



25

---

Asociaciones entre el Sector Público y  
las Organizaciones no  
Gubernamentales para la  
Contratación de los Servicios  
de Salud Primaria

Un Documento de Análisis de Experiencias

Asociaciones entre el Sector Público y las  
Organizaciones no Gubernamentales para la  
Contratación de los Servicios  
de Salud Primaria:  
Un Documento de Análisis de Experiencias

Wendy B. Abramson, M.P.H.  
Partnerships for Health Reform Project

Agosto de 1999

Esta publicación fue producida por Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud) financiada por USAID bajo el contrato No. HRN-C-00-95-00024, en colaboración con la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, financiada por USAID bajo el contrato No. HRN-5974-C-00-5024-00. Las opiniones vertidas en este documento pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente la opinión de USAID.



## INDICE

---

Siglas.....	v
Agradecimientos.....	vii
Resumen.....	ix
1. Introduccion: La Iniciativa de Reforma del Sector Salud en America Latina y el Caribe (RSS/ALC)	
1	
2. Reforma del Sector Salud y Contratacion.....	3
3. Criterio de Seleccion de Casos, Metodologia y Organizacion del Documento .....	5
4. Experiencias con Contrataciones.....	11
4.1 Colombia .....	11
4.2 Costa Rica.....	13
4.3 Guatemala .....	16
4.4 Peru.....	17
4.5 La Republica Dominicana.....	18
5. Consideraciones Criticas .....	19
5.1 Temas a Considerar Cuando Se Decide Contratar.....	19
5.1.1 Por qué los Países Optan por Contratos .....	19
5.1.2 Razones para que el Sector Público Opte por una Relación Formal con las ONG .....	19
5.1.3 Razones Que Impulsan a las ONG a Formalizar sus Relaciones con el Sector Público .....	20
5.2 Entorno Politico y Marco Legal.....	21
5.3 Capacidad Gubernamental para Establecer Relaciones Contractuales.....	21
5.3.1 Regulación y Garantía de la Calidad.....	21
5.3.2 Sistemas de Información y Mantenimiento de Registros .....	22
5.3.3 Capacidad de Pago.....	23
5.4 Capacidad de las ONG para Establecer Relaciones Contractuales.....	23
5.5 Marco de Analisis .....	24
5.5.1 Costos Administrativos o de Transacción .....	25
5.5.2 Sistemas de Supervisión y Evaluación .....	26
5.5.3 El Contrato Basado en el Desempeño.....	27
5.5.4 Determinación de Costos y Precios .....	27
5.5.5 Incentivos .....	28
5.5.6 Financiamiento y Mecanismos de Provisión de Pagos .....	29
6. Lecciones Aprendidas y Conclusiones.....	33
Anexo I: Tipos de ONG.....	37

Anexo II: Capacidad de Contratacion de las ONG.....	39
Anexo III: Definicion de Terminos y Sus Usos .....	41
Anexo IV: Mecanismos de Provision de Pago.....	43
Anexo V: Listado de los Contratos.....	45
Anexo VI: Bibliografía .....	47
Publicaciones de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (RSS/ALC).....	49

---

### **Listado de Cuadros**

Cuadro I: Resumen de casos/contratos examinados .....	6
Cuadro II: Caracteristicas de las experiencias de contratacion del sector publico en algunos paises seleccionados de la región de America Latina y el Caribe .....	8

---

### **Listado de Recuadros**

Recuadro I: Búsqueda e identificación de casos: Lista de contactos.....	3
Recuadro II: Indicadores ilustrativos para medir los contratos.....	27

## SIGLAS

---

<b>AED</b>	<i>Academy for Educational Development</i>
<b>ALC</b>	América Latina y el Caribe
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>BNHS</b>	<i>British National Health Service</i>
<b>CARE</b>	<i>Cooperative for American Relief Everywhere</i>
<b>CCSS</b>	Caja Costarricense de Seguro Social
<b>CLAS</b>	Comites Locales de Administración de Salud
<b>COOPESALUD</b>	Cooperativa Autogestionaria de Salud
<b>DDM</b>	<i>Data for Decision Making</i>
<b>EPS</b>	Entidades Promotoras de Salud
<b>FPMD</b>	<i>Family Planning Management Development</i>
<b>FUNDEMI</b>	Fundación para el Desarrollo y Educación de la Mujer Indígena
<b>IPPF</b>	<i>International Planned Parenthood Foundation</i>
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>LAC</b>	<i>Latin America and the Caribbean</i>
<b>MAP</b>	<i>Medical Assistance Program</i>
<b>M-I</b>	Materno-Infantil
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>ONG</b>	Organización no Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAHO</b>	<i>Pan American Health Organization</i>
<b>PAP</b>	Prueba Papanicolaou
<b>PHR</b>	<i>Partnerships for Health Reform</i>
<b>PROFAMILIA</b>	Asociación Pro-Bienestar de la Familia, Inc.
<b>PSI</b>	<i>Population Services International</i>
<b>RSS</b>	La Iniciativa de Reforma del Sector Salud
<b>SESPAS</b>	Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
<b>SIAS</b>	Sistema Integral de Atención en Salud
<b>SISBEN</b>	Sistema de Información de Beneficiarios

<b>SIGSA</b>	Sistema de Información Gerencial de Guatemala
<b>S/R</b>	Salud Reproductiva
<b>URC</b>	<i>University Research Corporation</i>
<b>USAID</b>	La Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional

## AGRADECIMIENTOS

---

Este documento fue redactado por Wendy B. Abramson del Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR), con aportes del Dr. Luis Bernardo Sáenz, consultor del Proyecto. El Dr. Marty Makinen de Abt Associates Inc. estuvo encargado de su revisión técnica.

La Iniciativa y el Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR) agradecen a las personas que contribuyeron al contenido básico de este documento. En particular, agradezco a los participantes de los cinco países de la reunión regional llevada a cabo en mayo de 1999 en Santo Domingo, República Dominicana, en la que participaron la Lic. Magaly Caram, Directora Ejecutiva de PROFAMILIA en la República Dominicana; la Lic. Hedi Deman, Coordinadora de Ampliación y Reorientación de la Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de Guatemala; Dr. Ricardo Díaz Romero, Responsable Técnico de Administración Compartida de los Comités Locales de Administración de Salud del Perú; Dr. Danilo Fernández, Coordinador del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión y Coordinación de Administración Compartida del Ministerio de Salud del Perú; Lic. Otoniel Gamboa Javier, Gerente General de la Fundación para el Desarrollo y Educación de la Mujer Indígena Talita Kumi de Guatemala; Lic. Jaime Guevara Delgado, Gerente de Servicios de Salud de PROFAMILIA en Colombia; Dra. Ana Guzmán, Directora de Compra de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social; Dra. Luz Elena Monsalve Ríos, Jefe de Programa del Ministerio de Salud de Colombia; Dr. Virgilio Rodríguez, Director General de Planificación y Sistemas de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana; Lic. Guillermo de la Rosa Berges, Director Ejecutivo del Instituto Nacional de Salud de la República Dominicana; y el Lic. Francisco Villalobos Amador, Gerente General de COOPESALUD, RL de Costa Rica, por sus aportes al tema. Este trabajo no hubiera sido posible sin la activa colaboración de los participantes ya mencionados en el transcurso del último año durante la preparación y realización de la reunión regional y de este documento.



## RESUMEN

---

Este documento es el resultado de un proceso participativo con funcionarios de los países y organizaciones no gubernamentales que forman parte del estudio.

El propósito de este documento es presentar una discusión y análisis de las experiencias de cinco países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) en su esfuerzo por ampliar la cobertura, mejorar la calidad y controlar los costos de los servicios de salud primaria con la ayuda de contratos con ONG como estrategia para lograr este fin. Los casos examinados en este documento incluyen: COOPESALUD y la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, PROFAMILIA y el Ministerio de Salud de Colombia, FUNDEMI/Talita Kumi y el Ministerio de Salud de Guatemala, los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y el Ministerio de Salud del Perú, y PROFAMILIA y la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de la República Dominicana. En este documento se pretenden analizar los procesos emprendidos por dichos países para lograr los objetivos recién mencionados.

Este estudio ha sido aplicado en forma participativa y los países y casos seleccionados han sido constantemente consultados desde el inicio de la investigación sobre el grado en que la información representa su experiencia.

El estudio se restringe a cinco casos específicos y no pretende ser exhaustivo. Los ejemplos tomados no son los únicos ejemplos de contratación de ONG por entidades públicas para la prestación de servicios de salud primaria. Más bien reflejan ejemplos de casos en la región que se prestan para ser analizados por los demás países de la región a fin de extraer algunas conclusiones y lecciones. Cabe mencionar que el aprendizaje en base a los estudios de casos y los ejemplos tomados de los casos tiene limitaciones: los resultados no necesariamente se pueden extrapolar a otras circunstancias y lugares. Estos ejemplos sirven más bien como puntos de referencia a los gobiernos de la región y como una contribución a su decisión de contratar.

Entre las principales razones que impulsan al sector público a contratar a ONG para que presten servicios de salud primaria se cuenta la ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios en lo que dice relación con la atención del personal a usuarios de diversas culturas y disponibilidad de medicamentos y insumos médicos, como es el caso en el Perú y Guatemala. En el caso de Costa Rica, el sector público contrató con la cooperativa como estrategia para frenar los costos del sector público transfiriendo el riesgo a las cooperativas y al mismo tiempo aumentar la cobertura a las poblaciones no cubiertas. En Colombia, el sector público decide subcontratar los servicios para usar los recursos fiscales de manera más eficiente, entre otros para extender la cobertura de los servicios básicos y aspirar a la “universalidad” de los servicios y garantizar la calidad. El gobierno de la República Dominicana está en el proceso de definir los motivos para celebrar contratos con las ONG, pero su razón principal es la de mejorar la calidad de la atención y extender la cobertura de los servicios de salud reproductiva. Por parte de las ONG, entre sus principales motivaciones para la contratación está el aumento de su base financiera por medio de la diversificación de sus ingresos, a la vez que el fortalecimiento de su misión social.

El marco legal y el entorno político de los países tienen una influencia enorme en los procesos de contratación y en el éxito de este proceso. En la mayoría de los casos estudiados, con excepción de Colombia (en que ya existía un marco legal que facilitaba el proceso de contratación), los obstáculos

políticos y legales han obligado a los países a buscar maneras creativas para contratar con ONG, entre ellas a través de proyectos.

En cuanto a la capacidad del sector público para contratar, se analizan los temas de la regulación, los sistemas de información y registro y la periodicidad de los pagos. En la mayoría de los países (con excepción de Costa Rica), no se estipula quién y cómo se va a fiscalizar el control de calidad de la atención que presta el proveedor. Los aspectos de los sistemas de información, entre ellos el mantenimiento de registros y el seguimiento y evaluación de los contratos, son temas que los países identificaron como áreas de interés que se deben perfeccionar en el futuro.

La mayoría de las ONG examinadas, con excepción de PROFAMILIA en Colombia, no tiene grandes reservas de dinero y cualquier atraso en los pagos por parte del comprador puede afectar sus compromisos con la población beneficiaria. De manera similar, la experiencia y competencia del sector público en la compra de servicios y pago de sus cuentas tendrá una gran influencia al momento de decidir sobre el tipo de ONG con las que el gobierno celebrará contratos. Esto lo está demostrando el caso de PROFAMILIA en Colombia, la que ha tenido experiencia con demoras en el pago de parte del sector público.

Debido a la naturaleza de las ONG como entidades sin fines de lucro y menos formales en cuanto a su organización, éstas se han visto obligadas a ajustar sus sistemas financieros y de seguimiento de sus actividades a las necesidades y requisitos de los compradores, en este caso del sector público. En esta investigación no se pudo profundizar en el análisis de las aptitudes que requieren las ONG para su contratación; sin embargo, el éxito del proceso en parte dependerá del nivel de desarrollo de ambos sistemas.

El ejercicio de costeo y la estimación de precios para fijar los pagos a los proveedores se practica poco en los casos examinados. COOPESALUD en Costa Rica y PROFAMILIA en Colombia utilizan herramientas de estimación de costos para poder determinar el nivel de pago que requiere la prestación de los servicios de salud para que dicha prestación sea rentable. Asimismo, COOPESALUD también llevó a cabo un ejercicio de estimación de sus costos, lo que le sirvió como base para negociar con el sector público.

Los casos de Costa Rica y Colombia sirvieron para analizar los mecanismos de pago y los incentivos y riesgos inherentes a ellos. Aunque en Costa Rica y en Colombia no se han explorado los efectos de los mecanismos de pago sobre el comportamiento de los proveedores, este documento contiene un análisis sobre los riesgos inherentes a esos casos.

Hay muy poca información empírica sobre los riesgos e incentivos para contratar bajo cada mecanismo de pago y su relación directa e indirecta con el desempeño de los contratos estudiados. Estos aspectos, es decir, el seguimiento y evaluación de los contratos y la estimación de costos y determinación de precios, fueron algunos de los aspectos que los representantes de los organismos participantes en esta investigación consideraron que debían ser profundizados en futuros estudios o análisis.

# 1. INTRODUCCION: LA INICIATIVA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE (RSS/ALC)

---

Esta iniciativa representa un esfuerzo de cinco años (1997 - 2002) para promover una prestación equitativa y eficaz de los servicios de salud básicos a través de la creación de una eficiente red regional de apoyo. La RSS/ALC es una iniciativa combinada de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR), además de los proyectos de Data for Decision Making (DDM) y Family Planning Management Development (FPMD). La iniciativa financia actividades de apoyo regional por un monto total de hasta \$10,2 millones. Sus países beneficiarios incluyen a Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.

La RSS/ALC se centra en cuatro áreas estratégicas clave. Éstas son:

- ? Desarrollo, comprobación y divulgación de metodologías y herramientas para el análisis, diseño, implementación y supervisión de reformas nacionales del sector salud, a fin de mejorar la interacción entre los sectores públicos, privados y de ONG, fortalecer las decisiones de salud a nivel de finanzas y mejorar el análisis y planificación de las políticas.
- ? Recopilación, procesamiento y divulgación de la información sobre las iniciativas nacionales de reforma de la salud, velando por la disponibilidad general de esta información a través de un centro electrónico de recursos, una serie de boletines temáticos, un centro de intercambio de información sobre estudios de reformas de la salud y una red electrónica.
- ? Supervisión de los procesos y resultados de las reformas, tal como el acceso equitativo a los servicios básicos de salud, a través de la creación e implementación de herramientas y la entrega de la información obtenida a países, donantes y otras partes asociadas.
- ? Ayuda a los países a compartir experiencias y asesoramiento a través de conferencias y talleres regionales, enlaces institucionales, un foro internacional para investigadores, y giras de estudio.

La reforma del sector salud incluye un esfuerzo deliberado por cambiar la función que desempeña el sector público. Por este motivo, la RSS también implica cambiar la función que cumplen otras organizaciones e instituciones involucradas en la organización y prestación de los servicios de salud. Es en este contexto que la Iniciativa de RSS/ALC aborda algunos aspectos relacionados con las asociaciones entre el sector público y las ONG. Las actividades que se identificaron derivan del supuesto de que tales asociaciones, tanto las formales como las informales, tienen la posibilidad de constituir un componente importante de las estrategias de reforma del sector salud y que pueden influir indirectamente en la equidad y acceso a los servicios.

Algunas de las actividades de la Iniciativa están orientadas a prestar más información a los planificadores sobre las funciones y experiencias de las ONG en la región y a preparar materiales que puedan respaldar una evaluación más informada de los posibles vínculos con las ONG. Para las ONG, los aspectos clave dicen relación con los efectos sobre los actuales recursos y actividades operativas y las eventuales nuevas funciones implícitas en la reforma. Las actividades de la Iniciativa para abordar estas

necesidades hacen hincapié en una mejor capacidad de gestión de las ONG y un mayor conocimiento de los procesos de reforma dentro de la región.

Para las actividades en curso, se identificaron cuatro aspectos en las asociaciones del sector público/ONG que merecen especial atención: participación en el diálogo sobre políticas de salud, efectos de la descentralización, subcontratación de la prestación de servicios y actividades de control de calidad. Para cada área, se preparó un Documento sobre las experiencias de un grupo selecto de ONG y organismos del sector público dentro de la región y, a partir de esa experiencia, se elaboró un cuadro panorámico general de los aspectos esenciales que se deben abordar en caso de formar asociaciones donde aplique algunos de estos cuatro aspectos.

