eficiencia de la atención en salud y flexibilidad laboral en Colombia¹

Teresa Gamboa Cáceres¹

Vilma Vargas González²

Madelein Arellano Rodríguez³

¹Contador Público, Magister en Evaluación de la Gestión de Empresas Públicas, Dra. en Ciencia Política. Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa - CEE- Universidad del Zulia. Acreditada por el Sistema de Promoción del Investigador del Fondo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (FONACIT). E-mail: teresagamboa@cantv.net

²Contador Público, Magister en Gerencia Pública, Investigadora Novel FONACIT en el CEE. E-mail: edsince01@telcel.com

³Ingeniero Industrial, Magister en Gerencia de Empresas, Investigadora Novel FONACIT, adscrita al CEE. E-mail: mmadelein@cantv.net

Resumen

Este trabajo discute el cambio en las modalidades de financiamiento a la oferta por financiamiento según la demanda de los servicios de salud, establecido en Colombia según la Ley 100/93; es un mecanismo global que presiona para mejorar la eficiencia hospitalaria y estimula formas de contratación de servicios clínicos, que determinan medidas de eficiencia institucional de la atención en salud. Tales medidas favorecen la reducción de costos y se vinculan directamente a modalidades flexibles de contratación de profesionales; la renovación del contrato laboral está sujeta al cumplimiento de restricciones y/o metas de atención relacionadas con: actividades diagnósticas y de tratamiento autorizadas, medicamentos ordenados, número de pacientes atendidos, etc., así como a la realización de tareas político-partidistas. El logro de eficiencia a corto

plazo, bajo ciertas circunstancias reduce eficiencia a mediano o largo plazo y además, arriesga la calidad de la atención. La eficiencia en la prestación de servicios de salud contribuye al ahorro de recursos, lo cual podría permitir la ampliación de la cobertura y la sobrevivencia institucional; sin embargo, la experiencia sugiere que se sacrifica la calidad de la atención, en aras de la eficiencia a corto plazo.

Palabras clave: Sistema de salud, aseguradoras en salud, eficiencia, flexibilidad laboral.

Efficiency in Health Services and Labor Flexibility in Colombia

Abstract

This paper discusses the changes in financial terms as a result of financial offers in response to the demand for health services, established in Colombia under the 100/93 Law, and whether or not it is the global mechanism that demands improvement in hospital efficiency and stimulates the contracting of clinical services, and that determine the measurement of institutional efficiency in health services. These measures favor the reduction of costs and are directly linked to flexible professional contracting modes, the renovation of labor contracts depending on the fulfillment of the restrictions or attention goals related to diagnostic activities and authorized treatment, medication ordered, the number of patients attended, etc. as well as the fulfillment of political-party duties. Efficiency in the short run, under certain circumstances reduces efficiency in the middle and long run, as well as increasing risks in service quality. Efficiency in health service care contributes towards savings in resources, which could allow for an increase in the coverage and in institutional longevity, however experience suggests that quality is sacrificed in the short run in order to show short-run efficiency.

Key words: Health systems, health insurers, efficiency, labor flexibility.

Recibido: 28-02-02 . Aceptado: 08-03-04

Introducción

El trabajo pretende discutir la relación entre el cambio en las modalidades de financiamiento a las instituciones de salud y la búsqueda de eficiencia. La sustitución del sistema tradicional de financiamiento mediante asignaciones presupuestarias para ofertar servicios, por el financiamiento según la demanda, establece nuevas reglas del juego que han determinado, específicamente en el caso colombiano, presiones para la búsqueda de eficiencia en la prestación de los servicios.

En tal sentido, se discute la centralidad de la eficiencia en las reformas con orientación neoliberal, y el comportamiento racional de los diferentes actores en la cadena de relaciones: Estado, aseguradoras (Empresas Promotoras de Salud - EPS-), Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS-, profesionales de la salud y usuarios.

Con esta base se precisan los diferentes incentivos introducidos por la reforma para la búsqueda de eficiencia, a saber: a) incentivos financieros globales, con énfasis en el valor único de la prima de aseguramiento, fijada por el Estado, correspondiente a la Unidad de Pago per Cápita (UPC); b) la relación entre aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante contratos controlados por las primeras; y c) los incentivos intrahospitalarios desarrollados por los hospitales y clínicas, especialmente la modalidad de contratos laborales flexibles; la renovación de los mismos está condicionada al cumplimiento de metas de rendimiento y restricciones a la atención en salud, así como a la realización de tareas político-partidistas.

Por su importancia, la relación entre la flexibilidad de la contratación laboral y la atención en salud, se discute con cierta amplitud, así como la incidencia del régimen laboral en los ingresos, horas trabajadas y estabilidad laboral de los médicos colombianos.

1. La eficiencia como criterio de gestión en salud

Dadas las implicaciones de la eficiencia en la gestión de los servicios públicos, consideramos necesaria una aproximación conceptual, especialmente por las

diversas acepciones que se dan al término en el discurso político y empresarial, aun cuando su uso pragmático no deja lugar a dudas sobre el significado.

La discusión de los autores de *La reinención del gobierno* sirve para ilustrar la importancia del manejo de los diversos criterios que orientan la gestión y evaluación de las instituciones públicas; Osborne y Gaebler (1994:469-470-473) resaltan la diferencia entre medir la eficiencia y medir la efectividad; la primera entendida como el costo de producir cada unidad de resultado, mientras la efectividad sería una medida de la calidad de ese resultado, del valor social de la inversión o gasto realizado. Incluso destacan lo ridículo que resulta hacer eficazmente y a bajos costos, algo inútil.

En general, la eficiencia implica ahorro de recursos, vinculado al logro de objetivos. La eficiencia está generalmente signada por criterios propios del sector privado, donde prevalece el ánimo de lucro, que se refleja en última instancia en la ganancia y más aún en la rentabilidad, que constituye el objetivo básico empresarial. Sin embargo, Godelier (1979:48) afirma que la eficiencia es un concepto tecnológico, que sólo concierne a la producción y deja totalmente al margen lo referente a la satisfacción de los consumidores, es decir, en el caso del sector público, deja por fuera la eficacia política. El problema, como destaca Ochoa (1995:19), es que normalmente, cuando se habla de eficiencia se piensa en eficiencia económica, *“con una connotación técnica neutral, que oculta los fines económicos, políticos e ideológico; (precisamente) sobre esta base ha tenido lugar el desarrollo teórico de la administración”*.

Cuando se operacionaliza el cálculo de la eficiencia, especialmente en los servicios públicos y más aún en salud, comienza a develarse el contenido subyacente de la misma, de acuerdo a los fines u objetivos que se persiguen. Incluso en algo tan aparentemente objetivo, como el costo unitario, la clave está en las unidades de medida tanto de los costos, como de los resultados. Al respecto, no es lo mismo calcular el costo de una hora laboral médica, una actividad (consulta, tratamiento, etc.) o un día cama de hospitalización, que el costo de un egreso hospitalario (paciente sanado). El indicador que se elija para medir la eficiencia sugiere la preocupación por la efectividad del servicio.