El propósito de este documento es presentar un análisis de las experiencias de cinco casos de contratación que se llevaron a cabo en cinco países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) en su desafío por ampliar la cobertura, mejorar la calidad y controlar los costos de la atención de salud primaria a través de la contratación de organizaciones no gubernamentales por parte de entidades públicas. Este documento se refiere a los casos de COOPESALUD y la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, PROFAMILIA y el Ministerio de Salud de Colombia, FUNDEMI/Talita Kumi y el Ministerio de Salud de Guatemala, los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y el Ministerio de Salud del Perú y PROFAMILIA y la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de la República Dominicana. Aunque hay poca información sobre los resultados y el impacto de los contratos sobre la cobertura, calidad y los costos, en este documento se describen y analizan los caminos y procesos adoptados por estos países para lograr los objetivos articulados.

## 2. REFORMA DEL SECTOR SALUD Y CONTRATACION

---

Los gobiernos de la región de América Latina y el Caribe están enfrentando dificultades en satisfacer las necesidades básicas de salud de sus poblaciones, ya que la red pública no es suficiente para cubrir la demanda por servicios y las posibilidades de crecimiento se ven limitadas por problemas de recursos y rigideces legales. Entre las razones identificadas que impulsan a los gobiernos a contratar a empresas con fines de lucro y a organizaciones no gubernamentales (ONG)<sup>1</sup>, se cuenta por una parte la urgente necesidad de aumentar la cobertura y calidad de la prestación de servicios de salud para las poblaciones subatendidas. Por otra parte, está la necesidad de ensayar nuevas funciones en la prestación de servicios ante la nueva orientación que deben asumir los Ministerios de Salud al transformarse en compradores y normadores de los servicios de salud, así como en formadores de políticas. El sector público recurre cada vez más a la contratación externa de servicios de salud como alternativa para prestar tales servicios. Por otro parte, dada la ventaja comparativa de tener una fuerte vinculación con las comunidades y su historia como proveedores de atención primaria de salud para los pobres, las ONG pueden ser de importancia vital en la ampliación de la cobertura, el aumento de la prestación de servicios eficaces en función de los costos y la provisión de servicios de salud de calidad.

**RECUADRO I: BÚSQUEDA E IDENTIFICACIÓN DE CASOS:  
LISTA DE CONTACTOS**

- ? Banco Mundial;
- ? Banco Interamericano de Desarrollo;
- ? Organización Panamericana de la Salud;
- ? Agencias cooperadoras de los Estados Unidos;
- ? Organizaciones Privadas Voluntarias de los Estados Unidos (USPVO); IPPF, Región del Hemisferio Occidental en Nueva York, IPPF, oficina de Guatemala, CARE en Atlanta, CARE en países seleccionados de ALC, varios Proyectos de Co-Financimiento Voluntarios de la USAID en ALC, Plan Internacional, AED, Servicios de Ayuda Católicos (Catholic Relief Services), MAP Internacional, Visión Mundial, PSI.

Hasta la fecha, se ha escrito muy poco sobre las experiencias de los gobiernos de la región en la contratación de ONG para prestar servicios de salud del primer nivel. Es por esta razón que este documento sirve para identificar las experiencias innovadoras en la región y para analizar los éxitos y obstáculos en la trayectoria de estas experiencias durante los últimos años. Cada vez hay más incentivos para que las autoridades nacionales y ministerios de salud de la región encuentren proveedores alternativos de servicios de salud para satisfacer las necesidades de sus poblaciones. De manera similar, dentro de sus proyectos de reforma de los sistemas de salud, las instituciones internacionales de

cooperación técnica y financieras están apoyando a los gobiernos de la región para que cambien sus esquemas tradicionales de atención de salud.

---

<sup>1</sup> Para los fines de este documento, se supone que las ONG son organismos sin fines de lucro.



### **3. CRITERIO DE SELECCION DE CASOS, METODOLOGIA Y ORGANIZACION DEL DOCUMENTO**

---

Esta sección contiene una descripción del proceso que se usó para seleccionar los casos y la metodología que se empleó para dicha selección. Al iniciar el estudio, la Iniciativa buscaba identificar y examinar casos de ONG contratadas por entidades públicas para prestar servicios de salud primaria, cuyo eje principal se basara en la medición del desempeño de los proveedores (contratos basados en el desempeño). La idea inicial fue estudiar estos casos con miras a documentar las lecciones aprendidas en el desarrollo de dichos contratos. Así, podrían servir como punto de partida para los países en el proceso de elaborar políticas de salud que contemplaran la contratación de ONG basada en el desempeño como estrategia para mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de salud.

En julio de 1998 se inició un estudio de ejemplos de casos de ONG con experiencia en relaciones contractuales con el sector público. La metodología que se aplicó en este estudio constaba de una búsqueda de casos basada en entrevistas semi-estructuradas por medio de correo electrónico y vía telefónica. Fueron elaboradas dos listas de contactos iniciales, una de investigadores y expertos internacionales en el tema, autoridades nacionales en la región de ALC y de ONG internacionales, y una de casos preliminares a investigar. Después de comunicarse con cada persona de las listas, sugirieron otros nombres o instituciones con quienes entrar en contacto. Hubo un análisis interno dentro del proyecto y con la AID sobre los casos a estudiar y en base a ello se elaboró una lista final. En el Cuadro I se resumen los casos y contratos examinados, particularmente algunos detalles sobre las ONG mismas.

Si bien es cierto que existen otros casos similares a los ejemplos tomados para elaborar este documento, los casos fueron seleccionados por la disposición de ambas partes, del sector público y la ONG, en colaborar con esta iniciativa y por su interés en trabajar juntos como sector público y ONG.

Hay que destacar que el aprendizaje por medio de estudios de casos tiene sus limitaciones. Los ejemplos citados y las lecciones aprendidas de los casos examinados no necesariamente se pueden extrapolar a otras circunstancias y lugares. Más bien sirven como referencia al usuario del documento para contar con una imagen actualizada de las experiencias específicas de estos cinco países. Y por último, hay que mencionar que este documento se limita al estudio de estos cinco casos específicos y no pretende ser exhaustivo.

CUADRO I: RESUMEN DE CASOS/CONTRATOS EXAMINADOS

COMPRADOR Y PRESTADOR	TIPO DE ONG Y SERVICIOS CONTRATADOS	AÑO DE FUNDACIÓN	% INGRESOS DEL SECTOR PÚBLICO	PRESUPUESTO ANUAL DE LA ONG	TIPO DE CONTRATO Y MECANISMO DE PAGO
Ministerio de Salud de Colombia – PROFAMILIA	Afiliada a IPPF; S/R, Servicios ambulatorios	1965	25-28%	US\$17-20 millones	Servicios con adelanto fijo, facturación por servicio, servicios de laboratorio, asesoría educacional
Caja Costarricense de Seguro Social – COOPESALUD	Cooperativa; APS, ambulatorios	1987		US\$3 millones	Contrato por servicios con un presupuesto global calculado en base a la población y área geográfica: Servicios de salud integrales.
Ministerio de Salud de Guatemala – Talita Kumi	De la comunidad, iglesia; APS	1991	40%	US\$1.2 millones	Contrato por servicios con un presupuesto global calculado en base a la población y área geográfica: APS
Ministerio de Salud de Perú – CLAS	Co-administrado por la comunidad y MSP; APS				Transferencias presupuestarias basadas en capitación: APS
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social – PROFAMILIA	Afiliada a IPPF; S/R	1966	<1%	US\$4.3 millones	Subsidio: S/R

Para ser incluido como caso de estudio, el caso debía incluir un contrato, o sea, un acuerdo legal entre dos entidades nacionales, en que hubiera una transacción financiera entre una entidad estatal y una ONG. En el contrato, es necesario que la ONG provea atención de salud primaria directamente a la población; no incluye capacitación, servicios de farmacia ni servicios auxiliares como lavandería, alquiler de equipo o servicios de comida. Tampoco incluye servicios de hospitalización ni contratos con hospitales para la provisión de servicios de atención básica, ya que este tipo de arreglo involucra otro nivel de complejidad.

Inicialmente se trató de identificar ejemplos de contratos que incluyeran algún tipo de sistema o método de supervisión y/o evaluación del desempeño, ya que este aspecto hace la diferencia entre acuerdos basados en subsidios o donaciones. Sin embargo, después de una exhaustiva búsqueda en la región, se determinó que en realidad existen pocos ejemplos de casos de contratos basados en el desempeño en que el pago estuviera directamente vinculado al desempeño de las actividades. Los cinco casos identificados muestran un espectro de modalidades de contratación que fluctúa entre ninguna orientación hacia el desempeño (como en el caso de la República Dominicana) y una moderada orientación hacia el desempeño (como en los casos de Costa Rica y Colombia), donde los contratos contienen indicadores de desempeño y cuyos acuerdos contemplan evaluaciones periódicas.

Dentro de la Iniciativa Especial de las ONG y la Iniciativa para la Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (RSS/ALC), el Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR, *Partnerships for Health Reform*) organizó una reunión regional de América Latina y el Caribe en Santo Domingo, República Dominicana, el 11 y el 12 de mayo de 1999. El Cuadro II de este documento emergió de esa reunión. Este documento se basa en los resultados de la reunión del grupo de trabajo, en las discusiones sostenidas con los participantes sobre sus experiencias y en los contratos mismos de los países estudiados y servirá para analizar las experiencias con contrataciones de ONG por parte del sector público para la prestación de servicios de atención de salud básica.

Es importante conocer el tipo y fuente de financiamiento (donaciones o contratos, por entidades nacionales o internacionales) que recibiría una ONG y la relación que ésta tiene con la comunidad y organizaciones comunitarias antes de que el gobierno negocie acuerdos formales con cualquier ONG. Hay que reconocer los mecanismos de financiamiento y el nivel de orientación hacia el desempeño, como asimismo los incentivos inherentes en el contrato y los requisitos y guías de presentación de datos y el desarrollo de las labores de las ONG. Un análisis más exhaustivo de los tipos y categorías de ONG examinadas en este documento se encuentra en el Cuadro II a continuación y en el Anexo I.

**CUADRO II: CARACTERISTICAS DE LAS EXPERIENCIAS DE CONTRATACION DEL SECTOR PUBLICO EN ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS DE LA REGIÓN DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

PAIS Y CASO ANALIZADO	TIPO DE SERVICIO	MECANISMO DE SELECCION, DURACION DEL CONTRATO	REGULACION, QUIÉN HACE CUMPLIR EL CONTRATO Y A QUÉ NIVEL	BASES DE FINANCIAMIENTO Y PERIODICIDAD DE PAGO	INCENTIVOS FINANCIEROS Y NO FINANCIEROS PARA EL COMPRADOR Y PROVEEDOR -	ORIENTACION DE LA EVALUACION HACIA EL DESEMPEÑO	NIVEL DE ESFUERZO EN LA DIRECCION Y ADMINISTRACION - COMPRADOR	NIVEL DE ESFUERZO EN LA DIRECCION Y ADMINISTRACION – PROVEEDOR	AMBITO GEOGRÁFICO DE LA CONTRATACION (NACIONAL, REGIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL, ETC.)	CARACTERISTICAS DE LA SUPERVISION Y EVALUACION
PROFAMILIA – MINSA Colombia	Actividades educativas sobre violencia y salud sexual y reproductiva; servicios de promoción y prevención; servicios de cuidado ambulatorio; incluido laboratorio, mamografía, PAP; consejería e investigación.	Directa 80% Invitación 10-15% Licitada 5-10%	Decretos 80 y 100 sobre requisitos y cláusulas del contrato. Acreditación por parte del contratante.	Educativo por la capitación y servicios proporcionados.  Promoción y prevención por la capitación.  Curativo por los servicios y cantidad de servicios.		Mayor cobertura; Mejor productividad; satisfacción de los proveedores; mejores condiciones de salud; logro de metas en el tiempo adecuado.	Inversión en establecimientos y tecnología; Logro de la inversión en acreditación en sistemas de información; administración de desembolsos.	Demandas por recursos localizando la financiación, haciendo bosquejos de las normas para los contratos; Movilización de los recursos para actividades de control y evaluación; seguimiento, control y evaluación.	Nacional, regional, municipal y local.	Tanto cuantitativa como cualitativa. Con respecto a los resultados e impactos de los procesos. A través del seguimiento, encuestas y control de registros.
Coopesalud- Caja de Seguro Social de Costa Rica	Cuidado de la salud integral establecido por el Instituto de Seguro Social (CCSS).	Seleccionado como proyecto modelo en 1987; actualmente, un contrato de 3 años y el compromiso de operaciones anuales.		Per cápita estimado sobre base anual y desembolso mensual.	Hasta 2% del presupuesto anual, según cumplimiento del contrato.	Los indicadores son compromiso predefinido a nivel de funcionamiento.	Empresa proveedora de servicios de salud.	Requiere una reorganización interna de la CCSS para separar las funciones y orientar a los proveedores hacia los resultados.	Proporciona servicios a un cantón en la provincia de San José, con una población estimada de 80.000 personas.	6 meses. Supervisión y evaluación anual.
SIAS/Talita Kumi–MdS Guatemala	Cuidado primario integral, con énfasis en servicios M-I, se orienta hacia demandas de emergencia y prevenciones, intervenciones	Existe un criterio de selección por licitación, tomando en consideración la experiencia y habilidad a nivel de organización,	Acreditación departamental con aprobación a nivel nacional; Garantía de calidad; Aplica un sistema de supervisión;	Per cápita para una población fija en un área geográfica determinada.	Comprador: Mejor cobertura, capitalización en infraestructura existente, reducción de costos. Proveedor: Oportunidad de cumplir su	Por servicio, actividad, calidad, productividad.	Alimentado dentro del Sistema de Información (SIGSA).	Supervisión de las operaciones financieras, uso de los recursos.	Nacional.	Seguimiento cada 2 meses, evaluación anual del contrato.

PAIS Y CASO ANALIZADO	TIPO DE SERVICIO	MECANISMO DE SELECCION, DURACION DEL CONTRATO	REGULACION, QUIÉN HACE CUMPLIR EL CONTRATO Y A QUÉ NIVEL	BASES DE FINANCIAMIENTO Y PERIODICIDAD DE PAGO	INCENTIVOS FINANCIEROS Y NO FINANCIEROS PARA EL COMPRADOR Y PROVEEDOR -	ORIENTACION DE LA EVALUACION HACIA EL DESEMPEÑO	NIVEL DE ESFUERZO EN LA DIRECCION Y ADMINISTRACION - COMPRADOR	NIVEL DE ESFUERZO EN LA DIRECCION Y ADMINISTRACION - PROVEEDOR	AMBITO GEOGRÁFICO DE LA CONTRATACION (NACIONAL, REGIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL, ETC.)	CARACTERISTICAS DE LA SUPERVISION Y EVALUACION
	del medio ambiente y preventivas.	económica, de infraestructura y de comunicaciones; En algunos casos se usa una sola fuente.	Plan de capacitación establecido.		compromiso social y fortalecer la organización; Obtención de estabilidad financiera; Fortalecimiento de la capacidad técnica, reconocimiento de parte del Gobierno.					
CLAS-Mds PERÚ	Cuidados de salud primarios, entorno curativo y preventivo y promoción de la salud.	Nombramiento directo como proveedor único; contrato por tres años con renovación anual.	Equipo central del MINSA a cargo del programa de dirección compartida; comité de salud regional existente proporciona supervisión.	Las transferencias del presupuesto tienen en cuenta a la población asignada y se provee un paquete de servicios básicos; cada CLAS somete su presupuesto.					El nivel nacional involucra a 700 centros, cubriendo una población de 4 millones.	Informes periódicos por parte del CLAS; incluye indicadores sobre el proceso y resultados; evaluación anual; auditorías técnicas y financieras.
PROFAMILIA – SESPAS República Dominicana	Servicios de salud reproductiva.	No existe ningún mecanismo de selección; los contratos son por un año y renovables, basados en subsidios globales.	Existe un proyecto para elaborar normas y directrices de regulación y acreditación.	Presupuesto a través de subsidio; pagos mensuales.	No	No	Tiene que preparar informes mensuales.	Sigue gastando y proporciona seguimiento.	Nacional	Inexistente.