La Ley 100/93 de Colombia habla de la eficiencia como *la mejor* utilización *social y económica* de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles. Sin embargo, Jaramillo (1994:35,48,60), uno de los analistas de dicha Ley y de su aplicación, asume que el principio de la eficiencia es entendido en la Ley 100 como la *búsqueda de la reducción de costos en cada servicio en particular y en la protección de la salud de cada individuo* en general, lo cual conduce a entender la eficiencia como el costo unitario periódico por la atención promedio de cada beneficiario. Es evidente que hay una gran diferencia entre el costo unitario del servicio y el ahorro de los recursos de diferente naturaleza en la prestación del servicio.

Por otra parte, la Ley 100/93 pretende conseguir la eficiencia mediante mecanismos diferentes a la competencia en el mercado, que pueden identificarse con el intervencionismo estatal; especialmente por el establecimiento de un sistema solidario de financiamiento a la demanda, el cual se fundamenta en una Unidad de Pago per cápita (UPC); el Estado establece el valor de la UPC y lo reconoce como el precio mensual de los servicios obligatorios de salud que deben prestarse a cada afiliado al sistema y a cada uno de sus familiares beneficiarios.

El sistema de financiamiento a la demanda constituye un cambio en las reglas del juego, de acuerdo al enfoque neoinstitucionalista (Prats, 1998) que incide de manera significativa en la búsqueda de eficiencia y en el comportamiento de los diferentes actores del sistema.

La eficiencia puede medirse de diversas formas, pero siempre subyace la capacidad de lograr fines, objetivos o metas al menor costo posible. De modo que su carácter lo determinan la naturaleza de los objetivos y los factores de costo que se toman en consideración, los cuales pueden ir más allá del costo económico. Esto influye en la selección de los elementos de medición.

La eficiencia es un indicador económico que puede medirse por la productividad de los recursos, expresada como la relación entre el volumen de productos obtenido respecto del volumen de (todos o alguno de) los recursos utilizados (Testa, 1995:102). De allí que las medidas más precisas de la eficiencia son los

distintos tipos de productividad de los factores, medidos por la proporción (cociente) entre el volumen de la producción y la cantidad o valor de los insumos utilizados. Desde el punto de vista físico, la productividad sólo puede calcularse en forma parcial, mientras que en unidades monetarias puede medirse tanto parcial como globalmente, porque el dinero constituye la única medida unificadora. La eficiencia global es el costo unitario (Gamboa, 1999:19).

Por sus características peculiares, los procesos, objetos de trabajo y resultados de la atención en salud, involucran directamente al mismo consumidor (paciente), en tanto el objeto de trabajo directo o indirecto es el cuerpo de las personas, y en dicho cuerpo se expresa también el producto obtenido; además los resultados generalmente se pueden apreciar a mediano o largo plazo. De allí que la eficiencia se define no por el resultado del proceso de trabajo, sino indirectamente, por el número de actividades que se pueden realizar con un volumen dado de recursos (o con su valor expresado en unidades monetarias). Por otra parte, la eficiencia permite identificar la capacidad ociosa al comparar la producción con la capacidad potencial, bajo ciertos parámetros de rendimiento de los recursos y establecer áreas de intervención para optimizarla (OPS, 1998:20).

El análisis de la eficiencia a corto plazo, se efectúa con base en la relación entre las actividades realizadas y el volumen de recursos utilizados, sin considerar el seguimiento a los indicadores de salud/enfermedad de la población objetivo, que reflejan los verdaderos resultados obtenidos; dichos indicadores muestran las condiciones de salud, y permiten evaluar la eficiencia, no sólo desde una perspectiva económica, sino tomando en cuenta la efectividad de los servicios en la salud de la población.

2. Eficiencia y financiamiento en el centro de la reforma en salud

El énfasis puesto en la eficiencia del sector público durante las últimas décadas y la tendencia a la privatización y la tercerización, no responden solamente a una reducción de los recursos fiscales, sino también a una modificación en la correlación de fuerzas entre los distintos grupos sociales que participan en la distribución, especialmente aquellos que representan al capital y

al trabajo. Es un hecho que la precarización del trabajo (deterioro de las condiciones salariales y de las oportunidades de empleo formal), aunada al efecto de la descentralización y privatización, reducen las posibilidades de organización y afiliación sindical, así como la capacidad de negociación de los sindicatos, por su fraccionamiento y los despidos que generan.

Por otra parte, en el modelo tradicional de gestión pública, como afirman Bustamante y Portales (1987: 101-102), los directivos de organismos públicos no sufren directamente las consecuencias de sus fracasos. En las empresas privadas la ganancia o pérdida es un criterio claro e inequívoco de éxito o fracaso gerencial. En cambio, en el sector público, raramente se ven obligados a pagar los costos de sus fracasos.

La mayoría de los legisladores y altos ejecutivos públicos no tienen idea acerca de cuáles son los programas que tienen éxito y cuáles los que fracasan; la aprobación de presupuestos gubernamentales, a falta de información objetiva sobre los resultados, se realiza en gran parte sobre la base de consideraciones políticas (Osborne y Gaebler, 1994:217). Igualmente, tanto en los entes públicos como en las organizaciones del Tercer Sector que ejecutan proyectos para el Estado, la rendición de cuentas centra la atención en las formalidades de la ejecución presupuestaria y no en los resultados obtenidos.

Sin embargo, la crisis fiscal, la resistencia de los contribuyentes a pagar más impuestos y el mayor grado de información ciudadana, empiezan a exigir resultados. Igualmente, las presiones de la economía neoliberal penetran el Estado forzando la participación directa del sector privado en la gestión de los recursos públicos. Es así como empiezan a surgir los sistemas privados de aseguramiento en salud, presuntamente *"para inyectar competencia y por ende, contención de los costos de la atención médica..., para promover la conciencia de costos dentro del sistema (utilizando) instrumentos como las limitaciones de la cobertura, los planes de indemnización"* (Warner y Luce, 1995:49), los sistemas de cuotas moderadoras del uso de los servicios y los pagos compartidos entre el asegurador y el beneficiario, especialmente por servicios hospitalarios. A pesar de los esfuerzos por reducir costos, Jaramillo (1994:73) reconoce que:

“Uno de los problemas más graves que enfrentan los sistemas de salud que se abren a la competencia es la escalada de costos que generan. La imperfección de los mercados de la salud y el acicate que tienen tanto demandantes como oferentes² para multiplicar las acciones y las tecnologías, disparan por lo general los costos, que en el caso de los EEUU ha llegado a situaciones insoportables (13% del PIB) sabiendo que después de determinado nivel hay un punto de inflexión en donde los incrementos en los costos de salud no repercuten en beneficio de la salud y mejora en la esperanza de vida, sino que esos costos adicionales se traducen en consumo tecnológico o en beneficio económico de los diversos actores”.