En el Cuadro I se presentan algunas de las variables que caracterizan a los contratos y las diferentes categorías que corresponden a cada una de estas variables. La combinación de estos aspectos, los resultados de las negociaciones sobre precios de los servicios, mecanismos de pago, como asimismo la motivación e incentivos de los agentes para llevarlos a cabo, generarán distintos resultados en la ejecución y cumplimiento del contrato. Los factores determinantes de estas variables son el marco legal de cada país, el entorno político y la legislación contractual, así como los objetivos implícitos en ambas partes para establecer relaciones contractuales.

La conjugación de estas características influye en el nivel de complejidad de los sistemas administrativos, los requisitos de supervisión y evaluación y los incentivos (riesgos financieros y no financieros) para ambas partes.

En este documento se analizan varias opciones de contratación a las que pueden recurrir los gobiernos y a las ONG, las experiencias y habilidades del sector público y de las ONG para celebrar acuerdos contractuales, las razones por las cuales ambos consideran las contrataciones como alternativa viable y temas específicos involucrados en el proceso. En el documento se pretende responder a las siguientes preguntas:

- ? ¿Por qué los países de la región de América Latina y el Caribe celebran contratos con ONG para proveer servicios de salud? ¿Cuáles son las razones por las cuales las ONG tienen interés en recibir financiamiento de parte del sector público?
- ? ¿Cómo influye el entorno político y el marco legal en la negociación y ejecución de los contratos?
- ? ¿Cuáles son las competencias que el comprador y el proveedor deben tener para poder celebrar estos contratos? ¿Cuáles son los factores positivos y las limitaciones del sector público y de las ONG que se deben tomar en consideración en estos acuerdos contractuales?
- ? ¿Cuáles son los riesgos e incentivos para ambos actores al contraer acuerdos contractuales? ¿Cuáles son los mecanismos de pago en cada contrato? ¿Se ha hecho un análisis de estimación de costos y precios antes de la negociación?
- ? ¿Qué sistemas de información necesitan tener ambas entidades para establecer relaciones contractuales? ¿Cuáles son los sistemas de supervisión y evaluación de que disponen estos países y cuáles con los desafíos en esta área?

Las preguntas recién planteadas se responden sobre la base de la experiencia de cada caso examinado. En la Sección de Consideraciones Críticas, se presenta un análisis técnico de los aspectos relevantes que hay que considerar al momento de contratar o de analizar la contratación. Hay que mencionar que en este documento se presentan algunos aspectos que en opinión de la autora hay que considerar antes de iniciar la negociación de los contratos, tanto durante la fase de negociación como en el período de ejecución del contrato. Sin embargo, sobre algunos de los aspectos mencionados se carece de información detallada y por ende se optó por incluir un análisis básico de él con miras a una futura exploración.

## 4. EXPERIENCIAS CON CONTRATACIONES

---

### 4.1 COLOMBIA

Hay que mencionar que en Colombia existe una amplia gama de contratos entre distintas entidades estatales y ONG. Sin embargo, para efectos de este trabajo solamente se examinó un contrato al nivel departamental con PROFAMILIA. El caso de Colombia representa un ejemplo donde el comprador (el Estado) tiene libertad de decisión para comprar servicios de salud a múltiples proveedores, en un marco de competencia relativamente libre, bajo la premisa de mejorar la eficiencia y calidad de los servicios. El Gobierno decidió contratar la provisión de servicios de salud con el sector privado por razones de eficiencia y no únicamente como una decisión política de reorganizar el sector salud para incrementar la cobertura total de la población colombiana. En Colombia, el tradicional monopolio de seguridad social estatal en la administración y prestación de los servicios de salud está siendo sustituido por un sistema abierto a la participación libre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). El gobierno se espera lograr una asignación más eficiente de los recursos fiscales al introducir el concepto de competencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en el que coexisten el Instituto de Seguridad Social y las EPS (las que a su vez establecen contratos con proveedores). Así se crea un gran conjunto de prestadores que incluye entidades públicas, ONG y prestadores privados. La relativa autonomía de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) permite mejorar la competitividad entre las empresas privadas en el marco del libre mercado, sirviendo como mecanismo para asegurar el eficiente manejo y control de los participantes en este mercado.

En el caso de Colombia, PROFAMILIA se enfrentó a una reducción gradual de la financiación de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) en 1993, viéndose enfrentada a la necesidad de buscar fuentes de financiamiento alternativas para su sustentabilidad financiera. En 1993, el 30% del presupuesto de PROFAMILIA provenía de donaciones externas, monto que en la actualidad ha disminuido a tan sólo un 5% ( año 1999)

Para minimizar el efecto de la falta de donaciones y enfrentar de mejor manera el nuevo entorno del mercado de la salud en Colombia, en 1994 PROFAMILIA se abocó a la tarea de reestructurar su organización y mejorar su infraestructura física y tecnológica. Ese mismo año se fue testigo de una baja cobertura en los servicios de planificación familiar y salud reproductiva de parte del sector público y una escasa oferta de parte del sector privado. PROFAMILIA estaba cubriendo un 70% de la planificación familiar del país y se le presentó la oportunidad de llenar el vacío en la oferta de servicios de planificación familiar para la población no cubierta, desafío que aprovechó para buscar alternativas de financiamiento.

Como resultado de los contratos celebrados con entidades públicas y privadas de salud, PROFAMILIA pudo, en el corto plazo a partir de 1993, reemplazar gran parte de los ingresos que había dejado de percibir a través de donaciones internacionales. Asimismo, PROFAMILIA diversificó sus fuentes de ingreso y por ende pudo disminuir los riesgos financieros. Otra ventaja de los contratos con el sector público fue el mayor nivel de influencia de PROFAMILIA en las actividades de los compradores privados y públicos. PROFAMILIA pudo poner énfasis en mejorar la calidad de la atención a través de la modernización de su tecnología clínica e incrementar la eficiencia institucional a través de la disminución de los costos y la racionalización del gasto.

Colombia se destaca como ejemplo de un país en que existe un marco legal que respalda la contratación de entes privados por parte del sector público. En 1993 se ratificó la Ley 80, que se conoce

como Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, y la Ley 100, que contempla el régimen de seguridad social y la cobertura universal y bajo la cual está demarcada la reforma del sistema de salud colombiano. Estas leyes posibilitan la reestructuración de la administración pública y en particular del sistema de salud, ya que permiten la contratación del sector privado (incluyendo ONG) por parte de entidades públicas para la prestación de servicios de salud. El ambiente era propicio, desde el punto de vista político y legal, para avanzar con contratos con ONG para la prestación de servicios de salud. Al mismo tiempo, como parte de la reforma del Estado, el Gobierno de Colombia fortalecía el papel del Ministerio de Salud como normador y regulador del sistema a nivel nacional. La experiencia colombiana es única en América Latina y existió un esfuerzo abierto e intencional por crear un ambiente propicio para un mercado libre y una cultura de contrataciones.

El Ministerio de Salud colombiano considera que con la evolución del papel que desempeña el gobierno y la clarificación de sus funciones como financiera, comprador y prestador de servicios, la compra de servicios de salud a las ONG se puede considerar como una forma eficaz en función de los costos para aumentar la cobertura y la calidad de los servicios de salud.

En Colombia, el tema de las contrataciones se enfrentó con la resistencia y oposición de algunos grupos que consideraron la contratación como amenaza a su estabilidad laboral, a pesar de contar con el respaldo del marco legal y de la reforma del sector salud.

Debido a la rápida puesta en marcha de las reformas en el sector salud y su alto nivel de complejidad, incluyendo la descentralización del sector salud, Colombia ha experimentado algunas dificultades en lo que dice relación con los sistemas de información en el marco de los contratos. El Ministerio de Salud colombiano revisó los formatos para registrar la historia clínica. Sin embargo, debido a que los contratos se firman a distintos niveles y con distintas entidades públicas (por ejemplo, al nivel departamental o municipal), hay discrepancias entre los registros y sistemas de información estadística. El proceso de descentralización colombiano no sólo ha llevado al país a repartir la responsabilidad por la prestación de los servicios al nivel departamental o municipal, sino también por el mantenimiento de los registros estadísticos. Uno de los requisitos para que el comprador pague al prestador de los servicios es que éste llene por completo los formularios de historia clínica. Las EPS obligan a los prestadores a presentar la información de manera clara y detallada para dar curso al pago de las correspondientes facturas. En caso de presentarse dudas acerca de la información suministrada, las EPS “desglosan” las cuentas, con el consecuente atraso en los pagos.

En Colombia, PROFAMILIA es una organización relativamente grande en términos de su población beneficiaria y número de empleados y tiene experiencia en el manejo de donaciones y fondos de diversas fuentes. En este país se ha enfrentado con el problema de la demora en el pago de las facturas bajo varios contratos. La gran diversificación de su base financiera y su cuidadosa planificación en cuanto al uso de los fondos ha permitido que PROFAMILIA haga frente a los atrasos en los pagos del gobierno y cubra sus actividades con fondos de otras fuentes o reservas.

La forma adoptado por el contrato con PROFAMILIA en Colombia es un ejemplo claro de una escala de precios basada en el ingreso del paciente, el servicio prestado y el régimen bajo el cual está clasificado el paciente. En el contrato con el sector público, la población indígena y la población indigente no paga cuota de recuperación de costos, como tampoco las mujeres en período de embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones y los niños durante el primer año que tienen derecho al beneficio a través del Sistema de Información de Beneficiarios (SISBEN). Luego de este grupo se especifican varios grupos de población que están suscritos a diferentes afiliaciones y regímenes subsidiados, como lo llaman en Colombia, con escalas de pagos diferenciadas. Para más detalles sobre este tema, consulte el ejemplo de contrato de PROFAMILIA en Colombia anexo.

El contrato de PROFAMILIA en Colombia para la prestación de servicios de salud es un ejemplo mixto de pagos per cápita por un volumen de servicios estimados y reembolsos por caso atendido. En el contrato estudiado se estipula que en el marco del sistema de seguridad social, el Departamento pagará por anticipado a PROFAMILIA un 50% de lo previsto en el contrato, lo que permite que PROFAMILIA opere con una reserva en efectivo. El anticipo se estima en base de los servicios per capita que se esperan atender. El resto se cobra mensualmente por caso atendido, de acuerdo a las tarifas estipulados por ley y sobre la base de una facturación mensual. Se hace el desembolso mensualmente del monto anticipado.

La experiencia con PROFAMILIA en Colombia ha sido variable. En este mecanismo de pago, el riesgo financiero recae en PROFAMILIA. Los desembolsos por servicios prestados dependen en gran medida de la habilidad de PROFAMILIA de preparar varios tipos de facturación, de acuerdo al tipo de régimen al que está suscrito el paciente y al nivel de subsidio que recibe; así como de la capacidad de la entidad estatal de pagar sus cuentas conforme a las facturaciones. Para más de talles, consulte el contrato de PROFAMILIA en Colombia.

Como se mencionó anteriormente, PROFAMILIA pudo crear una base financiera sólida con fondos provenientes de diversas fuentes de financiamiento, lo que le permite contrarrestar cualquier atraso en los pagos de parte del gobierno. Hay que mencionar que el sistema de salud en el marco de la Ley 100 está entrando en crisis financiera, lo que ha generado una demora significativa en el pago de las cuentas. La cartera de servicios con todas las entidades prestadoras de servicios de salud ha ido en aumento, pero el gobierno no puede cubrir sus gastos.

Para efectos de este documento, no se analizarán los demás contratos que PROFAMILIA mantiene con el sector público. Sin embargo, hay que mencionar que además del contrato con el sistema de seguridad social a nivel departamental que recién examinamos, PROFAMILIA mantiene varios contratos con distintas entidades estatales como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Justicia, entre otros. Recientemente, PROFAMILIA firmó un contrato con la Alcaldía de Bogotá para prestar servicios de planificación familiar, control prenatal, control posnatal, control del recién nacido y planificación familiar posparto. Bajo este contrato, PROFAMILIA recibe pagos por servicio prestado, no por caso (por mujer).

## **4.2 COSTA RICA**

El Gobierno de Costa Rica ha decidido contratar entidades cooperativas para la compra de servicios de salud principalmente para ampliar la disponibilidad de prestadores de servicios de salud y así cubrir las necesidades insatisfechas de la población y reducir el gasto público en salud. Por un lado, todavía hay servicios nuevos que proveer y por otro, existe una dificultad más legal que financiera que impide el crecimiento del sector público en la prestación de estos servicios. El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social han elaborado un modelo de atención para el primer nivel. En éste, las actividades de atención primaria están claramente establecidas y pueden ser realizadas por prestadores tanto públicos como privados. En este modelo de atención, se contemplan atenciones en el campo preventivo y de promoción de la salud. Con el fin de dirigir la aplicación de estas políticas, se emplean “Compromisos de Gestión” (contratos) para orientar a los proveedores hacia la satisfacción de las necesidades de salud identificadas. En el caso de los contratos con cooperativas, el compromiso de gestión adquiere el carácter legal de un contrato entre una entidad pública y una entidad de tipo privado.

Costa Rica ha podido construir una base de contratos con cooperativas en el marco de la Ley 4750 de 1971. Ésta autoriza a la Caja Costarricense de Seguridad Social, como ente autónomo, a firmar contratos para desarrollar proyectos que mejoren los servicios de salud. A partir de 1994, se aprobaron leyes para la modernización del Sector Salud con la ayuda de créditos del Banco Mundial y del Banco Interamericano

de Desarrollo. Ello ha permitido desarrollar los “compromisos de gestión” para modificar los mecanismos de asignación de recursos financieros a los entes prestadores tanto públicos como privados.

Por distintos motivos, los ministerios de salud de Costa Rica y Colombia han decidido fortalecer su papel de normadores y reguladores del sector salud, iniciando la separación de la función de prestación de servicios de salud a través de procesos de compra de servicios de salud. En el caso de Costa Rica, el sector público compra servicios a COOPESALUD, entre otros. Esto se lleva a cabo a través de la Caja Costarricense de Seguro Social, la institución responsable de ejecutar los programas de atención a las personas.

Costa Rica pretende separar las funciones de compra y prestación de los servicios de salud celebrando contratos entre Cooperativas (ONG) y la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta última tradicionalmente ha desempeñado la función de prestador de servicios de salud en la esfera pública. Al impulsar la reforma del sector salud, se pretende evolucionar de un Estado que financia, compra y provee servicios de salud a un modelo donde la compra y prestación de los servicios es responsabilidad de actores diferentes, tanto públicos como privados.

El caso de COOPESALUD en Costa Rica representa uno de los ejemplos más destacados sobre la evolución hacia mecanismos que garanticen la calidad de la atención. De los cinco ejemplos de contratos estudiados, solamente el contrato entre la Caja Costarricense de Seguro Social y COOPESALUD precisa y define la promoción de la calidad y el mejoramiento permanente de ésta. Por ejemplo, en el Artículo 6.1 del contrato, se estipula que para asegurar la calidad de la atención, el proveedor hará lo siguiente: “...garantizar la calidad científico - técnica de los servicios prestados; incorporar la gestión clínica; incorporar sistemáticamente el control de la gestión interna para enmarcar su accionar en el proceso hacia la excelencia en calidad; y promover la satisfacción del cliente interno.” Y para “...orientar los servicios a la satisfacción del cliente externo, el Proveedor deberá desarrollar programas informativos y educativos que respondan a las necesidades y problemas expresados por su clientela”. Para más detalles, a este documento se anexa una copia del Compromiso de Gestión de la Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Salud, 1998.

Para el seguimiento del contrato y el cumplimiento de su función de regulador de la calidad de los servicios de salud, el Gobierno de Costa Rica, por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social, realiza evaluaciones semestrales del cumplimiento del contrato con COOPESALUD. Al nivel nacional, el papel de regulador del sector salud está a cargo de dos instituciones, el Ministerio de Salud (que regula el sector salud de manera general) y la Caja (a cargo de las regulaciones de los contratos que celebra).

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social estipula, dentro del compromiso de gestión, que el proveedor deberá llevar registros en sus propios sistemas contables y cumplir con los requisitos necesarios en cuanto a sistemas de información biomédica, financiera y costos. Sin embargo, los formatos requeridos no están incluidos en el cuerpo del contrato y tampoco como anexos. De acuerdo al contrato, COOPESALUD puede llevar sus propios registros de información sobre los servicios financieros u otros prestados, siempre y cuando los informes que genere sean compatibles con las necesidades de información estipuladas por la Caja.