Es por estas razones que las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, entes aseguradores del sistema colombiano de salud, han ensayado diversos mecanismos que estimulen la eficiencia, tal como ordena la Ley 100/1993. En la práctica el más eficaz para la reducción de costos a corto plazo, ha sido la contratación de los proveedores de servicios de salud, por parte de los entes locales de salud pública y por las aseguradoras; los contratos han pasado en el sistema colombiano, del pago por actividad específica de diagnóstico y de tratamiento, al sistema de pagos integrales por diagnóstico, independientemente de los servicios prestados, y más recientemente, al pago mediante una unidad per cápita por beneficiario asignado a la institución prestadora de servicios; esta última modalidad no será discutida en este trabajo.

El sistema de pagos integrales por diagnóstico trajo dos tipos de consecuencias: una relacionada con las modalidades de contratación de los profesionales de la salud, y la otra relativa a la calidad de los servicios de salud, a causa de las restricciones en las actividades diagnósticas, el tiempo de atención y la asignación de tratamientos. Estas consecuencias están determinadas por la lógica del comportamiento de los diversos actores del sistema colombiano de salud establecido por la Ley 100/93, que será discutida a continuación.

3. La racionalidad de los diferentes actores en el sistema de salud

Coincidimos con Vilas (1995:11-12) en que “la política se refiere a las acciones individuales o colectivas orientadas a la asignación legítima de recursos entre clases, grupos o individuos... Estado y mercado son enfocados por los actores sociales como instancias de mediación que permiten alcanzar determinados objetivos económicos, políticos, culturales o de otro tipo”.

Por lo tanto, realizar cambios en la política requiere medios (tiempo y dinero entre otros) que no siempre están disponibles, así como cambiar los hábitos del personal y los prejuicios de los usuarios. Es inevitable que los cambios perjudiquen a ciertos actores y beneficien a otros, generando conflictos de intereses; además siempre habrá un margen de incertidumbre respecto a los resultados posibles. Por ello, no es irracional la resistencia al cambio (Bustamante y Portales, 1987:100-101).

Las políticas de reforma a los sistemas de seguridad social están centrando la atención en la búsqueda de eficiencia, como respuesta a dos tipos de presiones: las restricciones fiscales y los condicionamientos de los organismos multilaterales, vinculados a facilitar la asignación de recursos para el pago de la deuda externa.

Ahora bien, la preocupación por la eficiencia se inscribe en la lógica de la racionalidad, ampliamente discutida por Godelier (1979:30); el autor precisa la importancia de tomar en consideración el comportamiento de cada agente, el cual puede entrar en contradicción con la racionalidad de otros agentes, porque aquello que constituye el logro de un máximo de los fines para un actor, puede convertirse en causa de insatisfacción de los fines de la otra parte. Por lo tanto, el análisis de la racionalidad económica capitalista es, en primer término, el del comportamiento racional de los agentes económicos correspondientes. Para simplificar Godelier los reduce a tres: el empresario, el trabajador y el consumidor... Su comportamiento económico es racional cuando lo organizan para obtener un ingreso máximo del uso de sus medios y utilizarlo de manera óptima, obteniendo la máxima satisfacción deseada.

La práctica del empresario o su sustituto el administrador, está dominada por

el problema de la elección eficiente de las inversiones. En este marco, la utilización racional del trabajador radica en determinar la tasa óptima de salario y empleo que maximice las utilidades, teniendo en cuenta la productividad del trabajo y los factores que influyen sobre ella, a fin de tomar las medidas para maximizarla. Desde el punto de vista del empresario, el trabajador es 'racional' cuando participa activa y totalmente en el funcionamiento de la empresa y hace suyos sus intereses; esto convierte su actuación en una racionalidad complementaria, derivada y dependiente, indispensable para que la racionalidad del empresario sea plenamente efectiva y para que, por encima del interés inmediato del capital, el sistema funcione sin contradicciones insuperables (Godelier, 1979: 31, 37, 48). Por su parte, el consumidor actúa racionalmente cuando logra satisfacer sus necesidades al mínimo costo.

El comportamiento de los diferentes actores del sistema de salud colombiano, pone de relieve estas contradicciones: la racionalidad económica induce a las empresas aseguradoras a negociar con las clínicas y hospitales, contratos de servicios con la mayor cobertura y al menor precio posible; los hospitales, obligados a vender sus servicios a las tarifas impuestas por las aseguradoras, basan su eficiencia en la reducción de costos: disminución del personal, salarios con base en la productividad y contratos laborales condicionados al cumplimiento de restricciones y metas en la prestación del servicio; en estas condiciones, los trabajadores profesionales de la salud ponen en juego su racionalidad cumpliendo las restricciones institucionales impuestas para conservar el empleo, e intentan preservar su ejercicio del riesgo de demandas por mala praxis médica. Lo anterior afecta la calidad del servicio, y por lo tanto la racionalidad de los usuarios, quienes aspiran a un servicio al menor costo posible y de óptima calidad, oportuno y con los servicios de diagnóstico y tratamiento pertinentes y necesarios.

Así, el empresario asegurador de servicios de salud, racionaliza en función de maximizar sus utilidades disminuyendo las tarifas que paga a las clínicas, hospitales y otros centros de atención, y/o estableciendo ciertas modalidades de contratación de servicios; los hospitales disminuyen sus costos para sobrevivir lesionando a otro agente que son los trabajadores, y entre ellos los profesionales de la salud, a riesgo de no prestar un servicio de calidad, lo cual

afecta la racionalidad del usuario (paciente) último en la cadena de actores.

Lo anterior evidencia la necesidad de considerar otro actor, que es el Estado, el cual debe actuar como mediador y regulador en los conflictos de intereses. Como afirma Vilas (1995: 12-25): "es a través de las políticas públicas como se alcanza un nuevo equilibrio, y como las fuerzas dominantes en el mercado devienen intereses de gobierno y eventualmente, objetivos nacionales". El autor considera que un rasgo específico de la era actual son los criterios que determinan la orientación, alcance y contenido de la intervención estatal, relacionados directamente con la reconfiguración de la economía mundial y su creciente subordinación a la especulación financiera, al punto que los grandes entes financieros multinacionales influyen en las políticas públicas. Esto se aprecia especialmente en los países en desarrollo, cada vez que deben negociar con el Fondo Monetario Internacional (FMI) el refinanciamiento de sus agobiantes deudas externas.

El uso racional de los recursos está condicionado por las características del sistema de salud en que se administren los servicios. El sistema de financiamiento a la oferta mediante asignaciones presupuestarias a los hospitales públicos, así como la intervención de aseguradoras, hacen que la carga financiera del consumo de recursos no recaiga directamente en el paciente, por lo tanto, el usuario exigirá al médico los servicios y medicamentos que considere necesarios, independientemente de sus costos.

Cuando están separadas las decisiones de consumo y la responsabilidad financiera, los recursos tecnológicos y humanos pueden ser usados en exceso. El aumento en la intensidad de uso es una causa importante del incremento de los costos en salud en Estados Unidos (Warner y Luce, 1995: 30-32). Sin embargo, el aumento en la utilización de los servicios y en los costos sanitarios no siempre se debe a que se hayan elevado las necesidades de la población, y en consecuencia, deban asignarse más recursos; también se discute si es racional hacer todo lo necesario para mejorar a un paciente, independientemente de su costo, considerando que los recursos disponibles deben responder por la salud de un colectivo.

Cuando se trata de preservar la salud y la vida, tanto pacientes como médicos ejercen su racionalidad para el logro de este fin, usando los recursos con que cuentan, a menos que se les impongan restricciones objetivas. Y esto es lo que ha ocurrido en los nuevos sistemas de salud, como el colombiano.

La influencia del médico en el comportamiento de los costos está relacionada con el control directo de algunas decisiones, pues es él quien determina la utilización de los recursos de la atención médica, tales como: uso de tecnologías, pruebas de diagnóstico, tratamiento, hospitalización, tiempo de estadía, etc. que constituyen el componente más caro de la atención a la salud; estas son decisiones tomadas por el médico, en las cuales incide la necesidad de proteger los intereses del paciente y los suyos propios frente al riesgo ético y legal por mala praxis médica. El incremento en la intensidad del uso de los recursos es un factor importante del aumento de los costos en salud (Warner y Luce, 1995:51).

En síntesis, el comportamiento racional de los actores del sistema de salud está sujeto a los conflictos de intereses entre los actores, lo cual conlleva al Estado, en su carácter de mediador, a definir criterios para ofrecer un servicio de salud que responda a los intereses que prevalecen en la sociedad y neutralice posibles conflictos.

El Estado colombiano diseñó en la Ley 100/93 un sistema de salud que combina elementos de mercado con importantes rasgos de intervención estatal, el cual ha introducido elementos claros de eficiencia, que serán discutidos en la siguiente sección.

4. Incentivos para la búsqueda de eficiencia

Dado que la eficiencia como criterio de gestión busca optimizar la relación entre los productos obtenidos y los recursos utilizados para lograrlos, parece que sólo hay dos formas de mejorar la eficiencia: aumentar el volumen de bienes o servicios producidos y/o reducir la cantidad de recursos consumidos en el proceso; o hablando en términos monetarios, es indispensable reducir el costo de tales recursos, porque la eficiencia global no es otra cosa que el costo

unitario de cada producto. De manera que es fundamental la definición y cálculo de los resultados y de los respectivos insumos en cada caso.

Ahora bien, la búsqueda de eficiencia tiene una lógica diferente para las empresas aseguradoras y las empresas prestadoras de servicios, que son los principales agentes del sistema colombiano; a estas instituciones están vinculados los distintos mecanismos legales y administrativos introducidos, como son: incentivos financieros globales, sistemas de contratación de clínicas y hospitales por las aseguradoras e incentivos intrahospitalarios relativos a la reducción de costos de los servicios de salud, entre ellos los de carácter laboral.

4.1. Incentivos financieros globales de la eficiencia

En Colombia, para efectuar la transición del financiamiento a la oferta hacia el financiamiento según la demanda, la Ley 100/93 definió tres mecanismos clave que incentivan la eficiencia: el sistema general de aseguramiento, la separación del aseguramiento respecto a la prestación del servicio, y el pago a las aseguradoras mediante la Unidad de Pago per cápita (UPC).

El medio fundamental para incentivar la eficiencia es el sistema de financiamiento. Si bien cada afiliado contribuye al sistema en forma proporcional a su nivel de ingresos, el pago que recibe mensualmente toda aseguradora (EPS) por cada afiliado y por cada familiar beneficiario, es el valor de la UPC; el mismo es fijado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según el perfil epidemiológico de la población relevante en cada región, la edad, el sexo, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, de acuerdo con estudios técnicos del Ministerio de Salud.

La UPC constituye la prima de aseguramiento o precio mensual por los servicios obligatorios de salud prestados a cada beneficiario del sistema; es reconocido a las empresas aseguradoras de salud, independientemente del monto recaudado por ellas de sus afiliados. Al ser estipulado por el Estado el valor de la UPC, las aseguradoras carecen de control sobre el precio del seguro en salud; tampoco pueden establecer restricciones ni exclusiones del servicio por enfermedades

preexistentes.

Las empresas aseguradoras deben organizar su funcionamiento y la prestación del servicio de tal forma que cubran sus costos y gastos y garanticen la obtención de ganancia con el volumen de ingresos obtenidos por la UPC. Ahora bien, puesto que funcionan con criterio de rentabilidad, su tasa de ganancia y la eficiencia que la sustenta, depende de varios factores: a) la distribución de la probabilidad y el costo del riesgo entre los afiliados, que es inversamente proporcional al número de afiliados; b) el valor de los servicios de salud que contrata con clínicas y hospitales, donde se han concentrado los esfuerzos de reducción de costos; c) la prevención de riesgos de enfermedad; y d) la venta de seguros complementarios, para incluir riesgos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS), así como mejores condiciones de hotelería hospitalaria.

El producto fundamental de las aseguradoras en salud es el número de afiliados y sus beneficiarios, de los cuales dependen sus ingresos y hasta cierto punto, sus costos. Pero los efectos son diferentes dependiendo de la forma en que se aplique el principio de solidaridad:

- En el sistema tradicional del Seguro Social, la cantidad de beneficiarios de cada asegurado no está sujeta a restricciones de número, sino tan solo de parentesco. Por lo tanto, el incremento del número de familiares afecta negativamente los costos de la institución que presta en forma monopólica un servicio similar a todos los afiliados y beneficiarios, puesto que por cada afiliado recibe una contribución proporcional a su nivel de ingresos, independientemente del número de familiares.

- En el caso del sistema de Obras Sociales argentino, o de las instituciones de previsión social, la diferencia estriba en que existe una aseguradora por cada organismo gubernamental o rama de actividad. En consecuencia, el volumen de ingresos de la aseguradora no depende sólo del número de afiliados, sino también de la capacidad económica del sector; esta solidaridad parcial conduce a distintos niveles de calidad del servicio de salud. El incremento del número de familiares también afecta negativamente los costos de la aseguradora.