En los casos examinados, las experiencias difieren en cuanto al nivel de la carga administrativa que se impone al sector público y a la ONG para el mantenimiento de los registros e información que generan los contratos. En el caso de Costa Rica, esta carga administrativa significó redistribuir recursos desde otras unidades de la organización para conformar esta nueva unidad que se encargará de la preparación, negociación y evaluación de los contratos, así como de la definición de las políticas de compra de servicios. La Dirección de Compra, donde se maneja la información técnica y administrativa para la

gestión institucional de los contratos, fue creada en 1996 dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social. El diseño técnico fue parte del nuevo modelo de asignación de recursos financieros que se implementa con fondos del crédito otorgado por el Banco Mundial.

El vínculo entre el cumplimiento de ciertos resultados predeterminados por indicadores y el pago del comprador al proveedor es el factor más importante que distingue los contratos basados en el desempeño de los demás. De los casos examinados, en Costa Rica los contratos con el sector privado son más detallados y elaborados en materia de medición del desempeño mediante indicadores. En la Cláusula 7.3 del contrato examinado, que se conoce como Compromisos de Gestión de la Caja Costarricense de Seguro Social, se estipula que cualquier resultado de la evaluación global semestral que sea inferior a un 90% de lo acordado afectará en forma proporcional y directa la cancelación del presupuesto disponible para ese semestre hasta en un 2,5% del mismo. Esta reducción se aplicaría al semestre siguiente.

El comprador también tiene una mayor carga administrativa: debe contar con sistemas de supervisión en funcionamiento que midan exactamente el cumplimiento de acuerdo a metas basadas en el desempeño y el progreso con relación a esas metas. En los contratos basados en el desempeño, como se ha visto en el caso de Costa Rica, el comprador está interesado en supervisar la prestación de los servicios en términos de su volumen, para así poder vincular directamente el pago a la prestación de los servicios y retener desembolsos por desempeño inferiores a las normas y metas o en caso de no cumplimiento de los protocolos establecidos. Todavía no se conocen los resultados de la aplicación de esta medida, ya que recién entró en vigencia este año 1999.

En la asignación de recursos económicos dentro de los Compromisos de Gestión, COOPESALUD tiene varios indicadores para medir el nivel de la prestación de servicios de la atención primaria a cinco grupos de población y que está obligada a cumplir: niños/niñas, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores. Se definen tres tipos de objetivos, los de estructura orgánica que son de cumplimiento obligatorio, los de calidad y los de prestación de servicios. Los indicadores de estructura orgánica son condiciones obligatorias e invariables predefinido por el comprador, a las que se adhiere el proveedor de servicios y el resto; los de prestación y calidad forman parte de los aspectos que se discuten durante la negociación. Dentro del contrato mismo, hay una explicación de la definición de cada indicador, detalle que se puede ver en el contrato mismo.

De los cinco casos, solamente en los casos de la cooperativa COOPESALUD en Costa Rica y PROFAMILIA en Colombia se hizo una estimación de los costos reales de cada servicio. COOPESALUD utilizó su estudio de costos como parte de la negociación con el gobierno al momento de determinar el precio al que vendería cada servicio. De similar manera, COOPESALUD utilizó dicha información para mostrarle al gobierno el beneficio financiero que hay al contratar a la cooperativa para la prestación de servicios de salud. Sin embargo, la Caja Costarricense cuenta con una aproximación a los costos basada en cifras promedio, la que utiliza más bien como techo para definir los pagos per cápita bajo los contratos con proveedores.

En Costa Rica, el mecanismo de pago entre la Caja Costarricense de Seguro Social y COOPESALUD es por suma o monto global predeterminado y desembolsado mensualmente. Para estimar el costo per cápita del servicio a la población beneficiaria, se analizó lo gastado en unidades de atención del primer nivel, estandarizando un volumen de prestaciones. Este monto fue multiplicado por la población beneficiaria total para calcular el monto global. El método empleado por COOPESALUD es un método transitorio entre la presupuestación histórica y el costeo de un paquete de prestaciones que se usa para determinar lo que hay que pagar al proveedor. Cabe señalar que la estimación de la población beneficiaria la determina el proveedor, con la consecuente variabilidad y posibilidad de sesgo debido al incentivo directo de recibir más recursos.

Con relación a este punto, la forma de pago de la Caja a COOPESALUD y el sistema de salud Costarricense implican una serie de efectos indirectos sobre el entorno de mercado y el nivel de elección del consumidor respecto a la unidad de salud a la que acude. La Caja paga un monto global a COOPESALUD por la provisión de servicios a una población estimada dentro de un área geográfica específica; donde la preferencia de esa población no se toma en cuenta al momento de determinar el volumen de servicios estimado. No existe una institución prestadora de servicios de salud de la Caja en esta área; y en consecuencia, el individuo normal dentro de la población meta y el área geográfica no puede elegir entre unidades de salud, a menos que recurra al sector privado con fines de lucro.

### **4.3 GUATEMALA**

En el caso del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) de Guatemala, las autoridades nacionales del gobierno y el Ministro de Salud tomaron la decisión política de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud de las poblaciones rurales de difícil acceso geográfico. Esta decisión se basó en los Acuerdos de Paz firmados por los cinco países centroamericanos y que incluyen el compromiso de trabajar para reducir la mortalidad infantil y materna en un 50%, erradicar la polio, eliminar el sarampión y dedicar el 50% del gasto público en salud a la prevención de enfermedades. En ese entonces, el Ministerio de Salud de Guatemala no contaba con la infraestructura ni los recursos humanos adecuados para atender la población no cubierta. El gobierno tomó la decisión de aprovechar la presencia de las ONG existentes para encarar los problemas de salud. Una de las estrategias adoptadas para cumplir con los Acuerdos de Paz fue el fomento de alianzas con la sociedad civil, incluyendo ONG comunitarias, la extensión de la cobertura hacia los más pobres y la prestación de un conjunto de servicios básicos de salud. Hasta la fecha, el Ministerio de Salud de Guatemala tiene 103 contratos con 67 ONG.

En Guatemala, la situación fue distinta a los casos de Colombia y Costa Rica. Aquí, debido a su misión social, las ONG comunitarias tienen una larga tradición de prestación de servicios sociales (entre ellos servicios de salud) a las comunidades de los pueblos indígenas. Para aumentar la cobertura de las poblaciones indígenas de bajo ingreso socioeconómico, las ONG guatemaltecas se mostraron interesadas en participar en el nuevo plan del gobierno para fortalecer las alianzas del Ministerio de Salud con la comunidad por medio de las ONG.

Este enfoque creativo de trabajar bajo el marco legal existente también fue adoptado por el Ministerio de Salud de Guatemala. El Artículo 24 del Código de Salud de Guatemala y la Ley de Administración Pública faculta al Ministerio de Salud para firmar “acuerdos” con organizaciones no gubernamentales del sector salud. El Código de Salud de Guatemala fue aprobado en 1997 como condición para los desembolsos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El Programa del SIAS cuenta con asistencia técnica en el marco de un proyecto del BID y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Después de una década de tensiones políticas y conflicto armado, luego de la concertación civil, el Gobierno de Guatemala tomó la decisión de resolver los problemas de salud de su población apoyándose en contratos con ONG comunitarias y tuvo el éxito en su compromiso. Pese a la buena voluntad de las autoridades del gobierno, algunos sectores nacionales, particularmente los sindicatos médicos, opusieron cierta resistencia al cambio.

En Guatemala, las ONG contratadas por el Ministerio de Salud son pequeñas y tienen una reducida base financiera. Debido a esta nueva modalidad de contratación mediante el SIAS y el elevado número de contratos con ONG, al Gobierno le ha sido difícil efectuar los pagos por anticipado a las ONG, como está estipulado en los contratos. Los contratos realizados en el marco del SIAS contemplan una cantidad fija

per cápita y los desembolsos se deberían realizar cada trimestre. Cualquier atraso en los desembolsos repercute directamente en las operaciones de las ONG y en su capacidad de cumplir con sus actividades. Por otro parte, dichos desembolsos podrán ser retenidos en caso de detectar irregularidades en el uso de los recursos o por la falta de productividad.

El contrato entre la ONG Talita Kumi y el Ministerio de Salud no contempla compensaciones por retrasos en los pagos. Talita Kumi reporta que si bien los pagos del Gobierno se han atrasado en ciertas oportunidades, esto no ha sido frecuente en el transcurso de los tres años de contrato. Hay que destacar que esto ha sido producto de la agilidad administrativa que ha demostrado la organización en el cumplimiento oportuno de los requisitos necesarios para el pago. Cuando los pagos se han retrasado, la organización ha tenido que depender de recursos obtenidos de otras fuentes para seguir funcionando, por ejemplo créditos bancarios. Cuando la organización se enfrenta con una falta de fondos para seguir funcionando, puede acceder de inmediato a sobregiros en sus cuentas bancarias. Sin embargo, sigue en pie lo enunciado anteriormente respecto a las dificultades de una ONG que no tiene capacidad de cubrir financieramente los retrasos de pago: se ve afectada en sus compromisos con la comunidad para prestar servicios si le faltan insumos médicos y fondos de operaciones en general.

En Guatemala se tuvo que crear una unidad dentro del Ministerio de Salud para manejar y dar seguimiento a los fondos; esta unidad recibe el apoyo financiero y administrativo del Banco Interamericano de Desarrollo y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

#### **4.4 PERU**

Las autoridades del Gobierno del Perú tomaron una decisión parecida a la de Guatemala, esto es, aumentar la cobertura de los servicios de salud a la población no cubierta, principalmente en el área rural, aunque con una estrategia distinta. Como respuesta a los problemas de salud y cobertura, el Gobierno de Perú creó los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), similares a las ONG en cuanto a su estrategia para cubrir las necesidades de salud de la población. Hoy en día existen alrededor de 530 CLAS funcionando a nivel nacional, lo que incluye 855 establecimientos de la atención primaria en 26 de las 34 Direcciones de Salud, cubriendo una población meta de aproximadamente 4 millones de habitantes.

En 1990, las tasas de mortalidad infantil y materna del Perú estaban entre las más altas de la región. En 1993, el Gobierno del Perú decidió aumentar la cobertura de los servicios de salud básicos a las poblaciones más necesitadas. Una de las estrategias fue la formación de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) mediante un Decreto Supremo del Estado, con el mandato de co-administración y desarrollo de un programa de salud local con financiamiento principal del Estado. La organización de cada CLAS incluye un equipo conformado por cinco a siete miembros de la comunidad, la mitad elegidos por las organizaciones comunales y la otra mitad propuestos por el Ministerio de Salud.

Después de la crisis general de los años 80 y la lucha contra el narcoterrorismo que se vivió en el Perú, se tomó la decisión de abordar frontalmente los problemas de salud primaria bajo un enfoque de inversión social básica. Dentro de este marco se sitúa el Decreto Ejecutivo del Gobierno de Perú, por medio del cual el Ministerio de Salud queda autorizado para establecer programas de co-administración con los CLAS. El rasgo diferencial de éstos es la presencia y el potencial de la comunidad organizada como protagonista y ejecutor del cambio.

## **4.5 LA REPUBLICA DOMINICANA**

El gobierno de la República Dominicana ha identificado el mejoramiento de la calidad y la extensión de los servicios de salud reproductiva como principal motivación para las contrataciones.

Las razones por las cuales PROFAMILIA de la República Dominicana está interesada en formalizar las relaciones contractuales con la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) son similares a la experiencia de Colombia, aunque tiene rasgos particulares. Similar al caso de Colombia, son las ONG, entre ellas PROFAMILIA, las que prestan la mayoría de los servicios de planificación familiar en la República Dominicana. Este servicio no ha estado bajo la responsabilidad del sector público. Sin embargo, la necesidad de aumentar la cobertura de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar crece día a día. Al mismo tiempo, PROFAMILIA está buscando la manera de diversificar sus fuentes de ingreso para asegurar su sostenibilidad financiera futura.

De manera similar como en el Perú, en la República Dominicana no hay un marco legal sólido que apoye las contrataciones. La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de este país, dentro del acta del presupuesto anual, asigna fondos para financiar las ONG. Pero todavía no existe ningún marco legal que promueva la contratación de éstas.

Se está implementando un proceso de habilitación de las organizaciones prestadoras de salud en la República Dominicana, mediante el cual dichas organizaciones reciben una autorización expresa de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) para brindar un determinado nivel de servicios a la población. En el proceso mediante el cual SESPAS ejerce su función rectora del sistema, se establecen las normas básicas y se reglamenta la oferta de servicios de salud a la población, garantizando que los mismos satisfagan determinados estándares mínimos. La habilitación es previa al proceso de acreditación, también en vías de desarrollo. La acreditación promueve el mejoramiento constante de la calidad de los servicios de salud en términos de eficiencia y eficacia, prestando atención a los distintos factores (recursos humanos, tecnológicos, infraestructura, institucionales y de gestión). En el proceso de acreditación, las ONG que brindan servicios de salud tienen motivaciones para elevar sus niveles de calidad y de eficiencia y para participar en un contexto de licitación para la contratación de sus servicios por parte del ministerio de salud o el Instituto de Seguridad Social.

## 5. CONSIDERACIONES CRITICAS

---

### 5.1 TEMAS A CONSIDERAR CUANDO SE DECIDE CONTRATAR

Los aspectos a considerar tanto por parte del comprador como del proveedor al momento de decidir si se establecerán negociaciones contractuales son: 1) el deseo de ambas entidades de tener relaciones contractuales, 2) el entorno político y marco legal; 3) el nivel de desarrollo orgánico e institucional de ambas partes para asumir sus nuevas funciones; 4) el nivel de complejidad del contrato en cuanto a subvenciones en bloque, contratos de servicio o contratos basados en el desempeño; y 5) el nivel de riesgo involucrado para ambas partes. Tanto el comprador como el proveedor tienen que evaluar sus capacidades internas y su motivación a la hora de decidir si establecerán relaciones contractuales y cómo hacerlo. En esta sección se analizará el motivo implícito que tienen los países, tanto el gobierno como las ONG, cuando deciden optar por contratos y el entorno político y el marco legal que facilita o impide la contratación. Cada subsección se inicia con una breve introducción a los conceptos analíticos que se desarrollarán, las experiencias encontradas y las principales conclusiones.

#### 5.1.1 Por qué los países optan por contratos

Las experiencias de contratación de una ONG para la prestación de servicios de salud primaria que se examinan surgen de iniciativas nacionales que se originan tanto en los gobiernos como en la sociedad civil. Las principales razones para tales contratos son la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud a poblaciones no cubiertas, en especial los sectores marginales y de bajo ingreso económico. Otra razón por la cual los países optan por concertar acuerdos contractuales surge de la necesidad de encontrar mecanismos alternativos para proveer servicios de salud que el sector público generalmente no presta o bien porque al momento de la decisión existen razones políticas, falta de aptitud técnica o una baja destreza financiera que fundamentan este tipo de contratación.

Es en este sentido, la contratación de ONG por el sector público no se origina de un proceso secuencial ni hay una receta sistemática para llegar a la contratación, más bien se genera a partir de las necesidades particulares de los países y en base a oportunidades tomadas por los políticos y autoridades nacionales.

#### 5.1.2 Razones para que el sector público opte por una relación formal con las ONG

Las razones por las cuales los gobiernos deciden formalizar las relaciones con las ONG son múltiples y van desde la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios básicos a poblaciones no cubiertas y mejorar la calidad de la atención prestada, hasta frenar los costos y aumentar la eficiencia del sistema público de salud y la reducción del gasto público. Por medio de los contratos, el sector público tiene la posibilidad de trascender más allá de una administración de servicio público tradicional, donde existe poca flexibilidad en el manejo de los recursos humanos y no hay posibilidades de incentivar el desempeño. En el proceso de contratación se pretenden vincular nuevos incentivos de rendimiento del comprador y proveedor de la manera más eficaz posible en función de los costos, para así asegurar la provisión de servicios de salud a la mayor parte de la población.