- El sistema colombiano, eliminó el monopolio del seguro social, permitiendo que aseguradoras públicas y privadas compitan con el Instituto de Seguro Social en igualdad de condiciones. Así mismo, establece que todas las aseguradoras reciban por cada afiliado y cada familiar beneficiario, el valor de una UPC, independientemente del monto de sus contribuciones al sistema; de este modo garantiza solidaridad plena y la posibilidad de un plan de salud estándar para todos los usuarios.

Por otra parte, el otro elemento clave de la eficiencia es el costo, que en las aseguradoras está vinculado a lo siguiente: a) los costos de administración y comercialización de los servicios de salud, en un régimen de competencia por la captación de asegurados; b) la utilización que los usuarios hagan de los servicios de salud, limitada por la obligación de pagar cuotas moderadoras cada vez que se utiliza un servicio, y por los copagos (entre 10 y 20% del costo del servicio) que deben ser cancelados por los familiares no cotizantes; c) el valor de los programas de prevención de la salud; y d) las tarifas y criterios para contratar los servicios con clínicas y hospitales.

Como puede observarse, el modelo colombiano no es un sistema de precios de mercado para los afiliados, gracias al establecimiento de la UPC. Sin embargo, la separación de las funciones de aseguramiento y prestación del servicio, introduce mecanismos de mercado mediante la realización de contratos de servicios, en los cuales las Empresas Promotoras de Salud (aseguradoras) imponen determinados criterios de eficiencia a las clínicas y hospitales, como veremos a continuación.

4.2 La Eficiencia y los Sistemas de Contratación de Clínicas y Hospitales

El sistema de financiamiento a la oferta de servicios mediante asignaciones presupuestarias con casi ningún control sobre los servicios efectivamente prestados, típico de los sistemas de salud tradicionales, sin lugar a dudas contribuyó al deterioro de los hospitales públicos, y continúa haciéndolo donde todavía prevalece este sistema. En estos casos, el presupuesto de los hospitales se elabora cada año sobre la base de la capacidad de acuerdo al

número de camas; esto aunque el índice habitual de ocupación de tales camas sea del 50%, cuestión que no se toma en cuenta porque prácticamente no existen mecanismos de control del funcionamiento.

El sistema colombiano ha promovido mecanismos que incentivan la eficiencia, cuya base es la separación legal del aseguramiento y la prestación del servicio; la Ley 100/93 (Art.184) estipula que para racionalizar la demanda, las aseguradoras o Entidades Promotoras de Salud (EPS) pueden adoptar legalmente modalidades de contratación y pago de servicios que incentiven las actividades de promoción y prevención, así como el control de costos, sólo que ha prevalecido este último.

Durante los primeros años de aplicación de la Ley 100/93, las EPS comenzaron a contratar servicios de salud que eran pagados por actividad o procedimiento médico realizado, lo cual dejaba en manos de los médicos las decisiones que afectaban el costo de los servicios de salud. Posteriormente descubrieron la conveniencia de los contratos de servicios con un solo pago integral por diagnóstico, fijado por las EPS, independientemente de la complejidad del caso y de los servicios efectivamente prestados; esta modalidad necesariamente obligó a las clínicas y hospitales a concentrar la atención en la eficiencia. Y más recientemente algunas EPS están recurriendo a la contratación de servicios mediante un pago per cápita por cada usuario asignado (este último tipo de contrato no será discutido en esta ocasión), lo cual puede inducir la preocupación por la prevención de la salud y no sólo por la eficiencia.

Aunque legalmente las Instituciones Prestadoras de Servicios-IPS- tienen autonomía administrativa, técnica y financiera, de hecho están restringidas y supeditadas a la contratación por las Empresas Promotoras de Salud. Precisamente ahí radica la razón del conflicto entre EPS-IPS, instituciones fundamentales del sistema de salud, ya que las aseguradoras tienen suficiente poder para imponer el régimen tarifario, presionando la reducción de costos de funcionamiento, de modo que no exceda el valor estándar establecido. Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas:

"Si bien es cierto que la captación de dinero por parte de las EPS

gaceta-10(2)completa

(aseguradoras) corresponde a una suma fija que se estipula por cada persona afiliada, la unidad de pago por capitación, que es realmente baja y no consecuente con los altos gastos derivados de la atención al paciente, las tarifas que le proponen las EPS a las IPS son exageradamente malas. Este hecho incide negativamente en el funcionamiento de las IPS, ya que la posibilidad de recuperar los costos generados por atención y de obtener ganancias son escasas (El Tiempo, 13-05-96).

Siguiendo el ejemplo de las EPS, los gobiernos regionales comenzaron a establecer mecanismos de pago integral por servicios a los hospitales, en sustitución de la asignación de presupuesto para ofertar servicios. Es el caso del Distrito Especial de Bogotá, que finalizando los 90 se propuso hacer más eficiente y competitiva su red de instituciones de salud. Los elementos básicos fueron mayor autonomía y responsabilidad institucional, búsqueda de nuevos clientes, definición de portafolios de servicios, aprender a definir productos, facturar y cobrar los servicios, todo lo cual generó presiones por la eficiencia institucional y cambios favorables en la proporción entre lo facturado y el gasto total, que pasó de 14% en 1995 a más del 60% en 1997 (Gallardo y Camacho, 2000:17-18).

Por otra parte, las clínicas y hospitales carecen aún de adecuados sistemas de control de costos que les permitan determinar con exactitud tarifas razonables para negociar los contratos de servicios. El problema de los costos se está convirtiendo en una obsesión para los directivos de clínicas; la presión para reducir los costos puede afectar seriamente a la calidad de los servicios de salud en aras de la sobrevivencia.

La nueva situación en que deben funcionar las clínicas y hospitales pone de relieve la importancia de las funciones administrativas y ha dado lugar al surgimiento de empresas dedicadas a la asesoría y a la realización de talleres, cursos y seminarios sobre la materia. Todo esto en función de la búsqueda de mecanismos internos para asegurar la eficiencia, como veremos a continuación.

4.2. Incentivos intra hospitalarios a la eficiencia

Según Godelier (1979:32), administrar racionalmente una empresa significa resolver un doble problema: seleccionar un programa de actividades que sea realizable y escoger en el conjunto de programas aceptables el que maximice las utilidades o minimice los costos de la empresa. Sin embargo, esto resulta una simplificación extrema, cuando lo vemos desde la perspectiva de los hospitales y clínicas.