Cuando el sector público analiza sus opciones para la provisión de los servicios de salud y considera la alternativa de contratar estos servicios, ya sea con el sector privado con fines de lucro o con el sector privado sin fines de lucro, en el mejor de los casos, el Ministerio de Salud compara el costo de prestar él mismo esos servicios. El costo de cada una de estas opciones se compara con el nivel de calidad esperado en la atención que se entregará y la habilidad de cada proveedor para llegar a las poblaciones beneficiarias. Como estrategia para reducir los costos, algunos sistemas de salud están evolucionando desde sistemas públicos con proveedores de salud únicos hacia mercados libres donde la competencia entre proveedores fomenta el uso eficiente de los recursos.

En los casos de Perú y Guatemala, donde existen grandes poblaciones de difícil acceso geográfico, diversas culturas étnicas y grandes poblaciones indígenas, los Ministerios de Salud contrataron con los CLAS y las ONG, respectivamente, como estrategia para ampliar la cobertura y por ende mejorar la calidad de la atención prestada. Aunque hay una variedad de razones por la cual el sector público opte por subcontratar los servicios, en la mayoría de los casos examinados se trata de una estrategia para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud. Solamente en el caso de Costa Rica, la decisión de contratar con el sector privado y las cooperativas se debió a una estrategia para frenar los costos incurridos por el sector público, además de atender a las poblaciones no cubiertas. En Colombia, además de ampliar la cobertura y asegurar la calidad, el motivo principal para contratar ONG para prestar los servicios de salud es aumentar la eficiencia en el uso de los recursos fiscales. Sin embargo, a diferencia del caso de Costa Rica, en Colombia el Estado introdujo el concepto de libre elección del consumidor y la competencia como estrategia para llegar al mismo fin. Los demás gobiernos de la región pueden examinar las experiencias de Colombia y Costa Rica en su estrategia de contratación como medida para reducir los costos en la prestación de sus servicios de salud. Los tópicos de la libre competencia y elección del consumidor serán explorados en la sección sobre incentivos.

### **5.1.3 Razones que impulsan a las ONG a formalizar sus relaciones con el sector público**

Los contratos con el sector público sirven para otorgar una mayor certidumbre y precisión en sus procesos presupuestarios internos (Bennett, 1997) a las ONG. Asimismo, los contratos les dan la oportunidad de aumentar su cobertura y su impacto en las comunidades. Al celebrar acuerdos, ya sea en la forma de subvenciones en bloque, acuerdos de servicios o contratos basados en el desempeño, las ONG también ganan el reconocimiento formal del gobierno por los servicios que pueden brindar a la población.

Además, las ONG están interesadas en establecer relaciones contractuales con el sector público por razones financieras. Cuando cambian las fuentes de financiamiento, las ONG examinan vías alternativas para reducir costos, diversificar servicios y aumentar sus ingresos en un esfuerzo por enfrentar la disminución de los fondos de donantes y en su búsqueda por la supervivencia financiera.

Las razones principales por las cuales las ONG examinadas optaron por contraer acuerdos contractuales con los gobiernos son variadas, desde la necesidad de diversificar sus fuentes de ingreso financiero hasta el fortalecimiento de su labor y misión social. Al presentarse la oportunidad de establecer relaciones contractuales, cada ONG se encontrará frente a una oportunidad que deberá analizar y a costos y beneficios que deberá examinar.

## **5.2 ENTORNO POLITICO Y MARCO LEGAL**

Difieren las razones por las cuales el sector público y las ONG decidieron contraer relaciones contractuales y sus experiencias en la fase de negociación. No obstante, en la mayoría de los casos (con la clara excepción de Colombia), los países se enfrentaron con obstáculos políticos y legales a las contrataciones y tuvieron que desarrollar planes y tomar caminos alternativos para poder realizarlas.

En los demás países estudiados, el marco legal no está orientado a la contratación y en algunos casos es obsoleto y no se adapta al desafío que encaran los países para resolver los problemas de salud que enfrentan.

## **5.3 CAPACIDAD GUBERNAMENTAL PARA ESTABLECER RELACIONES CONTRACTUALES**

Los ministerios de salud en la región de América Latina y el Caribe están comenzando a centrarse en su función de ente financiera, comprador y regulador, dejando de lado su papel de proveedor de servicios de salud; esto, con el fin de aumentar tanto la cobertura como la calidad de la atención de salud y mejorar la eficiencia. A medida que evoluciona esta división de funciones, el sector público necesita generar nuevas estructuras internas que formalmente separen las funciones de financiamiento, cobro de tarifas, compra y provisión de servicios. Este modelo del sector público, de reciente formación, habilita al gobierno a manejar eficazmente sus nuevos papeles, responsabilidades y funciones.

Es importante tener consciencia acerca de la presión que ejerce en ambas partes este proceso de división de funciones y nueva responsabilidad por la compra de servicios. Por lo tanto es indispensable que se fortalezcan las competencias gerenciales (de salud, administrativas y financieras) tanto del comprador como del proveedor alternativo y simultáneamente se mejoren los sistemas de información en salud de ambas entidades (Bennett, 1997, Mills, 1997, Sojo, 1999).

### **5.3.1 Regulación y garantía de la calidad**

A medida que evolucionan las funciones que desempeña el Ministerio de Salud, la regulación del sector salud se convierte en una de las principales responsabilidades del sector público. Existen tres aspectos principales en la regulación del gobierno: acreditación, cumplimiento con las normas nacionales y control de calidad.

El primer aspecto de la regulación es la acreditación y el control de calidad de los servicios prestados. Por eso, uno de los primeros pasos que dan los gobiernos cuando deciden contratar a las ONG para prestar servicios de salud es la acreditación de éstas para que puedan ser consideradas en los contratos del sector público. El gobierno tiene la responsabilidad de determinar los requisitos necesarios para que una ONG quede habilitada para iniciar relaciones contractuales con el fisco. Dependiendo del nivel y tipo del acuerdo, el sector público debe articular los requisitos básicos que debe cumplir y las habilidades que debe poseer una ONG antes de que pueda ser admitida para una relación formal. En un acuerdo basado en el desempeño, por ejemplo, el gobierno podría exigir que la ONG tenga implementado un tipo específico de sistema financiero, cumpla con ciertos protocolos

clínicos para los servicios de salud proyectados, posea una determinada proporción de médicos por enfermeras y enfermeras auxiliares o tenga un mínimo en equipos básicos e infraestructura.

Por regulación también se entiende la función rectora y supervisora que asume el sector público en términos de asegurar el cumplimiento de normas y estándares nacionales. En el cumplimiento de las normas y protocolos de atención, ya sea mediante contratos público - público o contratos público - privado (incluyendo ONG), el gobierno tiene la responsabilidad de regular la prestación de los servicios de salud cuando están involucrados recursos fiscales para contratar los servicios, de modo que se cumplan los protocolos de tratamiento y los estándares nacionales para la prestación y normas de atención de salud.

Relacionado con la acreditación y el cumplimiento de normas y protocolos de atención está el control o garantía de calidad, otro aspecto de la regulación gubernamental. Se trata de un conjunto de actividades que se realizan para fijar estándares y supervisar y mejorar el desempeño del proveedor de servicios; de manera que la atención brindada sea lo más efectiva y segura posible (Bouchet, Abramson, 1998).

Una vez que el gobierno determina los requisitos que debe cumplir la ONG a fin de poder ser considerada en los contratos gubernamentales, el gobierno evalúa los aspectos de la prestación de atención de salud que necesita regular y cómo lo hará. A medida que los gobiernos de la región de América Latina y el Caribe empiezan a otorgar una mayor importancia a su papel de reguladores del sector salud, deben evaluar su habilidad para supervisar los contratos y la manera en que este aspecto se vincula con los temas de regulación.

Con la excepción de Costa Rica, los casos y contratos analizados no contienen condiciones sobre ninguno de los tres tipos de regulación explicados anteriormente, ni la definición usada en este documento de control de calidad de la atención. Aunque los países han articulado que uno de los objetivos principales de la contratación es mejorar la calidad de la atención prestada, en sus contratos no incorporan mecanismos que apoyen el cumplimiento de estándares de calidad ni indicadores para medirla. Si bien es cierto que una de las principales razones de los compradores para contraer relaciones contractuales es mejorar la calidad de la atención, se recomienda que se explore más cabalmente la experiencia de Costa Rica con la incorporación de medidas de control de calidad en los contratos mismos.

En cada uno de los casos examinados, se articuló la necesidad de desarrollar políticas de garantía de la calidad en lo que dice relación con vigilar el cumplimiento de los estándares nacionales y el mejoramiento del desempeño del proveedor de servicios.

### **5.3.2 Sistemas de información y mantenimiento de registros**

En los ejemplos estudiados, fue evidente que todos los participantes en la reunión regional, tanto del lado del sector público como de las ONG, identificaron los sistemas de información, monitoreo y evaluación como áreas que deben mejorar. Si bien es cierto que los ministerios de salud tienen sistemas de registro de información de tipo epidemiológico y administrativo, son pocos los países que han hecho un esfuerzo por crear intencionalmente los formatos y registros necesarios para vigilar el cumplimiento de los contratos con las ONG. Este tema amerita una mayor investigación y se recomienda que se base en el aspecto de la futura asistencia técnica o capacitación.

El comprador de servicios de salud necesita contar con estructuras administrativas y procedimientos y mecanismos apropiados en funcionamiento que faciliten la implementación de acuerdos contractuales, al igual que sistemas de información amigables para el usuario. Por ello es esencial que los gobiernos posean un sistema de mantenimiento de registros que les permita reunir la información necesaria. Entre la información más relevante se cuentan los servicios prestados, la calidad del servicio, el personal y los materiales usados para la producción de los servicios y el costo de la información, tanto en la prestación de la atención de salud pública como la privada. Un sistema computarizado para revisar y procesar las facturas de los contratistas servirá para el funcionamiento armónico del sistema.

En el éxito de la contratación, los sistemas de información adecuados son decisivos. Ellos permiten que el comprador decida acerca de los servicios que se deben contratar externamente y también ayudan a agilizar la supervisión adecuada de los contratos. En Bennett y Mills (1998) se describen los requisitos esenciales de un sistema de información para una adecuada toma de decisiones y supervisión de los contratos. Es importante que el comprador conozca el costo y la calidad de los servicios públicos de salud, a fin de determinar los servicios a contratar. El gobierno necesita tener suficiente información sobre el costo financiero y la calidad real de sus propios servicios para poder decidir acerca de los servicios que contratará externamente. Además, la información proveniente de los registros sobre pacientes es una importante fuente de información para poder revisar la calidad de la atención que se está suministrando.

### **5.3.3 Capacidad de pago**

Muchas ONG que mantienen contratos con el gobierno dependen de estos fondos para su supervivencia financiera. Atrasos importantes en los pagos a una ONG podrían afectar negativamente su flujo de caja y comprometer esta relación. Al decidir si se debe concertar un acuerdo contractual con el sector público, una consideración importante es el grado en que el gobierno afectará a los contratos y a los contratistas si no cumple con su parte en el trato y no paga oportunamente (Smith y Lipsky, 1993). El incumplimiento del esquema de pagos podría aumentar el costo de proveer los servicios para la ONG o, en el peor de los casos, interrumpir el servicio. Aunque muchas ONG cobran tarifas a los usuarios, algunas no lo hacen.

La mayoría de las ONG en la región de ALC, particularmente las más pequeñas en términos de recursos humanos y financieros, no poseen grandes reservas en efectivo que puedan usar si no reciben puntualmente sus pagos. Son estas las ONG que se pueden ver mayormente afectadas en caso de un atraso en el pago de las cuentas, como sucedió en Guatemala. La experiencia y la competencia del sector público en la compra de los servicios y el pago de sus cuentas influirán en alto grado al momento de decidir acerca del tipo de ONG con que el gobierno establecerá acuerdos contractuales.

## **5.4 CAPACIDAD DE LAS ONG PARA ESTABLECER RELACIONES CONTRACTUALES**

Durante la reunión regional no se pudo profundizar en la investigación de este tema. Sin embargo, la autora de este documento considera que las habilidades y destrezas necesarias tanto en el sector público como en las ONG al momento de contratar son un aspecto de gran relevancia hoy en día. El éxito del contrato dependerá en gran medida del nivel de desarrollo y análisis que se haya realizado, antes de celebrar el contrato y durante la fase de negociación, sobre las aptitudes de ambas partes para vigilar las normas y estándares de atención y los sistemas de información estadística y

financiera, entre otros. En el Anexo II se presenta un análisis sobre la naturaleza de las ONG y los aspectos clave de la estructura orgánica de ellas al momento de contratar.

## 5.5 MARCO DE ANALISIS

### Rango de los contratos

Dentro de un contrato existen muchos elementos y tipos que pueden ser utilizados por los compradores y proveedores, entre ellos subsidios de rubros presupuestarios o donaciones en bloque, contratos de servicios y contratos basados en el desempeño. En el espectro de las opciones de contratación, el sistema de salud británico se sitúa en un extremo y el sistema estadounidense en el otro. En el sistema británico, el sector público realiza las contrataciones internamente, dentro del sistema de salud pública. El *British National Health Service (BNHS, Servicio Nacional de Salud Británico)* contrata a médicos generales para que actúen como representantes de los beneficiarios. En los Estados Unidos, en cambio, el gobierno compra un alto porcentaje de sus servicios de salud a través de organizaciones con fines de lucro. En este país, los dos programas de salud de mayor envergadura en el sector público, Medicaid y Medicare, dependen en gran medida de contratos con proveedores del sector privado, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro.

### Intereses de los actores

Las metas y objetivos específicos, tanto del comprador como del proveedor, se discuten durante la fase de negociación, de forma que los intereses de ambas partes queden incorporados en el contrato. Esto puede ser una discusión complicada, puesto que, tal como señalara Brinkerhoff (1999) en su artículo, existe una variedad de actores con un amplio rango de intereses y los gobiernos nacionales, los donantes internacionales y las ONG internacionales y locales tienen todas agendas diferentes. Otro factor a considerar en el proceso de negociación se basa en el costo unitario total de los servicios que se brindarán en el marco del contrato. Tanto el comprador como el proveedor necesitan determinar los costos de estos servicios antes de iniciar las discusiones, para analizar si desde el punto de vista económico les conviene contratar y a qué precio.

### Negociación del contrato y nivel de descentralización

Aunque en este documento no se analizan los detalles de los casos examinados en términos del nivel de descentralización que tienen estos cinco países (un aspecto que se presta para otro análisis), es importante considerar el tema de la descentralización al momento de entablar negociaciones contractuales. Otro aspecto importante del proceso de negociación que entra en juego es decidir acerca del nivel del gobierno (esto es, el nivel central o regional/local) que será responsable de llevar a cabo las negociaciones. El grado de descentralización del ministerio de salud y el grado de este proceso de descentralización (delegación de autoridad, desconcentración de funciones, devolución de activos) entran en juego cuando se examina el tema de la asociación contractual formal. Habrá que indagar si el comprador y el signatario del contrato pertenecen al nivel central del gobierno o bien a una unidad de salud local, además del nivel de jurisdicción y autoridad que tendrán sobre los acuerdos contractuales. Las asociaciones podrán formarse más fácilmente y operar con mayor eficiencia en tanto existan relaciones descentralizadas que apoyen y promuevan la autonomía y toma de decisiones local (Brinkerhoff 1999). Idealmente, el proceso de negociación del contrato se debe realizar entre el comprador y el proveedor en el nivel local. Esto es preferible a la sola implementación en el nivel local de un acuerdo centralizado que puede interpretarse de forma muy rígida. Deben tomarse en

cuenta las peculiaridades y la idiosincrasia de cada localidad y proveedor, de forma tal que un arreglo contractual formal resulte lo más exitoso posible.

Hay que tomar en cuenta si las negociaciones se llevarán a cabo en el nivel central del gobierno o si la autoridad para negociar se delegará en el nivel local. ¿Existe un marco legal general bajo el cual puedan llevarse a cabo las negociaciones sobre contratos? ¿O pueden negociarse los contratos de acuerdo con las necesidades y el ambiente que existen en el nivel local? Una descentralización completa, donde la responsabilidad y autoridad sobre los recursos humanos y financieros están en manos del nivel local, puede hacer surgir una gran variedad de contratos. Si no existe un marco general o un formato estándar determinado por el nivel central que obligue a los compradores del sector público a adaptar a éstos sus contratos acordados a nivel local, puede generarse una seria de contratos disímiles y una situación caótica.

## **Características de los contratos**

Antes de concertar un arreglo contractual, se deben examinar aspectos como el grado de descentralización del sistema de salud, la flexibilidad del comprador, la contabilidad, el grado en que el contrato está orientado a los resultados, los resultados en términos de ganancias en salud, la utilización y el grado en que los incentivos están incorporados en el sistema y el tipo de incentivos que se consideran. Al prepararse para establecer relaciones contractuales, también se deben considerar otros aspectos como el procedimiento de facturación, la determinación de costos, los costos administrativos y los sistemas de información.

El eventual proceso de negociación quedará estructurado por la decisión del comprador de licitar o no públicamente el contrato, como asimismo por la decisión de si el contrato se hará con una entidad con fines de lucro o sin fines de lucro, pública o privada. Si un contrato se licita, es más probable que en las propuestas se incluyan metas sobre el desempeño. Sin embargo, en la región de ALC es más frecuente encontrar casos de contrataciones de ONG para brindar servicios primarios de salud que no han sido licitados. En los cinco casos de contratación examinados, no hubo licitación pública para la contratación.

Antes de iniciar la fase de negociación o de evaluar el progreso de un contrato, habrá que considerar los siguientes tres aspectos: costos administrativos, incentivos y requisitos de supervisión y evaluación. A continuación se presenta un marco de análisis bajo el cual se analizaron los casos estudiados.

### **5.5.1 Costos administrativos o de transacción**

Los costos administrativos o de transacción son los costos que implican el manejo y supervisión del contrato. Es esencial mantener sistemas apropiados de registro y mantenimiento de registros. Tanto el comprador como el proveedor deben tener implementados estos sistemas administrativos básicos para agilizar el manejo del contrato. Es clave que ambas partes aseguren que cualquier actividad aporte el máximo valor agregado real que sea posible. Esto significa que los costos administrativos de ambos deben reducirse al mínimo. Con frecuencia existe un equilibrio entre un mayor valor agregado del servicio y la contención de los costos administrativos. Las opciones de contratación en que los pagos están estrechamente vinculados al desempeño, mayor eficiencia y mayor calidad de la atención, tienen costos administrativos más altos que los subsidios de rubros o donaciones en bloque.

Al elaborar los contratos, es conveniente que sean estructurados de manera tal que cualquier riesgo injustificado relacionado con los costos administrativos sea de cargo del proveedor. Así no se reembolsarán todos los costos administrativos. Más bien habrá una cantidad fija por ese concepto. Esta medida sirve como incentivo para que el proveedor controle esos costos. Al negociar el contrato, se puede incluir un techo para los costos administrativos del proveedor. De este modo, si gasta menos de lo acordado, el proveedor ahorrará dinero, mientras que en caso contrario, el riesgo será de su responsabilidad.

Aunque durante las discusiones no se llegó a profundizar en este tema, hay que mencionar que dentro de los contratos de los cinco casos estudiados no se define claramente lo que son los costos administrativos de parte del proveedor. Es un rubro presupuestario que no se refleja en los acuerdos formales.

### **5.5.2 Sistemas de supervisión y evaluación**

La complejidad de los sistemas de supervisión y evaluación, tanto para el comprador como para el proveedor, es un factor importante a considerar cuando se analiza el mejor tipo de acuerdo contractual. Los indicadores basados en el desempeño que se incluyen en los términos de un contrato asegurarán la responsabilidad del proveedor con respecto al comprador. Los indicadores idealmente deben ser simples y fáciles de elaborar.

Es importante que el proveedor cuente con sistemas de información para generar los datos (de prestación de atención de salud y financieros) requeridos en el marco del contrato y que el comprador necesita supervisar. Un sistema de información debe incluir información sobre la cobertura, costo y calidad de los servicios de salud prestados, para que los compradores de dichos servicios puedan supervisar estos aspectos de la prestación del servicio.

En los contratos basados en el desempeño, es por ende importante que el contratista elabore formularios médicos para el registro de los datos de casos, además de protocolos clínicos nacionales normalizados, a fin de recopilar los datos necesarios para formular indicadores predeterminados. Estos se incluirían en el contrato para medir el desempeño. Por lo general se estipula el cumplimiento de ciertos estándares. En el contrato también se pueden incluir indicadores para medir los procedimientos y los resultados, además de incentivos que faciliten el suministro de información adecuada al comprador. Las evaluaciones periódicas del desempeño del contratista (ONG) que se incluyen en el contrato también sirven para determinar y medir el cumplimiento en relación con estándares nacionales. En términos generales, cuanto mayor sea el nivel de los requisitos de supervisión, mayores serán los costos administrativos.

Las experiencias estudiadas en la región muestran una amplia gama de prácticas en la supervisión y evaluación de los contratos, tanto de parte del comprador como del proveedor. Los representantes de Colombia y Costa Rica indican que se han realizado esfuerzos por institucionalizar los respectivos sistemas de información, a fin de que sean paralelos para el sector público y los proveedores. Sin embargo, aunque en este estudio no se pretendió profundizar en todos los aspectos abordados en este momento, no se cuenta con más detalles sobre las experiencias individuales.

### 5.5.3 El contrato basado en el desempeño

Cuando las relaciones entre el sector público y el sector privado adquieren una naturaleza más formal, resulta cada vez más necesario vincular el pago de los servicios de salud con los objetivos de desempeño. Los contratos basados en el desempeño definen resultados específicos que idealmente deben reflejar los objetivos de salud del sector público. Para medir los resultados, se podrían incluir indicadores de cobertura, calidad y productividad.

#### RECUADRO II: INDICADORES ILUSTRATIVOS PARA MEDIR LOS CONTRATOS

- ? Volumen de servicios: disponibilidad de servicios, cobertura;
- ? Calidad de los servicios: encuestas al usuario final sobre satisfacción del cliente, encuestas de satisfacción del usuario final, errores en medicamentos, rotación de personal, ausentismo, tiempo de espera en la admisión, porcentaje de remisiones de casos a unidades de un nivel superior;
- ? Medidas financieras: flujo de fondos, gastos contra ingresos.
- ? Productividad: horas de enfermería por paciente, número de pacientes atendidos

Los indicadores para medir el desempeño de un contrato se determinan desde el principio y se estipulan dentro de los términos del contrato.

En este tipo de contrato, el grado de riesgo es mayor para el proveedor de los servicios de salud, ya que es éste el responsable del desempeño y el pago está directamente vinculado con los resultados. En los contratos basados en el desempeño se produce la mayor carga administrativa para el proveedor, dado que él debe hacer un seguimiento y mantener información de todos los casos atendidos y servicios prestados, además de los datos financieros y datos sobre la calidad de los servicios prestados.

Antes de decidir si contratar a una ONG para la prestación de los servicios de salud, el gobierno necesita considerar: 1) el tipo de contrato; 2) el grado en que dentro del contrato se vinculará el pago con el desempeño; y 3) la aptitud tanto del sector público como de la ONG para manejar acuerdos contractuales.

Después de decidir si se subcontratará la prestación de los servicios de salud, las personas a cargo de la toma de decisiones en el sector público necesitan determinar la opción de contratación y el tipo de estructura de pago que mejor funcione en su situación. Para el éxito del contrato, es esencial que se elabore el diseño y los requisitos de manejo del contrato y el método de pago antes de celebrar el acuerdo, a fin de incluir incentivos adecuados para un buen desempeño.

### 5.5.4 Determinación de costos y precios

Para las definiciones de los términos costo, precio, pago, tarifa y cobro que se usarán en las siguientes secciones, consulte el Anexo III.

*Determinación de costos:* Antes de que el proveedor y el comprador lleguen a algún acuerdo sobre el precio de los servicios que el proveedor cobrará al comprador, es importante que tanto el gobierno como la ONG estimen el costo unitario de cada servicio que se prestará en el marco del contrato. Además, el gobierno debe proyectar el número de servicios que se ofrecerán sobre la base del análisis de la demanda y las necesidades de la población cubierta por el contrato (por ejemplo, número de nacimientos per cápita, vacunaciones para las poblaciones beneficiarias o consultas de

planificación familiar, etc.). Al estimar los costos unitarios por los servicios que prestará en el marco de un contrato gubernamental, la ONG debe evaluar si los servicios a ser contratados están recibiendo un subsidio cruzado. Dependiendo del tipo de opción contractual seleccionada, una ONG debe tener en cuenta este subsidio cruzado cuando discute su costo unitario proyectado durante el proceso de negociación.

Cabe señalar que el proveedor no está obligado a compartir con el comprador sus estimaciones de costo; más bien es conveniente que el proveedor conozca sus costos para asegurar que los contratos al menos cubran estos costos. La información sobre sus costos es una herramienta de negociación muy útil para el proveedor y no le conviene hacerla pública, ya que indirectamente está dando a conocer sus márgenes de beneficio.

*Fijación de precios:* Salvo en el caso de subvenciones en bloque, cualquiera que sea la opción contractual elegida, el concepto de fijación de precios del proveedor al comprador se contempla como parte de la negociación del contrato y se especifica en sus términos. Las opciones para la fijación de precios incluyen políticas de exención para poblaciones beneficiarias, la fijación de tarifas a los usuarios, una escala móvil u otros tipos de subsidio. En el caso de un sistema de seguro o en que existan servicios de salud subsidiados por el sector público donde los servicios se prestan sin cobro alguno, la fijación de precios varía. Existe un amplio abanico de opciones para fijar los precios, que fluctúa desde la libre oferta y demanda de mercado (que involucra mecanismos de recuperación de costos) hasta una política de exención en que los servicios se proveen sin cargo alguno.

En este punto es necesario considerar el tema de la sustentabilidad de la ONG. En términos contractuales, hay que evaluar la existencia de mecanismos de recuperación de costos para la ONG o un eventual incremento de los pagos gubernamentales a medida que aumenta la demanda por servicios o se amplía la cobertura de los servicios contratados.

El ejercicio de costeo y la estimación de precios para fijar los pagos a los proveedores es un procedimiento poco practicado en los casos examinados en la región de ALC. Sin embargo, como lo demuestra el caso de Costa Rica, este ejercicio sirve al proveedor como insumo en su negociación con el comprador. En los casos de COOPESALUD en Costa Rica y PROFAMILIA en Colombia, ambos utilizan sus estimaciones de costo para determinar el nivel de pago que requieren para que la prestación de los servicios de salud les sea rentable. De similar índole, al comprador le conviene conocer los costos reales que le significan prestar el servicio, especialmente al momento de analizar y determinar el beneficio de contratar la provisión de servicios con el sector privado. Las investigaciones en este campo y las discusiones con los representantes del gobierno y de las ONG demuestran que realmente es necesario que ambas partes comiencen a considerar sus costos y el papel que éstos cumplen cuando se determina el monto del pago en el contrato mismo. Uno de los principales descubrimientos durante la reunión regional en mayo 1999 sobre el tema fue que los países desean recibir asistencia técnica en esta área.

### **5.5.5 Incentivos**

Dentro de cada acuerdo contractual pueden existir incentivos tanto financieros como no financieros. La distribución del riesgo financiero entre el comprador y el proveedor se refiere al riesgo financiero que implica cubrir los costos incurridos al proporcionar los servicios contratados. En el riesgo no financiero, la pregunta es si el comprador está obteniendo lo que está pagando. ¿Está el proveedor produciendo los bienes y servicios que se acordaron en el contrato?

La distribución del riesgo no financiero es un factor importante a considerar cuando se realizan negociaciones contractuales. Al contratar la prestación de servicios de salud, el gobierno de hecho está distribuyendo el riesgo y la responsabilidad entre el cliente y el contratista (Walsh, 1995), o entre el comprador y el proveedor, en este caso. El nivel de distribución del riesgo tendrá implicaciones para los términos del contrato, la fijación de precios y los costos administrativos y de supervisión. En la medida en que el riesgo aumenta, el proveedor tratará de negociar un pago más alto para compensar este mayor riesgo.

Existe riesgo financiero cuando el costo de prestar los servicios a la población beneficiaria es superior a los fondos disponibles. El riesgo puede mitigarse por medio de una variedad de métodos, entre ellos el cobro de copagos, la limitación de la cobertura a un paquete definido de servicios y la restricción de la cobertura en términos de toques de dinero o número de visitas. Un proveedor se enfrenta a un riesgo financiero cuando el costo de los servicios prestados es más alto que lo previsto inicialmente. El riesgo financiero del proveedor disminuye cuando el costo del servicio es más bajo que lo previsto. Los diversos mecanismos de pago distribuyen de distinta manera el riesgo financiero entre el comprador y el proveedor.

En la siguiente sección se enumeran brevemente algunos mecanismos de pago disponibles a los compradores y sus correspondientes incentivos. Por ejemplo, bajo un sistema de pago por servicios prestados, donde se cobran diferentes tarifas por cada servicio o producto entregado, los proveedores reciben un pago por todos los servicios prestados y el comprador asume la carga del riesgo financiero por los costos. Bajo un sistema de pago prospectivo, como en el caso del método de pago per cápita, donde al proveedor paga una cantidad fija por persona, el riesgo financiero se transfiere al proveedor. El riesgo se puede compartir entre el proveedor y el comprador, por ejemplo en el caso de un eventual pago por caso específico, en que se entrega un pago fijo que cubre todos los servicios para un caso específico. Del mismo modo, en la sección sobre mecanismos de pago, se presenta un análisis de los casos de Costa Rica y Colombia y la forma en que sus métodos de pagos pueden incentivar o desincentivar distintos comportamientos.

### **5.5.6 Financiamiento y mecanismos de provisión de pagos**

El desempeño de los sistemas de salud está más directamente vinculado con la manera en que se asignan los fondos a los proveedores de servicios de salud que con el monto total de los fondos disponibles para estos servicios.

El comprador puede pagar de varias formas por los servicios que presta el proveedor: por caso, por día, por persona, por año, por servicio (Wouters, 1998). Todos los mecanismos de pago a proveedores conllevan un conjunto de incentivos que pueden promover positivamente o negativamente un comportamiento específico de los proveedores en términos de los tipos, cantidades y calidad de los servicios que ofrecen. Para la reforma del sector salud y las formas innovadoras para diversificar la prestación de la atención de salud, es necesario que los reformadores del sector salud en el sector público examinen los incentivos de los proveedores (Wouters, 1998; Bennett, 1998).

En el Anexo IV se presenta una breve descripción de algunos de los principales métodos de pago en la prestación de servicios médicos. Al definir un mecanismo de pago a proveedores, es de particular importancia que se especifique el momento en que se determinarán los términos de pago. Cuando se negocia y acuerda el precio de un paquete de servicios de salud antes de la prestación de los servicios, este método se llama pago prospectivo. Los términos de pago especificados prospectivamente incluyen pagos por capitación y ellos aumentan el incentivo por la eficiencia,

puesto que la carga del riesgo recae sobre el proveedor. Cuando el pago se fija ya sea durante o después de la prestación del servicio, se denomina pago retrospectivo o reembolso basado en los costos. El reembolso por atención prestada es uno de los tipos de reembolso retrospectivo más común (Maceira, 1998).

Para los fines de este trabajo, examinemos los cuatro principales tipos de métodos de pago que encontramos al discutir contratos del gobierno con una ONG: subvenciones en bloque o subsidios de rubros específicos, capitación, pagos por caso específico y reembolso por atención prestada. Más información sobre los métodos de pago alternativos e incentivos para mejorar la prestación de servicios de salud se encuentran en el Manual de *“Partnerships for Health Reform”*, en la sección sobre Métodos de Pago Alternativos.

En la siguiente sección se analizan los casos de Costa Rica y Colombia, sus mecanismos de pago y los consiguientes incentivos y desincentivos inherentes en cada método de pago.

Aquí se presenta un análisis de los incentivos implícitos en los dos esquemas de pago que encontramos: pago por monto global, en Costa Rica, y pago por caso, específico, en Colombia. Se examinan principalmente los efectos del mecanismo de pago sobre la eficiencia, calidad de los servicios prestados y acceso a los servicios.

En el caso de Costa Rica, el pago en forma de monto global basado en estimaciones de la población y el área geográfica, podría promover dos tipos de incentivos. El primer tipo de incentivo está relacionado con el nivel de eficiencia. Existe el incentivo positivo de aumentar la eficiencia en el uso de los recursos, prestando los servicios al menor costo posible y evitando desperdicios. Relacionado a esto mismo está el incentivo de tratar todos los casos en el nivel de cuidado más apropiado, ya que el proveedor está interesado en contener sus costos y por ende evitar que los casos se compliquen y tengan que ser tratados en un nivel de atención más alto. De manera similar, hay un incentivo de proveer servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, por ejemplo, de atención primaria.