En las empresas prestadoras de servicios de salud, la eficiencia es mucho más compleja que en las aseguradoras, por la gran diversidad de productos y de recursos necesarios. Por ello, para aproximarse a un cálculo global de la eficiencia, se recurre a algún proceso unificador de los productos, que siempre será artificial; el producto hospitalario ha sido definido como paciente/día, lo cual omite la consideración de los productos correspondientes a servicios no relacionados directamente con la hospitalización.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS- pueden optar por ofrecer un conjunto u otro de servicios de salud. En principio pueden optar entre la promoción, prevención y recuperación de la salud, de las cuales sólo la última resulta rentable a corto plazo. En segundo lugar, deben elegir entre distintas maneras de prestar el servicio, pero están limitadas para establecer el precio de sus servicios y las modalidades de cobro, los cuales son impuestos por la aseguradora. Finalmente, las IPS tienen potestad para elegir entre diversas formas de uso y retribución de los factores de producción. Ahora bien, históricamente el trabajo ha sido el factor más sensible a la reducción de costos.

La reducción de costos laborales puede lograrse básicamente de dos formas: a) intensificación del trabajo; y b) deterioro del salario y otros beneficios laborales. En ambos casos la clave puede estar en la naturaleza del contrato laboral, que estipula el rendimiento esperado, la remuneración y la duración del contrato.

La reducción de otros costos variables de la atención en salud, está vinculada al uso de contratos de trabajo temporales, cuya renovación está condicionada al cumplimiento de metas, restricciones y tareas político-partidistas, que serán

discutidas en la siguiente sección.

5. Flexibilidad Laboral y Atención en Salud

5.1. Contratos laborales flexibles condicionados al cumplimiento de metas

El proceso colombiano de reforma creó las condiciones para cambios profundos en la gestión de personal, con el establecimiento del nuevo Código Sustantivo del Trabajo (1990). La reforma laboral facilitó la flexibilización de los contratos de trabajo al eliminar la retroactividad de las cesantías e introducir el sistema de salario integral y la posibilidad de condicionarlo a los niveles de productividad. Se establecen así las bases para formas precarias de contratación, gracias a la realización de contratos individuales con salario integral, esto es, sin prestaciones sociales; así mismo, se facilitan los contratos de servicio con otras empresas, o bien con grupos de trabajadores organizados en cooperativas o microempresas, que desvirtúan la relación laboral convirtiéndola en un contrato entre instituciones.

En un sentido general, Moctezuma y Roemer (1999:79) consideran que el Estado colombiano no ha tenido éxito en la implantación de reformas a su servicio civil; esto se evidencia en la cantidad de variaciones que se han realizado a las leyes en los últimos cinco años, por la falta de confianza en el sistema o la gran corrupción existente, así como por el grado de discrecionalidad otorgado a los Ministerios con pobres mecanismos de rendición de cuentas al nivel central.

Sin embargo, en el caso concreto de salud, la reforma ha determinado cambios radicales en el manejo de los recursos humanos, flexibilizando la contratación de personal para los centros de atención, en los siguientes aspectos: a) inestabilidad laboral por duración limitada del contrato, de uno a seis meses; b) pago mediante salario integral, que obliga al profesional a realizar sus provisiones para vacaciones y gastos especiales, y pagar su propia seguridad social; c) gastos de la contratación por cuenta del profesional, tales como pago del registro legal del contrato, póliza de garantía de cumplimiento, etc.

Tal como afirma Sotelo (1999:126) la flexibilidad precariza las condiciones de trabajo, cuando convierte el empleo estable y duradero con jornada media o completa, en un empleo temporal, con jornada parcial y con fuerte tendencia a la pérdida de derechos laborales.

Por otra parte, la presión ejercida por los mecanismos de pago a las clínicas y hospitales se traduce en un conjunto de restricciones a la atención en salud, que se ha vinculado directamente a la contratación de los profesionales. La renovación del contrato laboral depende del cumplimiento de las restricciones en la atención médica y de las metas establecidas en cuanto a: número de pacientes atendidos, número de actividades diagnósticas y de tratamiento autorizadas, cantidad y tipo medicamentos formulados que son de entrega gratuita o precio con descuento, etc. Por supuesto, estas restricciones no forman parte del contrato escrito, ni siquiera constituyen instrucciones formales.

Vale destacar que la renovación de los contratos también está sujeta al cumplimiento de tareas político partidistas. Los contratos se obtienen con frecuencia mediante la influencia de funcionarios de elección popular. En tal caso, durante los períodos electorales, a cada profesional contratado le es impuesta una meta de votantes en un circuito electoral determinado, debiendo asegurar su movilización para el registro y para el acto electoral; igualmente los profesionales deben prestar servicios gratuitos adicionales en jornadas comunitarias de carácter político. Obviamente, esto constituye una reducción adicional del salario y un incremento de la jornada laboral, además de ser expresión del clientelismo político.

Condicionar la renovación del contrato de los profesionales de la salud a la ejecución de restricciones en la atención médica, actúa a favor de la reducción de costos, pero arriesga la calidad de la atención. Veamos un ejemplo: una persona de 81 años se mantuvo durante más de 12 meses con síntomas de TBC obvios para un especialista y realizando consultas médicas periódicas en un Hospital del Seguro Social, sin que le fueran ordenados estudios de laboratorio ni radiológicos, siendo medicada sistemáticamente con jarabes para la tos.

Lo anterior tiene varias explicaciones posibles: la edad del paciente no justifica

el gasto; si el médico ordenara el estudio superaría el límite estipulado, con lo cual no le sería renovado el contrato laboral; el médico carece de preparación o experiencia suficientes para realizar el diagnóstico clínico necesario. Las dos primeras explicaciones están vinculadas a la búsqueda de eficiencia, en términos que sin lugar a dudas lesionan la calidad de la atención en salud. La última luce discutible, si se toma en consideración que durante el proceso el paciente fue atendido por varios médicos y fue necesario que realizara una consulta particular para detectar la naturaleza del problema.

En el caso específico de odontología, el establecimiento del número de pacientes que deberán ser atendidos, ha conducido a citas reiterativas para ciertos tratamientos que podrían resolverse en una o dos consultas de mayor duración. En este caso se afecta la calidad de la atención desde el punto de vista humano, por la molestia y el costo que representa para el usuario la asistencia frecuente al hospital, así como por la tensión que generan las consultas odontológicas. Ahora bien, visto en función de la eficiencia, este sistema realmente resulta más costoso, porque cada trabajo inconcluso requiere la utilización de materiales provisionales y mayor cantidad de tiempo por el cierre y reinicio del proceso. De allí que ya se esté utilizando en Colombia el indicador de tratamientos odontológicos terminados, para sustituir el de pacientes atendidos.

5.2 Condiciones y Oportunidades Laborales de los Médicos

La descentralización, la privatización, la modernización tecnológica y el cambio en los sistemas de financiamiento, implican transformaciones en el empleo, tanto en las formas de contratación como en la cantidad de cargos y posiblemente a mediano y largo plazo, en la organización del trabajo; el gobierno colombiano ha previsto que la reforma general del sector público no afectará más de 100.000 empleados, es decir el 2.5%, lo cual consideran de bajo impacto. Pero en el caso de salud, las exigencias de reducción de costos en las instituciones prestadoras de servicios para competir o sobrevivir, también afectan drásticamente el empleo privado en salud.

En los procesos de descentralización y privatización, los más lesionados son

trabajadores con bajos niveles de calificación, lo cual podría favorecer a largo plazo la tendencia al desempleo estructural. La debilidad del movimiento laboral colombiano le ha impedido enfrentar exitosamente el proceso de reforma de la administración pública, a pesar que la mayor afiliación se encuentra en este sector (Bejarano, 1993: 58-63). Además, las posibilidades de acción sindical se ven limitadas por el cambio en las modalidades de contratación de personal, priorizando los convenios con grupos de especialistas, o con profesionales organizados en microempresas o cooperativas.

Se ha producido un viraje total en las condiciones y oportunidades laborales, que afecta a todos los niveles de trabajadores y reduce las posibilidades de reacción y defensa de los afectados. Como afirman Dombois y Pries (1993:6).

“A medida que avanzan las reformas neoliberales en América Latina... el antiguo poder de negociación de los sindicatos, antes una fuerza cuyo respaldo era importante en las estrategias estatales de desarrollo, ahora es considerada un obstáculo para la modernización y la productividad; las conquistas laborales, antes normas ejemplares que la legislación laboral intentaba generalizar, ahora se discriminan como privilegios que hay que eliminar. La fuerza sindical en el sector público, antes una prueba del compromiso político-social, ahora parece un vicio clientelista. El movimiento obrero se estancó desde los años ochenta... no logró defender el nivel real de los salarios y prestaciones, negociar o bloquear elementos estratégicos del nuevo orden institucional, como reformas laborales que eliminan prestaciones legales antiguas”.

Los cambios en las condiciones laborales de los médicos colombianos se reflejan en una encuesta sobre condiciones laborales que realizó en 1998 la Fundación Presencia a una muestra de los 18000 médicos generales y especialistas registrados en la base de datos de la Editorial PLM; los encuestados tenían un promedio de 45 años de edad y 14 de ejercicio profesional, lo cual tiene como ventaja que no incorpora médicos jóvenes, quienes se supone que podrían haber sido menos afectados por los cambios de la Reforma. En las Tablas 1 y 2 resumimos los resultados más relevantes de dicha encuesta:

Tabla 1
Cambios en las Oportunidades de Empleo y Estabilidad Laboral
de Médicos Colombianos ya establecidos al inicio de la Reforma
en Salud 1996-1998

Tipo de médico Característica del Ejercicio Profesional	Opinión	Opinión
	Especialistas %	Generalistas %
Aumentó número de actividades profesionales	73	47
Menos oportunidades de empleo	100	100
Mayor inestabilidad laboral	85	85
Predominan los contratos temporales	56	56
Promedio horas diarias atención privada	Disminuyen de 4.75 a 3.93	

Fuente: Elaboración propia a partir de Morales, Chavarriaga y Barrero (1999:6-10).

Tabla 2
Cambios en los Ingresos y la Jornada Laboral de Médicos
Colombianos ya establecidos al inicio de la Reforma en Salud.
1996-1998

Tipo de médico Característica del Ejercicio Profesional	% Variación según Quintil de Ingresos				
	1 Inferior	2	3	4	5 Superior
Promedio de horas semanales laboradas	-5	-2	-6	-12	+6
Promedio ingresos por sueldos y honorarios	+35	+4	-1	-21	-36
Promedio horas diarias atención privada	Disminuyen de 4.75 a 3.93				
Ingresos por consultas privadas	Se mantienen constantes				

Fuente: Elaboración propia a partir de Morales, Chavarriaga y Barrero (1999:6-10).

Los resultados anteriores evidencian cambios importantes en las condiciones laborales de los médicos a raíz de la aplicación de la Ley 100/93. Según la opinión de los médicos encuestados, se ha generado mayor inestabilidad laboral, la cual obviamente está vinculada con el predominio de contratos temporales. Posiblemente el mayor número de actividades profesionales expresa intensificación del trabajo, relacionada con los esfuerzos racionalizadores, especialmente mediante el establecimiento de metas de rendimiento.

Morales, Chavarriaga y Barrero (1999) concluyen que la Ley 100/93 *"está produciendo un efecto de redistribución del ingreso entre los médicos"*. Efectivamente, si se toman en consideración los dos extremos, la Tabla 2 permite apreciar un incremento sustancial de los ingresos correspondientes al quintil inferior a pesar de una leve disminución en el número de horas trabajadas. Por el contrario en el quintil superior se observa una reducción porcentual significativa de los ingresos (más de la tercera parte), a pesar de un leve incremento de las horas trabajadas. La situación del cuarto quintil de ingresos es diferente; sufrió una pérdida superior a la quinta parte de sus ingresos, compensada con una disminución del 12% en las horas trabajadas.

En las condiciones laborales de los médicos colombianos es necesario considerar varios aspectos:

a) En primer lugar la mayor inestabilidad laboral, producto de los contratos temporales y otras formas de contratación.

b) En cuanto al número de horas trabajadas vale la pena destacar que los médicos regularmente trabajan mayor número de horas que las establecidas legalmente como jornada semanal, incluyendo las horas en las dependencias a las cuales están adscritos y las de consulta privada; el único grupo que ha aumentado el promedio semanal de horas trabajadas es el quintil superior de ingresos (6%), que a pesar de ello ha disminuido en un 36% sus ingresos; en todos los demás quintiles ha disminuido el número de horas trabajadas. En general, no hay proporción entre el cambio experimentado por número de horas trabajadas y la variación porcentual de los ingresos. Sin embargo, es cierto que las modificaciones más fuertes están en los extremos, favoreciendo los ingresos del quintil inferior y lesionando los ingresos del quintil superior, lo cual sugiere mayor equidad.

c) Las condiciones de los médicos que iniciaron su actividad profesional posterior a la vigencia de la Ley 100/93, especialmente los que no han tenido recursos para realizar postgrado, están totalmente flexibilizadas.

Conclusiones

Aunque el discurso sobre la eficiencia se refiere generalmente a la mejor utilización de los recursos disponibles, no sólo desde el punto de vista económico, sino social, en la práctica prevalece la eficiencia como reducción de costos.

El cambio en los sistemas de financiamiento en la prestación de servicios públicos constituye uno de los mecanismos utilizados para presionar el cambio institucional; al establecer nuevas reglas del juego, obliga a los actores a determinados comportamientos. En Colombia, la sustitución del sistema tradicional de financiamiento a la oferta por el financiamiento según la demanda se expresa en: a) el pago a las aseguradoras de acuerdo al número de afiliados; b) los mecanismos de contratación de servicios por parte de las aseguradoras públicas y privadas, pero también por parte de los entes locales de salud pública.

Las modalidades de pago estipuladas en la contratación de clínicas y hospitales, que han pasado del pago por servicios prestados al pago integral por diagnóstico, actúan como mecanismos globales que presionan para mejorar la eficiencia hospitalaria; es decir, obligan a establecer medidas internas para moderar el consumo de servicios por parte de los usuarios, así como a racionalizar los costos laborales y la atención por parte de los profesionales de la salud.

La racionalización de costos laborales, incluye como aspecto fundamental el establecimiento de modalidades flexibles de contratación de personal, especialmente mediante contratos individuales temporales, cuya renovación está sujeta al cumplimiento de las restricciones o metas de atención en cuanto a: actividades autorizadas de diagnóstico y tratamiento, medicamentos ordenados, número de pacientes atendidos, etc. La flexibilización del trabajo de los profesionales de la salud se expresa en inestabilidad laboral e introducción de relaciones clientelares respecto a los funcionarios que les garantizan la renovación del contrato. Por otra parte, la flexibilización ha provocado una redistribución de ingresos entre los estratos inferior y superior.

Es cierto que la racionalización de la atención en salud garantiza la reducción de costos a corto plazo, pero arriesga la calidad de la atención, y por lo tanto, la salud del paciente a mediano y largo plazo; esto incide en los costos futuros de atención, aumenta el riesgo de demandas por mala praxis médica, y lesiona la relación médico-paciente. Al priorizar la atención inmediata al menor costo posible, se afecta la conservación de la salud a mediano plazo, y la calidad del servicio de salud. Por lo tanto, bajo ciertas circunstancias y a mediano o largo plazo, el énfasis en la reducción de costos no resulta favorable a la eficiencia. Posiblemente esto haya incidido en los ensayos que están realizando algunas aseguradoras con sistemas de contratación de servicios de salud mediante el pago de una unidad per cápita por usuario asignado a la clínica u hospital.

Si bien reconocemos la necesidad de eficiencia en la prestación de servicios de salud, en función del ahorro de recursos para permitir la ampliación de la cobertura y la sobrevivencia institucional, la eficiencia no puede limitarse a la reducción de costos, si ello sacrifica la calidad en aras de la rentabilidad. Aquí radica el desafío de los sistemas de salud: desarrollar mecanismos que superen la dicotomía entre el uso racional de los recursos y la calidad de los servicios de prevención y curación de la salud.

1. Resultado parcial del Proyecto Modernización de la Gestión Pública en Salud, financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.

2. En el demandante actúa el temor a la muerte y en los profesionales de la salud, el compromiso moral y el riesgo ante demandas por mala praxis médica. Sin embargo, esto último ha sido insuficiente en el sistema colombiano, ante las presiones por la eficiencia.

Bibliografía

1. BEJARANO, Ana María. "Neoliberalismo y Fragmentación Política: Desafíos al Proceso de Democratización en Colombia". En: **Revista Espacio Abierto**, Año 2 N°3, Maracaibo. Julio-Diciembre. 1993. pp. 43-69.

2. BUSTAMANTE, F. y PORTALES, C. "Evaluación de Políticas de Salud". En: **Políticas de Salud en América Latina. Aspectos Institucionales de su formulación, implementación y evaluación**. Editado bajo la dirección de David Gómez Cova. Caracas, Venezuela. 1987. pp. 79-114.
3. DOMBOIS, Rainer y PRIES, Ludger. "Modernización empresarial y relaciones industriales: perspectivas comparativas". En: **Modernización empresarial: tendencias en América Latina y Europa**. Editorial Nueva Sociedad, Caracas, Venezuela. 1993. p. 368.
4. GALLARDO, Henry Mauricio y CAMACHO M., Manuel. "Un nuevo enfoque para la gestión hospitalaria en el Distrito Capital". En: **Vía Salud** N°14, Revista del Centro de Gestión Hospitalaria y de las Fundaciones Antonio Restrepo Barco, Corona y FES, Bogotá, Colombia. Cuarto Trimestre. Octubre Diciembre. 2000. pp. 16-23.
5. GAMBOA, Teresa y NAVEDA, Oscar. **Propuesta de un Modelo de Evaluación Institucional por Procesos y Resultados para las Universidades Públicas**. Vice Rectorado Administrativo, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. 1999. p. 38.
6. GODELIER, Maurice. **Racionalidad e Irracionalidad en Economía**. Siglo veintiuno Editores. México. D.F. 1979. p. 313.
7. JARAMILLO PÉREZ, Iván. **El Futuro de la Salud en Colombia**- Ley 100 de 1993- Política Social, Mercado y Descentralización. FESCOL, Bogotá. 1994. p. 184.
8. MOCTEZUMA BARRAGÁN, Esteban y ROEMER, Andrés. **Por un gobierno con resultados. El servicio civil de carrera: un sistema integral de profesionalización, evaluación y desempeño de los servidores públicos en México**. Academia Metropolitana, Centro de Estrategia y Desarrollo, Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, Fondo de Cultura Económica. México. 1999. p. 318.
9. MORALES, L.; CHAVARRIAGA, I. y BARRERO, J. "Las condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998". En: **Revista Vía Salud**. No. 8. Centro de

Gestión Hospitalaria. Bogotá, Colombia. Segundo trimestre. Abril-Junio. 1999. pp. 5-14.

10. OCHOA, Haydée. *Tecnocracia y Empresas Públicas en Venezuela (1948-1991)*, Maracaibo: Editorial de la Universidad del Zulia. 1995. p. 263.

11. OSBORNE, David y GAEBLER, Ted. **La Reinención del Gobierno**. La influencia del espíritu empresarial en el sector público. Editorial Paidós, Barcelona, España. 1994. p. 494.

12. PRATS CATALÁ, Joan. "Administración Pública y Desarrollo en América Latina. Un enfoque neoinstitucionalista". En: **Revista Reforma y Democracia** Nº11, Caracas. Junio. 1998. pp. 9-48.

13. SOTELO VALENCIA, Adrián. **Globalización y Precariedad del Trabajo en México**. Ediciones El Caballito, S.A, México. 1999. p. 191.

14. TESTA, Mario. **Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación** (El caso de la Salud); Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina. 1995. p. 295.

15. VILAS, Carlos M. Compilador. **Estado y Políticas Sociales Después del Ajuste: Debates y Alternativas**. Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial Nueva Sociedad. Caracas, Venezuela. 1995. p. 258.

16. WARNER, Kenneth y LUCE, Bryan. **Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud**. Biblioteca de la salud. México. 1995. p. 307.

Instrumentos Jurídicos

17. Congreso de la República de Colombia. **Ley 100 De 1993**. Editorial Unión Ltda. Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia. 1998.

18. República de Colombia. **Código Sustantivo del Trabajo**. Ley 50 de 1990 y Decretos Reglamentarios. 1990.