Por otra parte, con este mecanismo de pago, donde el monto global está predeterminado y no tiene vinculación con el volumen de los servicios prestados, puede existir el peligro de que se arriesgue la calidad de la atención. En primer lugar, el proveedor en este caso recibe su pago independientemente de si la población recurrió a esos servicios de salud. Entonces, podría verse afectado el número de personas que acude a los servicios de salud, al igual que el tipo y número de servicios que cada individuo recibe, ya que hay un incentivo negativo que impulsa a economizar los recursos financieros y esto conlleva el riesgo de un tratamiento insuficiente de los pacientes.

Por último, hay que mencionar que en el marco de un sistema de pago por monto global, como el que contempla el contrato de la Caja Costarricense con COOPESALUD, el comprador (la Caja) podría centrar su labor de monitoreo y evaluación del contrato en el volumen de los servicios prestados con respecto a la meta, o sea, en la cobertura de los servicios y la población que recurre a los servicios, el número de atenciones de primer nivel implementados con trabajo de promoción de la salud y la calidad misma de la atención.

Acá hay que clarificar que en el caso de Costa Rica no se exploraron los incentivos y riesgos teóricos con respecto a la experiencia real. Sin embargo, cuando el proveedor no tiene fines de lucro (como en el caso de una ONG; consulte el análisis de los tipos de ONG), donde generalmente su misión contempla la prestación de un servicio de alta calidad, los riesgos negativos serían reducidos. En cambio, en el caso de un proveedor con fines de lucro, los riesgos negativos, particularmente en lo

que dice relación con la calidad de los servicios y el acceso de la población meta a ellos, serían mayores.

En el caso del contrato con PROFAMILIA en Colombia, a PROFAMILIA se le paga o reembolsa por cada caso tratado. Similar al caso de Costa Rica, este mecanismo de pago puede generar incentivos positivos y negativos. Dado que al proveedor se le reembolsa por los casos tratados, o sea, el pago al proveedor es por el número de personas tratadas, el nivel de eficiencia puede verse afectado positivamente. En cuanto a la eficiencia en el uso de los recursos financieros, los pagos basados en el número de casos tratados sirven de esfuerzo motivador para que el proveedor sea lo más eficiente posible en el uso de los fondos; esto es, el proveedor tratará de minimizar los costos relacionados con el tratamiento. Sin embargo, ya que existe un incentivo de minimizar los costos, también existe el peligro de caer en un exceso de economía y que por ende no se provean todos los servicios necesarios para tratar el caso. Esto pudiera afectar negativamente la calidad de la atención que recibe el paciente.

En cuanto el acceso a los servicios y salud y por consiguiente la cobertura, este tipo de pago promueve la iniciativa del proveedor de aumentar la cobertura de los servicios a la población. El proveedor tendrá mucho interés en promocionar sus servicios, tal vez atendiendo pacientes que recurrían a servicios de otro proveedor. Este fenómeno no solamente impulsa a incrementar el acceso, sino también en crear un ambiente de competencia entre proveedores.

Volviendo al tema de la calidad de la atención prestada, existe, como se mencionaba anteriormente, un incentivo positivo de parte del proveedor de centrar sus esfuerzos en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud, identificando los casos de alto riesgo para que éstos, los que generalmente son más costosos, sean remitidos a otro nivel de atención. Dado que al proveedor se le está pagando una tarifa fija por cada caso tratado (en este caso, por vasectomía, ligación, cirugía programada, etc.), podría tener motivaciones para identificar oportunamente los casos de alto riesgo para remitirlos a otro nivel y así controlar sus costos.

Por otra parte, bajo esta modalidad de pago, mientras que existe un incentivo por proveer servicios de prevención de enfermedades dentro de una consulta de atención de mujeres y su planificación familiar, existe un desincentivo por proveer servicios de seguimiento de los casos y de atención postoperatoria. El proveedor recibe una tarifa fija por caso como reembolso, por ejemplo, por una ligación o por la inserción de un DIU, independientemente de la atención que se otorgue después del servicio mismo.

Este mecanismo de pago indirectamente sirve de motivación al consumidor para regresar a la unidad de salud para su cita de seguimiento. Dado que al proveedor se le paga por caso, las citas de seguimiento no tienen costo adicional para el paciente.

Como en el caso de Costa Rica, el comprador (el Ministerio de Salud de Colombia) podría tomar algunas medidas, dentro de lo que es su sistema de seguimiento y evaluación de los contratos, para mitigar los riesgos y, en el caso de un contrato basado en el desempeño, recompensar el buen desempeño. Similar al contrato con pago por monto global de Costa Rica, en el caso del contrato con pago por caso específico de Colombia, se recomienda que el comprador trate de monitorear el cumplimiento de los protocolos de tratamiento de los casos estipulados en el contrato, para asegurar tanto la calidad de la atención como las remisiones hechas a otro nivel de atención. Al contrario del caso de pago por monto global, en el caso del pago por caso específico no es necesario controlar el volumen de los casos tratados con respecto a la meta, ya que este mecanismo de pago incentiva a aumentar el volumen de casos tratados. Otra medida que el comprador puede institucionalizar dentro

de los contratos para asegurar la calidad de la atención es un sistema de comprobación, en que el paciente firma un documento después de recibir cada servicio contemplado en el protocolo de tratamiento. En una histerectomía, por ejemplo, la paciente firmaría, después de su cita de seguimiento a los ocho días, de que recibió la atención completa, desde la planificación hasta el control postoperatorio.

Al igual que en el análisis del caso de Costa Rica, este análisis sobre el contrato de PROFAMILIA se basa en una serie de supuestos sobre el comportamiento humano e intenta vincular los mecanismos de pago con los riesgos e incentivos asociados en ellos. Similar al caso de Costa Rica, en Colombia no se pudieron explorar y comprobar estos supuestos. Es importante destacar que en el caso de una ONG sin fines de lucro como PROFAMILIA, los riesgos negativos tienden de ser mínimos.

En el caso de Costa Rica, donde el pago se realiza en la forma de monto global basado en estimaciones de la población y el área geográfica, se pueden promover varios tipos de incentivos. Existe un incentivo positivo para la eficiencia en el uso de los recursos, un incentivo para tratar los casos en el nivel de cuidado más apropiado y un incentivo para promover la salud y contener los costos. En el otro extremo, puede existir un incentivo negativo en que el proveedor, en un esfuerzo por economizar sus recursos financieros, no provea al paciente la atención necesaria para resolver su caso. En el ejemplo del contrato de PROFAMILIA en Colombia con un departamento bajo el sistema de seguridad social, en que a PROFAMILIA se le reembolsa por cada caso tratado, el nivel de eficiencia puede verse afectado positivamente. Pero, similar al caso de Costa Rica, existe el peligro de economizar y no proveer todos los servicios necesarios para tratar el caso y así afectar negativamente la calidad de la atención prestada.

## 6. LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

---

Aunque hay muchas similitudes entre las experiencias estudiadas, particularmente en la identificación de los proyectos como acción complementaria a la legislación nacional y en las dificultades que plantea el seguimiento y evaluación del desempeño de los contratos, hay diferencias coyunturales muy grandes entre los sistemas de salud de los países dentro de los cuales se está contratando. Cualquier comparación entre experiencias debe hacerse con mucha cautela y éstas no se deben tomar como modelos para replicarlas en otras situaciones políticas y sociales. Este documento no fue exhaustivo en el análisis de todas las experiencias de ONG contratadas para la prestación de servicios de salud en la región. Solamente se trató de mostrar y analizar cinco experiencias seleccionadas por su trayectoria en el campo de las contrataciones y por su disposición a colaborar con el proyecto, como un primer intento de consolidar las experiencias de la región. Este estudio se realizó en un momento determinado de tiempo y los resultados representan un proceso que está evolucionando día a día. Ambos actores, el comprador y el proveedor, se encuentran inmersos en un proceso de aprendizaje y de evolución hacia un nivel de contratación más sofisticado.

Las variables como periodicidad del pago, tipo de pago, nivel de orientación hacia el desempeño, peso de los requisitos administrativos, características del sistema de monitoreo y evaluación y tipo de servicio prestado que caracterizan a los contratos y las diferentes categorías que corresponden a cada una de estas variables, influyen directamente en los procesos y resultados de los contratos. La combinación de estas variables, los resultados de las negociaciones sobre el precio de los servicios, el mecanismo de pago, al igual que la motivación e incentivos de los agentes para llevarlos a cabo, generarán distintos resultados en la ejecución y cumplimiento de los contratos. Como factores determinantes de estas variables está el marco legal de cada país, el entorno político, la legislación contractual, así como los objetivos implícitos en ambas partes para entablar relaciones contractuales.

La conjugación de dichas características influye en el nivel de complejidad de los sistemas administrativos, requisitos de supervisión y evaluación e incentivos (riesgos financieros y no financieros) para ambas partes. Los casos estudiados se prestan para examinar los distintos aspectos de los contratos y, tomando en cuenta la coyuntura particular de los países, aprender sobre sus logros y desafíos futuros.

Dentro de este documento se analiza el espectro de posibilidades en la contratación de ONG para prestar servicios de salud, la variedad de motivaciones tanto del sector público como de las ONG para celebrar estos contratos, los tipos de contratos y las características de éstos. La resolución de problemas de cobertura y calidad de los servicios de salud para las poblaciones marginales o subatendidas es uno de los factores principales por los cuales el sector público en los cinco países estudiados decidió establecer relaciones contractuales con las ONG. Los gobiernos de Guatemala y el Perú abordaron el problema de cobertura y calidad de los servicios de salud a través de contratos con organizaciones de la comunidad. La motivación principal de las ONG para estas relaciones fue la búsqueda de sustentabilidad financiera mediante la diversificación de sus fuentes de ingreso. Otro factor de gran influencia en la decisión de las ONG para firmar contratos con el sector público fue la ejecución y ampliación de su misión social.

Los países con un ambiente político propicio a los contratos y un marco legal que promueve su celebración, como es el caso de Colombia, han tenido más facilidades para iniciar el proceso de negociación. En cambio, los países con un entorno político que obstaculiza las asociaciones contractuales con ONG y que tienen marcos legales que no facilitan estos contratos, han tenido que

ser creativos en la formulación de proyectos de índole contractual para poder desarrollar dichos acuerdos. El entorno político y el marco legal se cuentan entre los factores que más influyen en el éxito de las negociaciones y la ejecución de los contratos.

Aunque en los términos de referencia de este estudio no se contempló la búsqueda de información sobre la porción del gasto público en salud que se destina a las contrataciones, por las discusiones sostenidas con representantes del sector público y la breve trayectoria de la mayoría de los contratos, se puede afirmar que los contratos con ONG para la prestación de servicios de salud en este momento representan una porción muy pequeña del gasto del sector público. Debido al significativo nivel de interés que demuestran los gobiernos en subcontratar estos servicios, se puede pensar que la porción de la cartera de gastos va ir en incremento.

En ninguno de los casos estudiados, la contratación se realizó mediante una licitación competitiva. La única excepción es República Dominicana, donde el sistema de contratación se encuentra en etapa de diseño y contempla la licitación pública.

Fue interesante observar que ninguno de los contratos estudiados se basa en el desempeño, donde el proveedor recibe recompensas por la excelencia o por exceder sus metas o bien multas por el no cumplimiento de éstas. En Colombia y Costa Rica, los contratos examinados se acercan a esta modalidad, pero el pago al proveedor aún no se vincula directamente a su desempeño.

En muchos países de la región, el tema de las contrataciones entre entidades gubernamentales y ONG se está considerando dentro de los procesos de reforma del sector salud. La naturaleza de estas relaciones y la forma que adoptan los contratos está evolucionando día a día. En este documento se analizan y recomiendan algunas consideraciones y desafíos para el futuro en el campo de los contratos del sector público con ONG para la prestación de servicios de atención primaria.

Durante el transcurso de esta investigación y particularmente durante la reunión regional que se realizó para analizar los casos seleccionados, se identificaron tres aspectos que los países consideran como áreas que necesitan ser fortalecidas en el futuro: la determinación de costos y la fijación de precios, el desarrollo de sistemas de seguimiento y evaluación, particularmente en lo que se refiere a la determinación de los indicadores para medir el desempeño, y un análisis de los incentivos de cada mecanismo de pago.

Uno de los temas más relevantes que según los países se deben desarrollar en el futuro se refiere a los sistemas de información y su relación con el seguimiento de los contratos. ¿Qué sistemas de información necesitan tener ambas entidades para implementar contratos? ¿Cuáles son los sistemas de monitoreo y evaluación que ocupan estos países y cuáles con los desafíos en esta área? Dentro de los casos examinados, hay muy poca experiencia en el monitoreo y evaluación de los contratos, salvo el caso de COOPESALUD en Costa Rica, donde el contrato se basa en indicadores para medir el progreso en forma de evaluaciones anuales. Los cinco países se han mostrado extremadamente interesados en desarrollar sus sistemas de información para la toma de decisiones.

Para que las relaciones contractuales sean lo más beneficiosas posibles para el comprador y el prestador de los servicios y para lograr la sustentabilidad financiera de los contratos, es importante que ambas entidades determinen cuáles son sus costos reales implícitos en la prestación de los servicios. Todos los funcionarios de los gobiernos y las ONG presentes durante la reunión regional identificaron la necesidad de crear y fortalecer los sistemas de seguimiento del desempeño financiero y de las actividades como un vacío en los contratos. Uno de los primeros pasos para enfrentar estas necesidades pudiera ser la promoción de intercambios de experiencias entre los países en los temas de

la determinación de costos y fijación de precios y en la construcción de sistemas de evaluación de los contratos.

Uno de los beneficios de la reunión regional que mencionaron los participantes fue la oportunidad de reunirse con representantes de ONG y el sector público para aprender sobre los logros de los demás países en sus experiencias en el campo de la contratación. Asimismo, los países interesados en el tema de las contrataciones podrían aprender más detalles sobre experiencias similares en otras regiones del mundo y considerar las herramientas y experiencias que otros países pueden ofrecer para adaptarlas a sus necesidades.

El tema de la descentralización de los sistemas de salud es un factor que puede influir en la modalidad que adopten los contratos. Los contratos se pueden firmar en el nivel central de la entidad pública, como en los casos de Guatemala o Costa Rica, o por autoridades públicas del nivel regional o departamental, como en los casos de Perú y Colombia. El efecto de la negociación, firma y seguimiento de los contratos en el nivel descentralizado de las entidades públicas es un aspecto importante por investigar y puede prestarse como tema de una futura investigación.

El nivel de riesgo y la entidad sobre la que recae la mayor parte del riesgo, esto es, la ONG o el sector público, varía según las características de cada contrato. La capacidad tanto de la ONG como del sector público de asumir dicho riesgo es uno de los factores de mayor peso que hay que considerar durante el análisis del nivel de riesgo de un contrato. Los incentivos económicos y los incentivos no monetarios tienen que ser analizados en relación con el tipo y nivel de riesgo asumido por ambas entidades y los riesgos implícitos en el contrato. Se pueden analizar los incentivos agregados por entidad o por individuos (recursos humanos) dentro de cada entidad.

Hay muy poca información explícita sobre los riesgos e incentivos para contratar. Se trata de dos aspectos muy importantes que se deben profundizar en estudios o análisis futuros, ya que son la espina dorsal de una contratación exitosa en que ambas partes obtengan los resultados previstos en el transcurso del contrato. En ninguno de los casos en que se analizó el tema de los incentivos y riesgos (Costa Rica y Colombia) hay evidencia empírica que permita identificar y analizar los incentivos y riesgos en los mecanismos de pago; no obstante, existen dichos incentivos, tanto positivos como negativos, dentro de estos mecanismos de pago. Esta área de análisis amerita una investigación que sirva de comprobación de las hipótesis antes mencionadas.

Por último, hay que enfatizar la importancia de diagnosticar las competencias del sector público y de las ONG para celebrar contratos. No se puede asumir que las entidades involucradas puedan tener éxito meramente a través de políticas de salud que respalden la contratación. Durante la reunión regional entre los representantes de las ONG y los gobiernos, es digno de mencionar que todos los participantes estuvieron de acuerdo en la imposibilidad de asegurar una contratación exitosa sin muchos años de preparación en el fortalecimiento de las capacidades de ambas entidades para establecer relaciones contractuales.



## ANEXO I: TIPOS DE ONG

---

- ? Como organización, los CLAS en el **Perú** funcionan de manera muy similar a una ONG. En ellos, la gestión se comparte entre la comunidad y los prestadores del Ministerio de Salud, pero su financiamiento proviene del Gobierno.
- ? Las cooperativas como COOPESALUD en **Costa Rica** funcionan como una ONG de propiedad de los empleados y son manejadas por ellos; este tipo de organización es muy común en la región de ALC.
- ? Las ONG comunitarias, como se ven en **Guatemala**, generalmente son financiadas por la comunidad o por las iglesias. Talita Kumi es un ejemplo de este tipo de ONG, que trabaja en la generación de ingresos vía la producción. También existe una amplia gama de ONG que reciben financiamiento (donaciones) de organismos internacionales para cumplir con su misión social.
- ? PROFAMILIA en **Colombia** y PROFAMILIA en **la República Dominicana** caen bajo la definición de ONG cuyas fuentes de recursos financieros provenían principalmente de donantes externos. Estas ONG se encuentran en diferentes etapas de su camino hacia su sustentabilidad financiera. Hoy en día, apenas el 5% de los fondos de PROFAMILIA en Colombia provienen de la IPPE.

sistemas contables para el uso de dichos fondos, requisitos de información de sus actividades, entre otros. En cambio, una organización con poca o nula dependencia de agencias internacionales tendrá más autonomía para la ejecución de sus labores y requisitos de información acerca las mismas.

Las ONG de la región de ALC son distintas a las de los EEUU o de otros países “desarrollados”, ya que existen varias ONG que dependen en alto grado de la ayuda externa para su financiamiento. De los cinco casos analizados para este documento, de una forma u otra todos ellos reciben algún financiamiento de instituciones externas, ya sea en la forma de asistencia técnica o de apoyo directo a sus operaciones.

Es útil conocer las distintas fuentes (tanto externas como locales), tipos de financiamiento y misiones de las ONG, para que así el comprador esté consciente de la organización y motivaciones básicas de las ONG al establecer relaciones contractuales con una de ellas. Una organización cuya fuente de recursos financieros proviene de ayuda externa, ya sea en la forma de donaciones o contratos, tiene responsabilidades y aspectos particulares en la organización de sus



## **ANEXO II: CAPACIDAD DE CONTRATACION DE LAS ONG**

---

Los organismos no gubernamentales que deciden celebrar acuerdos contractuales con el sector público para la prestación de servicios de salud se enfrentan con muchos desafíos para tener éxito en dichos contratos. Entre estos está la capacidad de la ONG para responder a las demandas de un nuevo cliente, en este caso, el gobierno - comprador. También es importante, tanto para el comprador como para el proveedor, estar conscientes de la cultura interna de la ONG antes de establecer un acuerdo de prestación de servicios. La estructura y organización de las ONG difiere en alto grado de la estructura burocrática de la mayoría de los gobiernos. Las habilidades necesarias para manejar contratos gubernamentales, por ejemplo aquellas relacionadas con los sistemas de información y mecanismos de supervisión, son áreas que posiblemente las ONG tendrán que fortalecer. Los sistemas contables, financieros y técnicos de las ONG y el sector público a menudo son diferentes.

Cuando las ONG entablan relaciones formales con el sector público en su intento por acceder a estas fuentes de financiamiento alternativas, a menudo se enfrentan con desafíos de índole operativa y cultural. En ocasiones, la organización de la ONG requiere de algunos cambios para cumplir con los requisitos necesarios para optar por el financiamiento gubernamental.

Las ONG muchas veces se ven obligadas a tener que ampliar el rango de los servicios que proveen, cambiar su enfoque de servicio al cliente y a veces iniciar nuevas líneas de negocio. Algunos otros cambios pueden ser la creación de sistemas confiables de información gerencial y registro, así como de estructuras y sistemas de contabilidad de costos. Asimismo, la ONG deberá determinar los costos internos de los servicios que prestará en el marco de los contratos, tanto los costos fijos como los variables. En muchas situaciones, las ONG no han implementado sofisticados mecanismos de recuperación de costos y al determinar sus costos, posiblemente omitan la inclusión de costos como la depreciación de los vehículos y equipos, incentivos al personal, factores inflacionarios o el prorrateo de los costos administrativos y adicionales entre los programas en ejecución. Para un análisis más exhaustivo del tema del costeo de los servicios, consulte la sección sobre estimación de costos.

Si bien las ONG en los Estados Unidos se orientan cada vez más hacia resultados basados en el desempeño, muchas ONG en los países en desarrollo todavía están luchando con los cambios en el ámbito de la organización y con la combinación de las nuevas destrezas que necesitan para establecer relaciones formales con el sector público. Muchas ONG no están acostumbradas a que sus donantes impongan condiciones. Al enfrentarse a un contrato basado en el desempeño, en que el financiamiento estará directamente vinculado con el desempeño o los resultados, las ONG se encuentran frente al desafío de tener que cumplir con las condiciones para recibir su pago y al mismo tiempo funcionar con la organización y los sistemas que siempre han usado.

En la transición de las ONG hacia la diversificación de sus fuentes de financiamiento y la evolución de su cultura orgánica, los métodos de financiamiento basados en el mercado desempeñan una importante función. Y a medida que aumenta cada vez más su base de recursos, con frecuencia se encuentran en una situación en que sus recursos están directamente ligados a su desempeño o bien que están cobrando tarifas por servicios de salud que anteriormente brindaban sin costo alguno.

En el peor escenario, la misión social de la ONG puede verse comprometida al incursionar en una estructura de financiamiento orientada al mercado. J. Gregory Dees afirma que la comercialización de la organización sin fines de lucro y los métodos de financiamiento basados en el mercado cumplen una importante función en el sector social, pero que sin embargo, las nuevas

fuentes de ingreso pueden alejar a una organización de su misión social original (1998). Lo mismo puede ocurrir cuando una ONG que tradicionalmente recibía financiamiento a través de donaciones filantrópicas o de donantes internacionales u otras instituciones de caridad, establece relaciones contractuales ya sea con el sector comercial con fines de lucro o con el gobierno. En todos estos casos, una vez que las ONG han celebrado este contrato, están obligadas a cumplir con los términos especificados en él, puesto que su financiamiento está condicionado a dichos términos. Al mismo tiempo, si a través de un contrato gubernamental la ONG logra orientar sus actividades hacia servicios y poblaciones beneficiarias que son los mismos tanto para el comprador como para la ONG, tiene la oportunidad de mantener su misión social y al mismo tiempo obtener financiamiento gubernamental. De hecho, el desafío con que se enfrentan las ONG es encontrar una mezcla de financiamiento que respalde tanto su misión como su supervivencia financiera.

Hay que destacar que al momento de estudiar los intereses del sector público y de la ONG, habrá que hacer un análisis de las partes interesadas (el comprador y el proveedor) para evaluar tanto los puntos de convergencia como los puntos de divergencia. En un contrato por servicios de salud, la entidad pública y la ONG tienen dos intereses comunes, 1) mejorar la calidad de los servicios prestados a las poblaciones subatendidas y 2) ampliar la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones subatendidas. Estos intereses comunes forman la base de las negociaciones entre ambos. Por otra parte, el sector público está interesado en reducir sus costos asociados con la prestación de los servicios de salud, mientras que las ONG, como se mencionaba antes, tienden a centrar sus esfuerzos en el cumplimiento de su misión social y en la construcción de una base financiero sostenible.

### ANEXO III: DEFINICIONES DE TERMINOS Y SUS USOS

TÉRMINO	COMPRADOR	PROVEEDOR	CONSUMIDOR/USUARIO
Costo	El valor del insumo; generalmente se usa para determinar lo que le cuesta en inversión para producir el servicio o tratar un caso.	El valor del insumo; generalmente se usa para determinar lo que le cuesta en inversión para producir el servicio o tratar un caso.	Lo que paga o desembolsa para recibir el servicio o tratamiento.
Precio	Lo que el proveedor le pide como pago por el servicio o tratamiento del caso.	Lo que le pide al comprador como pago por el servicio o tratamiento del caso.	Lo que paga por el servicio.
Pago	Lo que le desembolsa al proveedor por un servicio o tratamiento de un caso.	Lo que el comprador le desembolsa por un servicio o tratamiento de un caso.	Lo que desembolsa por un servicio o tratamiento.
Tarifa	Similar a precio, lo que el comprador paga al proveedor por un servicio o tratamiento de un caso.	Similar a precio, lo que le pide al comprador como pago por un servicio o tratamiento de un caso.	Los consumidores generalmente no usan este término.
Cobro	El monto que el proveedor le pide al comprador para prestar un servicio o tratar un caso.	El monto que el proveedor le pide al consumidor como pago o el monto que le pide al comprador para prestar un servicio o tratar un caso.	Lo que paga por el servicio o el tratamiento.



## ANEXO IV: MECANISMOS DE PROVISION DE PAGO

---

### **Pagos de suma global/subvenciones en bloque (prospectivo)**

Bajo el esquema de pago de suma global, el proveedor recibe cada mes, trimestre o año una cantidad acordada. Este tipo de contrato involucra una transferencia de fondos del gobierno a la ONG para financiar un rubro de una línea presupuestaria, cubrir servicios prioritarios de atención de salud o para las operaciones generales de la organización. Existe poco control e información sobre este tipo de pago y virtualmente no existen incentivos para motivar un buen desempeño o aumentar la productividad (Wouters, 1998).

### **Pago per cápita (prospectivo)**

Bajo un método de pago prospectivo como el pago per cápita, se paga al proveedor una cantidad determinada por un conjunto predeterminado de servicios para una población específica. El tamaño de la población y la cobertura geográfica son la base para determinar el volumen. Las dos partes celebran un acuerdo contractual basado en la cobertura meta, en que el pago se vincula directamente a estas dos variables. Bajo este tipo de mecanismo de pago, se paga a los proveedores mensual, trimestral o anualmente sobre la base de un pago per cápita, independientemente del volumen de los servicios prestados. Los mecanismos de pago prospectivos aumentan los incentivos por eficiencia, ya que el proveedor del servicio de salud enfrenta un mayor riesgo financiero (Wouters, 1998). Bajo este mecanismo de pago existe un fuerte incentivo por disminuir los costos. En un esfuerzo por economizar, los proveedores pueden pasar por alto o comprometer la calidad del servicio.

### **Pago por caso específico (prospectivo)**

Bajo este método de pago, se paga al proveedor sobre la base de los casos tratados. El precio de cada caso se determina antes de celebrar el contrato. Uno de los problemas de este tipo de pago es que el número de servicios brindados por caso se pueden minimizar para reducir costos. Este método de pago puede resultar en un incentivo negativo para aumentar la eficiencia en desmedro de la calidad del servicio. Por lo tanto, requiere de un sistema de supervisión y evaluación que permita que el comprador registre la producción y la calidad del servicio brindado.

### **Reembolso por atención prestada (prospectivo)**

En un método de reembolso por atención prestada, el pago se hace por los servicios brindados. En este método se crean incentivos para aumentar las unidades de los servicios brindados. Se debe establecer un sistema de supervisión y evaluación apropiado, de forma que el comprador pueda recopilar información sobre el volumen real de los servicios provistos y compararlos con el volumen de servicios brindados por otros proveedores (públicos, privados y/u ONG). En un esfuerzo por contener costos, sería prudente de parte del comprador que compare el volumen de los servicios brindados con las proyecciones nacionales para el área meta a cubrir.



## **ANEXO V: LISTADO DE LOS CONTRATOS**

---

- ? Colombia: Contrato de Prestación de Servicios de Salud Celebrado entre el Departamento de Antioquía - Dirección Seccional de Salud y la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana “PROFAMILIA”.
- ? Costa Rica: Compromiso de Gestión entre la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Salud (COOPESALUD) 1998.
- ? Guatemala: Borrador Convenio para la Prestación de Servicios Básicos de Salud, en el Marco del Sistema Integral de Atención en Salud, Celebrado entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Fundación para el Desarrollo y Educación de la Mujer Indígena (FUNDEMI).
- ? Perú: Modelo de Contrato de Gestión entre la Dirección de Salud y la Asociación Comité Local de Administración de Salud (CLAS).
- ? República Dominicana: Acuerdo de Trabajo entre la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia, Inc. (PROFAMILIA).



## ANEXO VI: BIBLIOGRAFIA

---

- Acuerdo de Trabajo entre la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia, Inc. (PROFAMILIA).
- Banco Mundial, 1998, Flagship Module 6: Separating Public Finance from Provision. Washington, D.C.: The Economic Development Institute of the World Bank.
- Bennett, S., y Mills, Anne. (1998) Government Capacity to Contract: Health Sector Experience and Lessons. Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine. John Wiley and Sons, Ltd.
- Bennett, S. (1997). Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest? Londres, Zed Books.
- Borrador Convenio para la Prestación de Servicios Básicos de Salud, en el Marco del Sistema Integral de Atención en Salud, Celebrado entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Fundación para el Desarrollo y Educación de la Mujer Indígena (FUNDEMI).
- Bouchet, Bruno, y Abramson, Wendy. Health Sector Reforms in Developing Countries: How Quality Assurance Methods Can Make a Difference. (Sin publicar) PHR/URC. Mayo de 1998.
- Brinkerhoff, Derick W. (1999). Exploring State-Civil Society Collaboration: Policy Partnerships in Developing Countries. The Implementing Policy Change Project, Phase II. Abt Assoc. Inc.
- Compromiso de Gestión entre la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Salud (COOPESALUD) 1998.
- Contrato de Prestación de Servicios de Salud Celebrado entre el Departamento de Antioquía- Dirección Seccional de Salud y la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana "PROFAMILIA".
- Dees, J. Gregory. (1998). What Do You Do When Traditional Sources of Funding Fall Short? Enterprising Nonprofits. Enero-Febrero de 1998, Harvard Business Review. Págs. 58-67.
- Harrington, H. James. (1991) Business Process Improvement: The Breakthrough Strategy for Total Quality, Productivity, and Competitiveness. The American Society for Quality Control. McGraw Hill Inc.
- Hammack, David C. (1993). Nonprofit Organizations in a Market Economy. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Maceira, Daniel. (1998). Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact in Developing Countries. Agosto de 1998. PHR Project. Abt Assoc. Inc.
- Modelo de Contrato de Gestión entre la Dirección de Salud y la Asociación Comité Local de Administración de Salud (CLAS).

Smith, S.R., y Lipsky, M. (1993) *Nonprofits for Hire: the Welfare State in the Age of Contracting*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Sojo, A. (1999). *Los Compromisos de Gestión en Salud de Costa Rica: Algunas Lecciones de un Cuasimercado Germinal*. Enero de 1999.

Walsh, K. (1995). *Public Services and Market Mechanisms: Competition, Contracts and the New Public Management*. Basingstoke: Macmillan.

Wouters, Annemarie. (1998). *Incentivos para Mejorar la Prestación de los Servicios de Salud: Métodos Alternativos de Pago a los Proveedores*. Junio de 1998. PHR Project, Abt Assoc. Inc.

## **PUBLICACIONES DE LA INICIATIVA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (RSS/ALC)**

---

1. Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe (Español/Inglés)
2. Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe (Español/Inglés)
3. Análisis del Sector Salud en Paraguay (Versión Preliminar)
4. Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector de la Salud (Español/Inglés)
5. Informe de Relatoría – Foro Regional Sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998) (Español/Inglés)
6. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud
7. Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo
8. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia
9. Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador
10. Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala
11. Cuentas Nacionales de Salud: México
12. Cuentas Nacionales de Salud: Perú
13. Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana
14. Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua
15. Cuentas Nacionales de Salud: el Salvador
16. Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network
17. Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance
18. Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform
19. Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud

20. Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies
21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999)
22. State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization
23. State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance
24. Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop
25. Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones no Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias (Español/Inglés)
26. Asociaciones Entre el Sector Público y las Organizaciones no Gubernamentales: La Función de las ONGs en la Reforma del Sector Salud (Español/Inglés)

---

### **Edición especial**

1. Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América Latina y el Caribe
2. Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la  
Página Electrónica de la Iniciativa:

**[HTTP://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG](http://www.americas.health-sector-reform.org)**

y seleccione “Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS”