

Documentos de trabajo PROESA



MARCOS CONCEPTUALES DE RENDICIÓN DE CUENTAS EN EL SECTOR SALUD

Sergio I. Prada, MPA, Ph.D

Documentos PROESA #11

Marcos conceptuales de rendición de cuentas en el sector salud

Sergio I. Prada, MPA, Ph.D.

Documentos PROESA #11

DOCUMENTOS PROESA

ISSN: 2256-4128

Septiembre de 2016

Comité Editorial:

Ramiro Guerrero, Ms

Sergio I. Prada, PhD

Victoria E. Soto, PhD

Yuri Takeuchi, MD

PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud
Cl 18 # 122-135 Universidad Icesi Casa Rocha segundo piso
Tel: +57(2)3212092 Cali Colombia
www.proesa.org.co

Accountability frameworks in healthcare¹

Sergio I. Prada, MPA, Ph.D.²

September 2016

Abstract

This paper summarizes the main accountability frameworks as applied directly or indirectly to the healthcare sector. It starts with three general frameworks used in the public administration theory, then describes frameworks applied to the provision of public services, and ends with frameworks applied to the medical profession. Specifically it reviews frameworks for the individual, the hospital, and the provision of primary care and community care. It concludes that the main challenges to design the right accountability framework for healthcare for any given society are: information asymmetry, competing incentives between public and private providers, and lack of institutional capacity of providers and regulators. It is also found that the professional accountability framework is the best alternative, provided that the context is right for its full implementation.

Key words: Accountability, Healthcare Sector, Health Systems, Framework

JEL: I18

¹ This literature review was part of a consultancy Project for Superintendencia de Salud de Colombia and is published with permission.

² Director at PROESA & Professor Universidad ICESI, Facultad Ciencias Administrativas y Económicas, Departamento de Economía. The author wishes to thank Andrés Felipe Rivera for his excellent research assistance. Dr. Ramón Abel Castaño gave comments and valuable suggestions to improve this paper. Errors remain the sole responsibility of the author.

Marcos conceptuales de rendición de cuentas en el sector salud³

Sergio I. Prada, MPA, Ph.D.⁴

Septiembre de 2016

Resumen

Este documento resume los principales marcos conceptuales de rendición de cuentas aplicados de manera directa o indirecta en el sector salud. Inicia con tres marcos conceptuales generales derivados de la literatura en administración pública, para luego describir modelos de provisión exitosa de servicios gubernamentales, y finalmente concentrarse en los modelos aplicados a la profesión médica. Se revisan modelos para el individuo, para los hospitales y para los servicios primarios y de salud pública. Se concluye que existen grandes retos lograr un sistema de rendición de cuentas que se adecue a la necesidad de una sociedad: asimetrías de información, diferencias entre los intereses e incentivos de entidades públicas y privadas, limitaciones en la capacidad institucional tanto de entidades prestadoras como de entidades regulatorias. Se encuentra que el modelo de rendición de cuentas profesional es el que más posibilidades ofrece, siempre y cuando se den las condiciones necesarias para su implementación integral.

Palabras clave: Rendición de Cuentas, Sector Salud, Sistemas de Salud, Modelos

Clasificación JEL: I18,

³ Esta revisión de literatura fue elaborada como parte de un proyecto de consultoría para la Superintendencia de Salud y es publicada con autorización de dicha entidad.

⁴ Director PROESA y Profesor Universidad ICESI, Facultad Ciencias Administrativas y Económicas, Departamento de Economía. El autor desea agradecer a Andrés Felipe Rivera por su excelente trabajo como asistentes de investigación. El Dr. Ramón Abel Castaño contribuyó con valiosos comentarios y sugerencias a enriquecer este documento. Los errores y omisiones son entera responsabilidad del autor.

Contenido

1	Introducción.....	5
2	Metodología	5
2.1	Criterios de selección	5
2.2	Palabras de búsqueda	5
2.3	Bases de datos.....	6
2.4	Resultados	6
3	Marcos conceptuales generales.....	7
3.1	El marco conceptual de Romzek y Dubnick.....	7
3.2	Modificaciones al modelo Romzek y Dubnick, Deleon (1998).....	10
3.3	Las rutas corta y larga de la rendición de cuentas.....	13
3.4	Rendición de cuentas en sistemas de salud	16
3.4.1	El marco conceptual propuesto por Emanuel y Emanuel	16
3.4.2	El marco conceptual de Brinkerhoff (2004)	22
4	Marcos conceptuales en áreas específicas	27
4.1	Rendición de cuentas y marco regulatorio	27
4.1.1	Los niveles de la rendición de cuentas y la revelación de información al público	27
4.2	Rendición de cuentas en el marco de la atención primaria.....	31
4.2.1	Rendición de cuentas y gobernabilidad clínica.....	31
4.2.2	Factores que influyen los mecanismos de rendición de cuentas	33
4.3	Rendición de cuentas de hospitales ante la comunidad	38
4.3.1	El rol de las juntas directivas de hospitales.....	38
4.3.2	El modelo de rendición de cuentas de los grupos de cuidado primario en el Reino Unido..	40
4.3.3	Rendición de cuentas ante la comunidad: evidencia empírica de países en desarrollo.....	42
4.4	Rendición de cuentas en países en desarrollo.....	44
4.5	La ética de la rendición de cuentas	48
5	Comentario final.....	50
6	Bibliografía	52

1 Introducción

El presente documento resume los principales marcos conceptuales que se han desarrollado en la literatura académica respecto al concepto de “Rendición de Cuentas” (o Accountability por su nombre en inglés) con énfasis en el sector salud. El documento tiene tres objetivos:

- Aportar claridad sobre los objetivos y los fines del sector salud y de las organizaciones que lo componen y, sobre los criterios para evaluar su calidad institucional y desempeño.
- Identificar con precisión los conceptos por los cuales las organizaciones y sus instancias de gobierno interno, deben rendir cuentas.
- Identificar con precisión las partes interesadas (stake-holders) a quienes se debe rendir cuentas, los intereses específicos a cada parte, los conceptos por los cuales se deben rendir cuentas, y los posibles canales por los cuales se puede dar dicha rendición de cuentas.

2 Metodología

La “rendición de cuentas” en salud se ha discutido en diversas literaturas: administración de empresas, economía, medicina y las ciencias sociales. Se hace por lo tanto necesario buscar referencias en las bases de datos más representativas en cada uno de estos campos. Adicionalmente las grandes casas editoriales de la literatura científica o Peer Reviewed Journals (PRJ) han establecido motores de búsqueda. Por ultimo están los índices de información de compañías especializadas en búsqueda por internet.

2.1 Criterios de selección

Para ser incluido un estudio debía:

- Referirse a las actividades de prestación o de aseguramiento en salud
- Discutir al menos un mecanismo de rendición de cuentas
- Si es específico a un país, debe ser de Estados Unidos, Alemania, Israel, Holanda o Colombia

2.2 Palabras de búsqueda

Las palabras de búsqueda utilizadas fueron combinaciones de la palabra “Accountability” con los siguientes términos: health, healthcare, governance, hospital, board, clinical, governing, professionalism, organizational, managed care, corporatization y stakeholders.

2.3 Bases de datos

El protocolo de búsqueda se implementó en el software Mendeley. La tabla muestra las bases de datos que este software utiliza según áreas del conocimiento.

Tipo de bases de datos	Bases de datos
Revistas especializadas en Medicina	BioMedCentral; BioOne; BMJ; JAMA; Lancet Journals ; PLoS; PubMed; Europe PMC; Nature; AHA; PeerJ; eLIFE; Cell; JBC;
Revistas especializadas en Ciencias Naturales	ASM
Revistas especializadas en otros campos de la Medicina	APA PsycNET
Motores de búsqueda web especializados en Economía	Econlit; RePEc
Grandes casas editoriales de revistas científicas	SAGE; ScienceDirect; ScienceMag; Scopus; SpringerLink; Wiley Online Library; AIP Scitation; Annual Reviews; RSC; Informaworld; ISI Web of Knowledge; OpticsInfoBase
Motores de búsqueda web	Google BookSearch; Google Scholar; Amazon ; WorldCat; Wikipedia; OvidSP
Bases de datos multidisciplinarias	JSTOR; EBSCO; SSRN; PNAS; CiteULike; Engineering Village; MDPI; Frontiers; IngentaConnect; INIST / CNRS; ACS Publications
Librerías digitales	IEEE Xplore

2.4 Resultados

La búsqueda inicial arrojó 954 artículos, de los cuales 153 pasaron algunos de los criterios de selección. De estos, 20 artículos pasaron a la etapa final para sistematización. La siguiente tabla presenta las referencias según tipo de rendición de cuentas.

Tema	Referencia
Rendición de cuentas y teoría de administración pública	<ul style="list-style-type: none"> • Beitsch (2005) • Romzek & Dubnick (1987) • Deleon (1998) • World Bank (2004)
Rendición de cuentas y sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Emmanuel & Emmanuel (1996) • Brinkerhoff (2004) • Brinkerhoff & Bossert (2008) • Camm_et_al (2010) • Bossert (2011) • Braithwaite et al (2011)
Rendición de cuentas y cuerpos directivos	<ul style="list-style-type: none"> • Alexander & Morlock (1985)
Rendición de cuentas de Hospitales ante la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Alexander, Weiner, Succi (2000) • Bindman et al (2001) • Molyneux_et al (2012)
Rendición de cuentas y cuidado primario	<ul style="list-style-type: none"> • Allen (2000) • Cleary_et_al (2013)
Rendición de cuentas y profesionalismo	<ul style="list-style-type: none"> • Brennan & Monson (2014)
Rendición de cuentas y ética	<ul style="list-style-type: none"> • Daniels & Sabin (1998)
Rendición de cuentas e información pública	<ul style="list-style-type: none"> • McNamara (2006) • Nunes et al (2011)

La sistematización de la literatura se presenta en dos grandes secciones. En la primera se presentan los marcos conceptuales que abordan la temática de la rendición de cuentas de manera general para organizaciones públicas y para sistemas de salud. En la segunda se presenta la literatura que analiza relaciones de rendición de cuentas focalizando el análisis en un área particular.

3 Marcos conceptuales generales

Esta sección describe tres marcos conceptuales generales derivados de la literatura en administración pública. El primero es el propuesto por Barbara Romzek y Melvin Dubnick. Los autores hacen un análisis institucional para los Estados Unidos en el contexto de la tragedia del transbordador Challenger en 1986. El segundo marco conceptual es un extensión a lo propuesto por Romzek y Dubnick por los profesores Kevin Kearns y por Linda Deleon con base en el análisis de otros problemas institucionales en el mismo país. El tercer marco conceptual es el propuesto por el informe del desarrollo mundial de 2004 del Banco Mundial. Este último informe se dedicó al análisis de la prestación de servicios gubernamentales como saneamiento básico, educación y salud.

3.1 El marco conceptual de Romzek y Dubnick

En la literatura de administración pública, la rendición de cuentas siempre se tomó como un término genérico para referirse a “responder por los propios actos o comportamientos”. Esta

es una visión simplista, pues solo involucra la respuesta directa e inmediata y formal ante una tarea específica. Romzek y Dubnick sugieren que esta definición debe ser más amplia, involucrando los medios por los cuales una organización y sus trabajadores manejan las diversas expectativas generadas al interior y al exterior de la organización.

Vista de esta manera, la “rendición de cuentas” es una estrategia para manejar expectativas que puede tomar varias formas. El marco conceptual de Romzek y Dubnick plantea cuatro sistemas alternativos que se diferencian de acuerdo a variaciones sobre dos factores críticos:

- La entidad que define y controla las expectativas;
- El grado de control que la entidad ha recibido para definir las expectativas de la organización.

El grado de interacción entre estas dos dimensiones genera cuatro tipos de sistemas de “rendición de cuentas”. El modelo acepta que una organización (pública o privada) enfrenta múltiples sistemas de rendición de cuentas de acuerdo a que información se necesite por parte de que entidad, el mecanismo de control y el sector en que se desenvuelve. Según Romzek y Dubnick, estos medios por los cuales se ejerce control algunas veces entran en conflicto, otras veces son complementarios y una organización debe administrar estos sistemas de rendición de acuerdo a las expectativas impuestas (a quien va dirigida la rendición).

El esquema de rendición de Romzek y Dubnick define cuatro sistemas: 1) el jerárquico (dirigidos internamente con mínima discreción); 2) el profesional (dirigidos directamente y con un alto nivel de discreción); 3) el legal (dirigidos externamente con mínimo nivel de discreción); y 4) el político (dirigidos externamente con un alto nivel de discreción). Todos generan teóricamente el comportamiento deseable de rendir cuentas pero funcionan de distinta forma.

El sistema jerárquico se encuentra construido sobre una estructura burocrática. En este caso, la rendición de cuentas se basa en un comportamiento administrativo impuesto por las expectativas definidas por la dirección de la entidad. El funcionamiento de este modelo involucra dos ingredientes principales: una clara y definida línea de mando ente un supervisor y unos supervisados donde las ordenes son seguidas sin cuestionamiento; y una supervisión estricta o en su defecto un sistema escrito de procedimientos de operación estándar (standard operating procedures) o un conjunto de reglas.

El sistema legal es similar al jerárquico o burocrático en cuanto a que se define a través de un estricto control a las actividades a partir de unas normas claras. Pero contrasta en la dimensión de quien tiene el control, puesto que en este caso el control descansa en una autoridad que esta fuera de la entidad. Esta entidad es aquella que tiene la posibilidad de imponer sanciones legales o exigir el cumplimiento legal de un contrato. Típicamente en el caso de la administración pública, estas entidades son los legisladores. La relación entre controlado y controlador también cambia porque las dos entidades son autónomas y la relación surge de una relación principal-agente establecida de forma implícita o explícita.

El sistema profesional se da en contextos donde el sector o temática involucra una alta complejidad técnica o con un problema que es excesivamente complejo. Bajo estas circunstancias la organización debe confiar en el juicio profesional de expertos, quienes a su vez típicamente exigen completa autonomía para ejecutar las tareas y para responder por sus actos. De esta forma, son los empleados técnicos quienes tienen el control de las decisiones. Las asociaciones de profesionales que se encuentran fuera de la organización ejercen alguna influencia (educación y estándares profesionales) pero, en esencia, la fuente de autoridad es interna a la organización.

El sistema político descansa en la relación de representación que la organización tiene, es decir, la rendición de cuentas se da ante aquellos que el administrador de la organización representa. La lista de potenciales representados incluye: la ciudadanía general, individuos que sean elegidos popularmente, otros grupos de interés y las generaciones futuras. Sin importar cual definición de “a quien se representa”, se espera que el administrador responda a las prioridades políticas y las necesidades programáticas de “a quien se representa”. El sistema político tiende a ser criticado por favorecer a ciertos grupos e incluso por que podría promover la corrupción cuando es capturado⁵. No obstante también es la base conceptual sobre la que se fundamentan un gobierno más abierto y representativo. La urgencia por una mejor rendición de cuentas política ha dado pie a iniciativas legislativas para que los ciudadanos tengan más y mejor acceso a datos públicos.

La gráfica resume los cuatro modelos de rendición de cuentas según las variables claves: fuentes de control y nivel de discreción sobre las actividades de la organización.

		Fuente de Control	
		Interno	Externo
Nivel de Discreción	Alto	Jerárquico	Legal
	Bajo	Profesional	Político

⁵ El concepto de captura del estado se refiere a la indebida influencia de grupos de interés en la definición de normas tales como leyes, decretos, y otro tipo de regulación para favorecer sus intereses particulares y no el bien común.

Fuente: Romzek y Dubnick (1987)

La siguiente tabla resume los principales elementos de la relación de rendición de cuentas de los cuatro sistemas.

Tipo de rendición de cuentas	Relación análoga (Controlador/Administrador)	Base de la relación
Jerárquico/Burocrático	Superior/Subordinado	Supervisión
Legal	Principal/Agente	Contractual
Profesional	No experto/Experto	Experticia
Político	Constituyente/Representante	Respuesta al constituyente

3.2 Modificaciones al modelo Romzek y Dubnick, Deleon (1998)

Linda Deleon, en su artículo “Accountability in a ‘Reinvented’ Government” sugiere que el esquema de clasificación propuesto por Dubnick y Romzek (D&R) es apropiado pero que puede ser mejorado. En primer lugar, el modelo D&R confunde dos niveles de análisis: el organizacional con el institucional. El nivel organizacional tiene que ver con mecanismos para exigir rendición de cuentas a los empleados de una organización. El nivel institucional tiene que ver con la forma en que la sociedad exige cuentas a las instituciones en quienes a delegado tareas.

En segundo lugar, el modelo D&R se puede mejorar expandiendo la dimensión de grado de control. El modelo D&R incorpora dos niveles, alto y bajo. De acuerdo con la interpretación de Deleon el nivel alto se asocia a la rendición de cuentas por procesos, mientras que el bajo a la rendición de cuentas por resultados. En general, en la literatura que sigue el modelo de D&R, la rendición de cuentas por resultados es considerada una forma no muy exigente de control (o baja), dado que los ejecutores tienen discreción sobre los medios que usan para llegar a los resultados esperados. En su lugar cuando la rendición de cuentas se da sobre procesos debidamente especificados, el ejercicio del control puede ser mucho más exigente. No obstante, Deleon sugiere que esta forma de asociar control con rendición de cuentas es limitada. La rendición de cuentas por procesos o por resultados puede ser alta o baja en términos de control, dependiendo de qué tan detalladas son las especificaciones del proceso o del resultado y que tan duras sean las sanciones por no cumplir. Por ejemplo, si un resultado es debidamente especificado y el ejecutor de la tarea responde con su puesto por no alcanzar la meta, el nivel de control es alto.

En tercer lugar, la tipología de R&D no identifica de manera clara el rol de la participación en la toma de decisiones como un método de alcanzar rendición de cuentas. Para entender mejor este punto se hace necesario describir el tipo de problemas con el que las organizaciones deben enfrentarse y la estructura apropiada para cada uno.

El espacio de problemas de las organizaciones publicas

Thompson & Tuden (1959) proponen una clasificación de los problemas de las organizaciones públicas en una matriz de 4 casillas, donde, partiendo de la premisa de que la toma de decisiones es la actividad central de una organización existen dos dimensiones: la meta es clara o ambigua; los medios para alcanzarla son conocidos o desconocidos.

	Meta es clara	Meta no es clara
Medio es conocido	Estrategia: computacional Estructura: burocrática Nombre: Jerarquía	Estrategia: negociación Estructura: representativa Nombre: Pluralismo competitivo
Medio no es conocido	Estrategia: juicio profesional Estructura: Colegiada Nombre: Comunidad	Estrategia: Inspiracional Estructura: redes Nombre: Anarquía

Brevemente, en el caso de la celda 1 donde tanto los medios como las metas son conocidas, la toma de decisiones es un mero cálculo y la estructura organizacional adecuada es la burocrática. En la celda 2, existen metas ambiguas, pero métodos claros cuando hay claridad sobre la meta. La estructura adecuada para la toma de decisiones es la representativa. Esta celda es típica de organismos de representación política donde se llega a decisiones a través de la negociación. En la celda 3 hay acuerdo en la meta, pero no se sabe cómo llegar a esta. La mejor estrategia de toma de decisiones es la basada en el juicio profesional. La estructura organizacional apropiada es la colegiada o de pares en experticia. Finalmente, la celda 4 es ambigua en la meta e incierto el modo de lograrlo. Las decisiones deben ser tomadas por inspiración y la estructura organizacional que mejor se adapta es la de redes.

Deleon sugiere que aunque este marco de decisión es claro, la realidad es más compleja y típicamente las organizaciones no se especializan en un tipo de decisión, sino que deben tomar decisiones diferentes, ubicadas en celdas diferentes. Razón por la cual Deleon sostiene que la rendición de cuentas por resultados solo es posible cuando las metas son claras, y la rendición de cuentas por procesos es posible solo cuando existe un consenso general en cuanto a cuales son los procesos más apropiados (o las mejores prácticas, en términos gerenciales). Para Deleon, las principales características de cada tipo de rendición de cuentas son las siguientes.

Rendición de cuentas burocrática

Es aquella donde las metas y los medios para lograrlas son claras. La claridad de las metas ocurre porque las metas de una persona o de un grupo son las únicas que cuentan (ej. Monarquías, dictaduras, oligarquías). La certeza acerca de los medios ocurre cuando el problema es simple o cuando hay buena teoría para guiar el proceso. En este tipo de circunstancias la rendición de cuentas puede exigirse tanto por resultados como por procesos. En sistemas democráticos, la rendición de cuentas burocrática se extiende hacia arriba, a la interface entre la cabeza de la organización y la persona que ha sido elegida. Pero, por esa misma situación, el eslabón último en la cadena de rendición no es burocrático sino político.

Al interior de las organizaciones, la rendición de cuentas de este estilo se da vía el estricto seguimiento a procedimientos estandarizados, donde las decisiones están debidamente codificadas.

Rendición de cuentas política

Se da cuando las metas son poco claras o son parte de un conflicto de posiciones, pero que una vez resuelto los medios son claros. En este tipo de circunstancias, la rendición de cuentas solo puede exigirse por el proceso. La rendición de cuentas política al interior de las organizaciones funciona de manera similar a la del nivel institucional. Los empleados responden por procesos y su rendición de cuentas es juzgada sobre la base de su lealtad y apego a lo ordenado por sus jefes.

Rendición de cuentas profesional

En situaciones donde las metas son claras, pero los medios para llegar a ellas no, la rendición de cuentas profesional parece ser la más adecuada, siguiendo de cerca lo expuesto por R&D. No obstante, lo que sucede regularmente, es que el experto usualmente es llamado a rendir cuentas por una decisión tomada (proceso) y no por el resultado como lo indica el marco conceptual. Por ejemplo, un médico no es llamado a rendición de cuentas por la muerte de un paciente, sino por “negligencia”, o en otras palabras, por malas prácticas (procesos).

La razón que explica esta aparente contradicción está en el hecho de que la forma en que un profesional es llamado a rendir cuentas es un asunto interno a la organización, pero la forma en que el proceso mismo es llamado a rendir cuentas es un asunto social. Dada la complejidad de las tareas de ciertas profesiones, se reconoce que los resultados no necesariamente están bajo el control del profesional, mientras que los procesos sí.

La rendición de cuentas legal, o control legal, es similar a la rendición de cuentas profesional. Es el fruto de un proceso político y describe los valores que han ganado en dicho proceso. La rendición de cuentas legal va más allá de la profesional (y su énfasis en resultados) porque usualmente las leyes describen los medios que deben usarse para alcanzar un objetivo de política.

Al nivel de la organización, la rendición de cuentas profesional se define como la adherencia a un conjunto de principios básicos, de tal forma que el profesional puede ser llamado a responder ante sus pares por la consonancia de sus actos con estos principios.

Rendición de cuentas anárquica

Esta es la situación más compleja de todas. Dado que las metas no son claras, no se puede pedir cuentas por resultados, y dado un débil entendimiento de la relación causa-efecto de las acciones en las metas, no se puede pedir cuentas por los procesos. Tanto al nivel institucional como al nivel organizacional, la rendición de cuentas anárquica requiere involucrar clientes y constituyentes, competidores y reguladores, oferentes y ciudadanos interesados en el proceso

de toma de decisiones, borrando las líneas entre la organización y el ambiente que la rodea. Entre más anárquica sea la situación en la que se debe tomar la decisión, y entre más cerca este una organización a ser de tipo anárquico, mas cierto es que el modo más apropiado de tomar la decisión es la participación para unir la acción organizacional con las preferencias del público. Las anarquías organizadas se dan cuando un problema (que necesita ser resuelto) encuentra una posibilidad (un programa que puede resolver el problema). En estas situaciones, la sabiduría de los expertos es tan valiosa como la sabiduría del ciudadano del común, porque es la experimentación la que al final mostrará la mejor solución.

Implicaciones

DeLeon concluye que cada modelo de rendición de cuentas es apropiado en diferentes circunstancias, y que esto dependerá de la estructura organizacional, la cual a su turno depende del tipo de problema o de decisión para la cual ha sido diseñada. Así las cosas, D&B tienen razón en argumentar que la rendición de cuentas burocrática es inapropiada en muchos casos, especialmente donde las metas son claras pero los medios para llegar a ellas no. En esos casos la rendición de cuentas profesional es más apropiada. Desafortunadamente la imposición de (y preferencia de muchos por) el modelo burocrático es consecuencia de la percepción (real o no) de agentes que han excedido su autoridad. Y para los problemas más complejos, las redes de organizaciones en las que la participación es bienvenida puede ser la forma más efectiva de alcanzar resultados positivos. Una vez la experimentación aclara las relaciones causa-efecto, los problemas pueden ser entregados a los profesionales.

Una segunda conclusión es que la posibilidad de mecanismos de rendición de cuentas que se sobrepone es el resultado de diferencias en la forma en que los problemas son percibidos en momentos del tiempo diferentes o por grupos diferentes.

La conclusión final es que la administración pública debe tener claridad en la licencia y el mandato. El mandato implica unas metas claras. Mientras que la licencia implica confianza en la capacidad profesional para enfrentar situaciones complejas. De tal forma que, DeLeon concluye, el servicio público debe insistir en la necesidad de tener los profesionales más educados. Y para desarrollar la confianza del público en su probidad, pueden usarse los códigos de ética y los tribunales de ética.

3.3 Las rutas corta y larga de la rendición de cuentas

El Reporte del Desarrollo del Banco Mundial de 2004 llamado “Haciendo que los servicios funcionen para los pobres” describe la relación de rendición de cuentas como un concepto recíproco. De acuerdo con este informe “la provisión exitosa de servicios para los pobres emerge de relaciones institucionales en las cuales los actores se rinden cuentas entre sí mismos” (World Bank, 2004, p. 46).

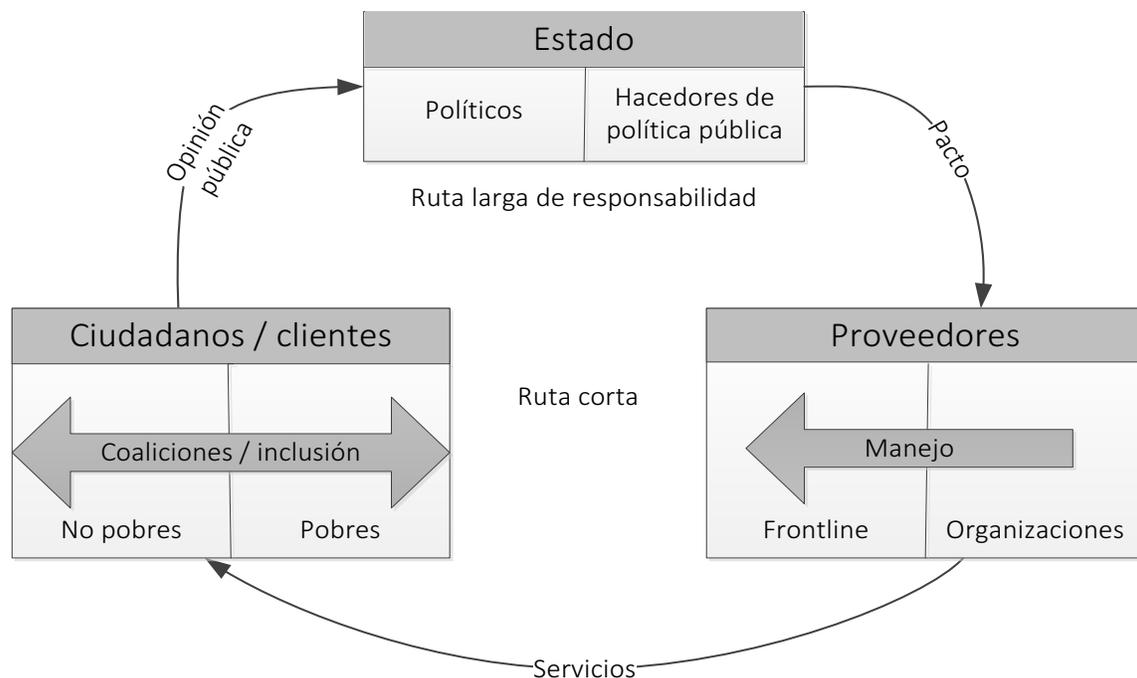
De acuerdo con el marco conceptual de este informe la cadena de suministro de servicios puede descomponerse en tres conjuntos de actores y examinar las relaciones entre ellos. **Los**

ciudadanos que son los clientes de los servicios. **Los prestadores** que son los encargados de producir los bienes y servicios. Y los responsables de la **formulación de políticas**.

Dependiendo de si el servicio es comprado directamente por los ciudadanos o no, se configuran dos rutas de “rendición de cuentas”. Cuando el servicio no es comprado directamente por el ciudadano se configura la denominada **ruta larga** de rendición. En esta la sociedad ha decidido que los servicios sean proporcionados no mediante una transacción mercantil sino haciendo que el gobierno asuma la responsabilidad. Para que los ciudadanos puedan exigir cuentas, primero deben exigirlos a los responsables de la formulación de políticas (muchas veces elegidos popularmente) y esperar que estos así lo demanden de los prestadores. Cuando las relaciones en esta ruta larga se rompen, fallan los servicios.

Como respuesta a las debilidades de la ruta larga, el informe del Banco Mundial sugiere que los resultados pueden mejorar fortaleciendo la **ruta corta**. Es decir facilitando que los ciudadanos actúen más como consumidores, esto es, pagando a los prestadores de acuerdo a si estos son o no elegidos de manera libre e informada por parte de los ciudadanos.

Ruta larga y corta de rendición de cuentas



Fuente: Banco Mundial.

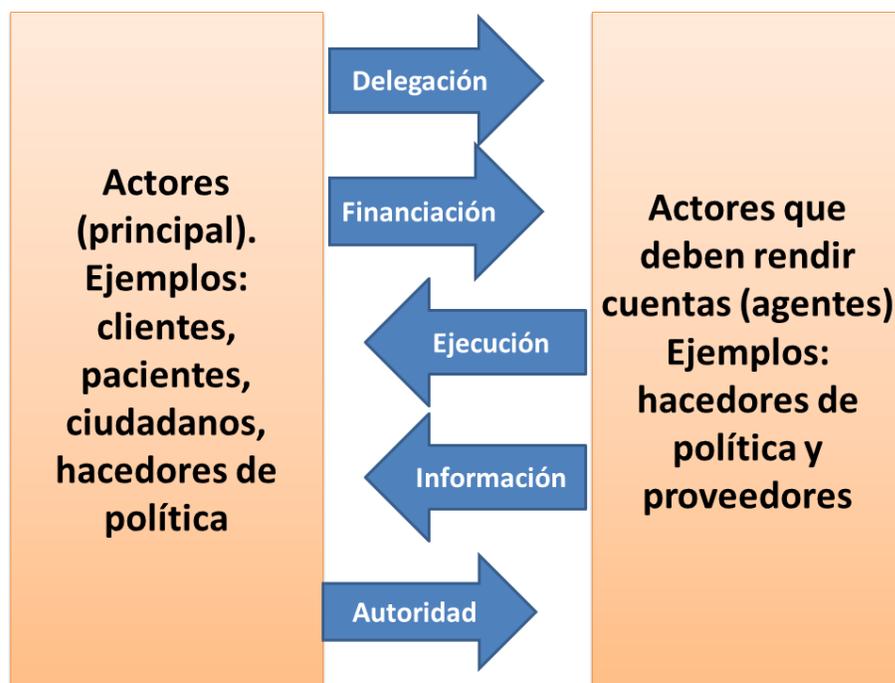
De acuerdo con este mismo informe, el marco conceptual la definición de “rendición de cuentas” puede operacionalizarse como la relación entre actores o instituciones que tiene cinco

características: delegación, financiación, ejecución (desempeño), información acerca de la ejecución y autoridad para hacer cumplir lo delegado.

La *delegación* consiste en la tarea específica que se pide realizar. La *financiación* describe los recursos que se han dado para hacerla realidad. La *ejecución* consiste en el conjunto de actividades realizadas por la entidad a quien se han dado instrucciones y recursos para desempeñar la tarea. La *información* consiste en todo dato que permita verificar la cantidad y calidad con que se efectuó la tarea desempeñada. Finalmente esta la *autoridad* que consiste en la potestad del delegante de premiar o castigar el desempeño.

Esta definición es de gran utilidad operativa porque permite derivar cuál o cuáles elementos de la relación entre los actores falla. Por ejemplo, sin una clara delegación no pueden exigirse resultados. A la vez, si un prestador no recibe los recursos adecuados, exigirle cuentas o la prestación de servicios con un nivel mínimo de calidad puede ser incoherente. El gráfico ilustra el marco conceptual del modelo de rendición de cuentas del Banco Mundial.

Elementos de la Rendición de cuentas



Fuente: Banco Mundial: Informe sobre el desarrollo mundial (2004).

Por qué es tan complejo establecer relaciones de “rendición de cuentas”?

De acuerdo con este informe son tres las causas. La primera de ellas es la armonización de los intereses individuales con los intereses colectivos. Si bien un mercado competitivo crea automáticamente una relación de “rendición de cuentas” de prestadores a ciudadanos por la vía

corta, los mercados son buenos para responder a los intereses de los individuos y no del colectivo. Esto sucede o bien porque el mercado solo responde a quien tiene poder adquisitivo, o bien porque las preferencias individuales no son consistentes con las preferencias sociales (por ejemplo, trabajar hoy para conseguir dinero hoy, versus educarse hoy, sacrificando ingreso presente por ingreso futuro).

La segunda causa por la que fallan las relaciones de rendición de cuentas es por el problema del seguimiento. Los servicios producidos a nivel local son discrecionales e intensivos en transacciones, y esto dificulta medir el desempeño. De igual forma estos servicios son caracterizados por tener múltiples autoridades y múltiples tareas, haciendo muy difícil la priorización y el registro. Finalmente, está el problema de la atribución, dado que estos servicios no son producidos en el vacío, es muy complicado discernir si los resultados observados son o no a causa del servicio prestado o de otro factor concurrente.

3.4 Rendición de cuentas en sistemas de salud

Luego de revisar tres marcos conceptuales de rendición de cuentas que aplican de manera genérica a los bienes y servicios de carácter público, en esta sección se presentan los marcos conceptuales que se han desarrollado específicamente para el sector salud. El primero es el propuesto por los profesores Ezekiel Emanuel y Linda Emanuel de la Universidad de Harvard. Este es considerado uno de los artículos seminales de la literatura, pero su énfasis es el sistema de salud norteamericano. El segundo marco conceptual es el propuesto por el investigador Derick Brinkerhoff, quien extiende el modelo de Emanuel para otros sistemas de salud, con énfasis en los países en desarrollo.

3.4.1 El marco conceptual propuesto por Emanuel y Emanuel

De acuerdo con estos autores, la rendición de cuentas son los procesos y procedimientos por los cuales una entidad provee una justificación de sus actos y se hace responsable de las acciones que toma ante otra entidad que tiene interés en sus actuaciones. Los autores consideran que la rendición de cuentas está formada por tres componentes: quién debe rendir cuentas, por qué concepto y de qué manera.

Distintos tipos de rendición implican distintos dominios, criterios de evaluación, procedimientos, etc. Se caracterizan tres tipos de sistemas: el modelo profesional, el modelo económico y el modelo político.

Componentes de la rendición de cuentas.

¿Quién?

En el sistema de salud se han identificado 11 agentes distintos a los cuales debe ir dirigida la rendición de cuentas: pacientes, médicos, profesionales de la salud (distintos a los médicos),

hospitales, otras entidades prestadoras, asociación de profesionales, empleadores, financiadores, Gobierno, inversionistas y sistema legal.

¿Por qué concepto?

Los dominios son actividades directamente relacionadas con el quehacer sobre las cuales una entidad o persona debe rendir cuentas y puede ser llamado a justificar y cambiar el curso de acción. Estas incluyen: competencia profesional, conducta legal y ética, rendimiento financiero, acceso adecuado, promoción de la salud pública y beneficios a la comunidad.

¿Cómo? Los procedimientos

En general existen dos componentes a lo que los autores denominan los procedimientos de cómo rendir cuentas. El primero es la evaluación de la adherencia o el cumplimiento con los criterios definidos para áreas específicas. El segundo es la diseminación de la evaluación y las respuestas o justificaciones que la entidad de ante las entidades que tienen un interés en sus acciones.

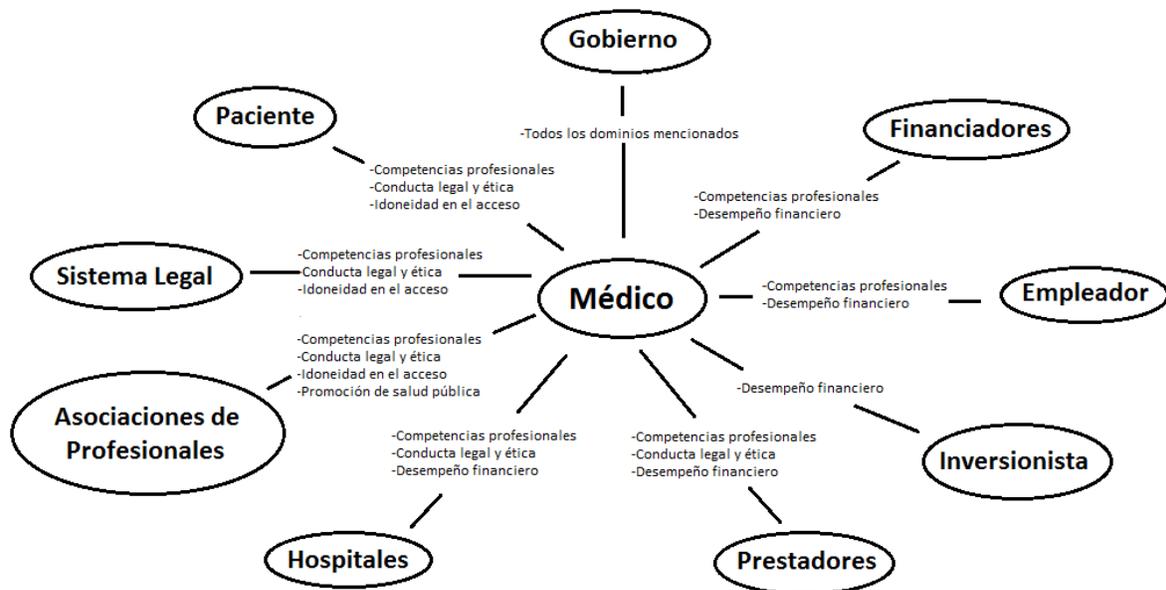
Diferentes tipos de procedimientos aplican a los diferentes dominios. De igual forma los procedimientos pueden ser formales o informales. Los mecanismos formales incluyen inspección directa, revisión de casos, o revisión de indicadores de mortalidad o morbilidad. No obstante los autores sugieren que estas medidas de evaluación no están muy desarrolladas.

Los procedimientos de diseminación también incluyen mecanismos formales tales como audiencias públicas, certificaciones y licencias para ejercer o para prestar, y los reportes de información al público (report cards).

Los mecanismos informales tanto en evaluación como en diseminación incluyen interacciones con pares, y el establecimiento de rankings por terceras partes, al igual que informes de prensa.

Matriz de rendición de cuentas.

Las diferentes partes involucradas que interactúan en materia de rendición de cuentas en cada uno de los dominios y mecanismos crean lo que los autores denominan una “compleja matriz de rendición de cuentas recíproca”. Por ejemplo, una entidad puede tener que rendir cuentas a 10 interesados distintos y cada uno de ellos le puede pedir cuentas sobre 6 dimensiones distintas. La siguiente grafica muestra el ejemplo para un médico:



Fuente: Emanuel y Emanuel (1996).

Modelos de rendición.

El modelo profesional.

En medicina, es el modelo que se ha utilizado tradicionalmente. Las acciones de los médicos van dirigidas al bienestar de los pacientes a través de discusión y deliberación directa con el paciente. Adicionalmente, en este modelo el servicio de salud no es catalogado como una mercancía sino como un servicio profesional. La remuneración al trabajo del médico es un tema de importancia secundaria ante el bienestar del paciente; y los procedimientos médicos son estructurados de tal manera que el bienestar del paciente no entre en conflicto con la sostenibilidad financiera del prestador.

El modelo profesional consiste en dos fuentes de rendición: ante los colegas y las organizaciones médicas, y ante los pacientes. Tradicionalmente la rendición de cuentas se da a través de la competencia técnica como profesional y de la conducta ética y legal.

Este modelo se retroalimenta y autorregula a través de consultas con pares, revisión rutinaria de casos en conferencias, hospitales y otras actividades de sociedades científicas. A través de este proceso de interacción continua, el modelo profesional es autónomo: los médicos son simultáneamente regulados y reguladores. En raras ocasiones, de acuerdo con el modelo, agentes externos como el Gobierno, el sistema legal y la gente del común puede involucrarse. Finalmente, el único mecanismo externo al modelo que es utilizado por los pacientes cuando están insatisfechos con el profesional médico son las demandas legales por negligencia médica.

Modelo económico.

En este caso, el sistema de rendición de cuentas que opera en el libre mercado es aplicado al sistema de salud. Los pacientes son vistos como consumidores, médicos y hospitales como oferentes y la salud como un bien de mercado. Como en otros tipos de mercados, el consumidor (paciente) observa el precio, tipo de servicio, calidad y desempeño, para elegir finalmente el prestador de cuidado de salud (todo esto de acuerdo a sus preferencias) que satisface sus restricciones y preferencias. El mejor prestador atraerá el mayor número de consumidores.

En este sistema el centro está en la relación consumidor y oferente. Sin embargo como en los demás mercados existe un espacio para el regulador del mercado, del tipo gubernamental, para garantizar que no existan abusos. Los gobiernos son el regulador típico por su poder y capacidad de recursos para supervisar a un gran número de oferentes. Los dominios de esta supervisión son el precio y calidad. El mecanismo por excelencia de rendición de cuentas está en la capacidad que los consumidores tengan de cambiar de prestador cuando lo consideren necesario. La condición fundamental para que este tipo de rendición de cuentas funcione es la existencia de información precisa y de fácil acceso respecto a los precios y a la calidad.

El modelo político.

El tercer modelo es el que adapta el concepto de rendición de cuentas que se da en el mundo político al sector salud. En este modelo las interacciones entre pacientes y médicos se dan dentro de la comunidad. En este caso, los pacientes dejan de ser consumidores para convertirse en ciudadanos y los médicos dejan de ser oferentes de un servicio para ser ciudadanos. En este modelo son los ciudadanos los que participan en la formulación de políticas públicas y en definir las reglas de juego del sistema a través de aquellos ciudadanos elegidos popularmente y que los representan.

En el modelo político, el centro de la rendición de cuentas es la relación de prestadores (médicos y hospitales) y un cuerpo representativo de los ciudadanos. Este cuerpo representativo rinde cuentas, a su turno, a todos los agente participantes en el sistema de salud, a pacientes y médicos por igual. El mecanismo primordial de rendición de cuentas es la “voz”. Y este se ejerce a través de elecciones periódicas o el apoyo explícito a esfuerzos reformistas. La manera en que los ciudadanos demuestran su insatisfacción es a través de manifestaciones directas. Algunos procedimientos que son compatibles con el modelo son la presencia de pacientes en las juntas directivas de entidades prestadoras, prestadores cuya propiedad es compartida entre médicos y pacientes, o cooperativas en donde es la comunidad la dueña. El modelo permite un mecanismo adicional de insatisfacción: las demandas legales por negligencia médica⁶.

⁶ En Colombia los médicos pueden ser demandados por responsabilidad civil (que incluye negligencia, impericia e imprudencia), y por responsabilidad penal (cuando el daño es causado por una acción dolosa)

En el modelo político los dominios de rendición de cuentas no son fijos, se genera a partir de un proceso consultivo entre pacientes y oferentes de servicios de salud llevado a cabo por el cuerpo representativo siempre teniendo como fin último el bienestar de los pacientes. Una vez los dominios se definen, estos forman la base para definir los criterios a partir de los cuales se exigirán cuentas a los prestadores. A pesar del nombre del modelo, no es necesario que el cuerpo representativo sea el gobierno; este modelo se refiere más al procedimiento de toma de decisiones mismo.

Comparaciones y conflictos entre los distintos modelos.

Los autores sugieren que aunque existan otros modelos de rendición de cuentas (el regulatorio) estos tres son los que dominan en el sector. Un resumen de los principales elementos de cada uno se encuentra en la tabla adjunta.

Variable	Modelo Profesional	Modelo Económico	Modelo Político
Concepción del paciente	Participante-destinatario de servicios profesionales.	Consumo de salud	Ciudadano decisión sobre bien público.
Concepción del médico	Profesional dedicado al bienestar del paciente.	Prestador, unidad económica	Ciudadano
Concepción de atención médica	Servicio profesional en el cual la meta de promover el bienestar del paciente es acordado de manera compartida entre paciente y médico.	Bien que es fijo, objetivamente define características de rendimiento que consumidores seleccionan para satisfacer sus preferencias.	Bien público cuya meta de promover el bienestar del paciente es especificado por una política comunitaria.
Dominios principales de la rendición de cuentas	Competencias profesionales y estándares legales y éticos.	Desempeño financiero y competencias profesionales.	Cualquier dominio seleccionado por la comunidad.
Fuente primaria de la rendición de cuentas	Interacción entre médico, asociaciones profesionales y pacientes.	Interacción en el mercado de trabajo entre prestador y consumidor con supervisión de cuerpo regulatorio gubernamental.	Interacción entre médico y representantes de gobierno y entre representantes de gobierno y pacientes.
Procedimientos principales de la rendición de cuentas	Licenciatura, certificación y demandas por negligencia.	“Salida”, que es, cambio de prestador.	“Voz”, que es, expresión de insatisfacción e ideas de reforma.
Estructura institucional para la rendición de cuentas	Acreditación, licenciatura y procedimientos legales.	Políticas de protección al consumidor, información estándar de calidad y precio.	Foros abiertos para expresar ideas, cuerpo representativo y otros procedimientos de control sobre decisiones administrativas.

Fuente: Emanuel y Emanuel (1996).

Estos modelos no pueden ni deben ser integrados a la vida práctica sin tener en cuenta el contexto, porque existe el peligro de que uno anule los beneficios de otro. Por ejemplo, el modelo económico entra en conflicto con el modelo profesional porque el profesional no tiene en cuenta los costos de la prestación⁷, mientras que el económico si los tiene. De manera similar, el modelo económico induce a la fragmentación del cuidado mientras que el profesional propende por la continuidad del mismo⁸.

El modelo de mercado con su característica de libre escogencia también choca con el modelo político en circunstancias donde se necesitan generar cambios en las organizaciones que demandan tiempo y compromiso por parte de los prestadores y ciudadanos a la vez.

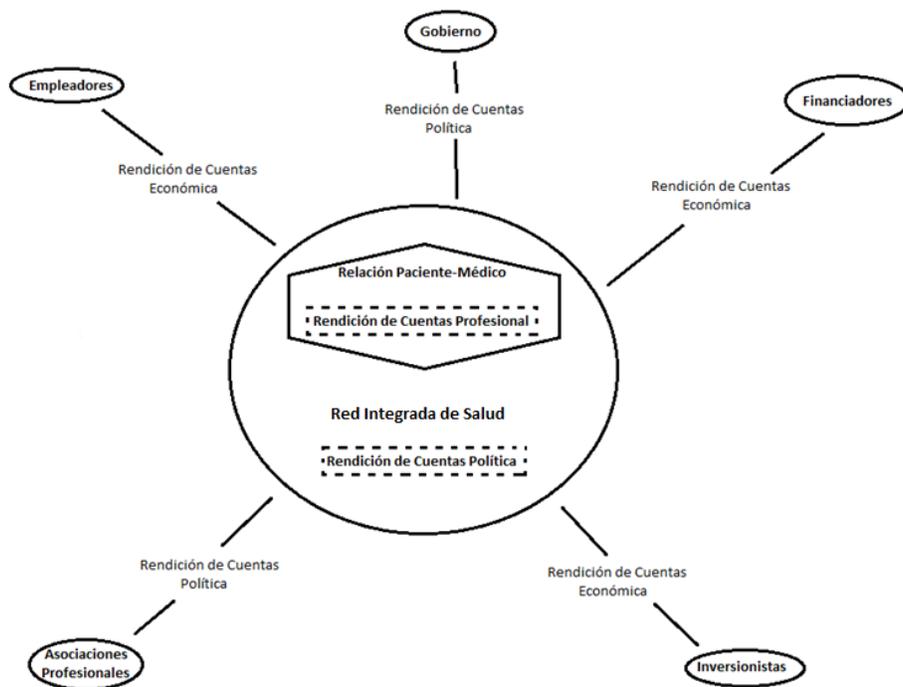
El modelo ideal de rendición de cuentas.

Emanuel y Emanuel sugieren un modelo ideal de rendición de cuentas como aquel que toma lo mejor de cada sistema. Es decir un modelo estratificado en el cual diferentes tipos de rendición se dan en distintas interacciones. La rendición de cuentas en la relación paciente y médico debe regirse por el modelo profesional, aislado de intereses económicos. La relación del asegurador con el bloque paciente-médico debe regirse por el modelo político. Tres razones justifican esta escogencia: (1) necesariamente la limitación de presupuesto exige la priorización de unos servicios sobre otros, lo que implica decisiones de tipo moral; (2) provee mecanismos para que la toma de decisiones del asegurador incorpore la voz de los ciudadanos; (3) reduce el poder que en una decisión pueda tener un grupo de interés individual.

No obstante, el modelo político es susceptible de caer en ineficiencias, imposición de criterios profesionales (dada la asimetría de información entre pacientes y médicos) y parálisis en la toma de decisiones.

⁷ En ocasiones esto no es del todo cierto. Los profesionales sí tienen en cuenta el costo cuando el pago es prospectivo, y aún en modalidades de pago por servicio o asalariados pueden ser expuestos al conflicto ético de utilizar los recursos de tal manera que se logre la eficiencia de asignación.

⁸ Existen modalidades de pago como el pago prospectivo por condiciones médicas o la capitación global que buscan resolver este problema. De igual forma, el modelo profesional tampoco propende por la continuidad especialmente cuando se basa en el pago por servicio.



Fuente: Emanuel y Emanuel (1996).

Para las relaciones del asegurador con otras entidades el modelo económico se sugiere como uno razonable dado que estas relaciones no se encuentran atadas a decisiones médicas profesionales.

Los autores concluyen subrayando dos errores que pueden dar al traste con la confianza del sistema. El primero es pensar que un sólo modelo a lo largo de todas las relaciones del sistema puede resolver los problemas del sistema. El segundo es presentarse como si se estuviera aplicando un modelo cuando es otro el que está operando, por ejemplo, hacer creer a la gente que el modelo profesional es el que rige la relación paciente-medico, cuando en realidad es el modelo económico.

3.4.2 El marco conceptual de Brinkerhoff (2004)

Derick Brinkerhoff propone una definición de rendición de cuentas en busca de hacer de este un término más preciso y más relevante operativamente, especialmente para países en desarrollo.

Todos los países han buscado llevar a cabo reformas que permitan un correcto funcionamiento de sus sistemas de salud: privatización, fomentar la competencia entre los prestadores de salud, cuantificar, con indicadores, el desempeño del sector y permitir la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones. La preocupación por la falta de rendición de cuentas en el sector refleja: i) inconformidad de los usuarios con el servicio prestado (por razones de costo,

calidad, servicios y tecnologías disponibles (principalmente medicamentos y dispositivos), distribución, entre otros); ii) el crecimiento del sector salud ha sido tal que la burocracia y las decisiones tomadas por esta empiezan a afectar a los ciudadanos; y iii) la necesidad de conocer a donde se está yendo el dinero que se invierte en el sistema.

El sector salud tiene un número considerable de interacciones entre agentes que pueden ser relaciones de control, supervisión, cooperación e intercambio de información. Muchas de estas relaciones generan necesidades distintas en el momento de la rendición de cuentas. Por ejemplo, el poder legislativo necesita información relativa al uso de recursos financiados con impuestos mientras que las entidades regulatorias públicas requieren información respecto al cumplimiento de estándares de calidad en la prestación de servicios de salud.

Frecuentemente es la falta de rendición de cuentas la que motiva cambios significativos en los sistemas. No obstante más o nuevos modelos de rendición de cuentas no significa que un sistema de salud mejore su desempeño, porque esta no necesariamente dictamina los cambios operacionales específicos que se necesitan.

¿Qué es la rendición de cuentas?

El autor afirma que se tiene una idea vaga de su concepto. La rendición de cuentas es vista como la obligación que tiene un individuo o una organización de proveer información sobre acciones tomadas y la racionalidad de las mismas ante otros actores interesados (por ejemplo gobierno, ciudadanos y entes regulatorios). Esta rendición puede implicar una sanción en el momento de no cumplir un objetivo especificado.

Responder y sancionar.

La esencia de la rendición de cuentas es responder, es decir, dar cuenta de las acciones tomadas. La rendición de cuentas puede pedirse haciendo dos tipos de pregunta. La primera es pedir ser informado. Esta pregunta conforma un monitoreo simple, y en ella el flujo de la información tiene una sola dirección, del individuo responsable al ente supervisor⁹.

La segunda pregunta, más allá de indagar datos, busca encontrar una razón del porqué de la situación. La justificación buscada en esta pregunta está atada a la noción de salvaguarda (“stewardship”) promovida por la OMS en aras de que exista mayor confianza en la relación gobierno-ciudadanos, en tanto que los ciudadanos vean al gobierno como una organización preocupada por su bienestar.

La posibilidad de generar sanciones por un mal comportamiento, es la otra característica que define la rendición de cuentas. La capacidad de imponer sanciones y castigo a quienes no cumplan con lo pedido, le da dientes al concepto. Una débil rendición de cuentas es aquella sin castigo. Típicamente las sanciones deben venir de la organización que ostenta el poder del regulador.

⁹ Y en algunos casos al consumidor.

No obstante, existen otros arreglos institucionales, además de los castigos, que pueden influir de manera positiva sobre el comportamiento de rendición de cuentas de los agentes: las licencias y acreditación para ejercer como profesional de la salud; mecanismos de pago atados a desempeño; y el establecimiento de estándares de calidad, guías de práctica y demás mecanismos de cumplimiento de normas preestablecidas.

Finalmente, existe una categoría adicional de incentivos a “responder” definida por los mecanismos de mercado. Ejemplos de estos mecanismos están en los sistemas que separan los prestadores de los pagadores, y que introducen competencia entre prestadores. Estos mecanismos permiten fomentar la calidad de los servicios. La competencia sirve bajo el supuesto de que el individuo tiene la capacidad de elegir el prestador que satisface sus preferencias. Sin embargo, muchas veces estos mecanismos se enfrentan a dificultades, siendo la principal la asimetría de información.

Otro tipo de sanciones, más sutiles, tienen que ver con la exposición pública. Este tipo de mecanismo crea la necesidad de cuidar la reputación de la actividad que lleva un prestador previendo las implicaciones que tiene en un futuro una exposición pública negativa frente a sus usuarios.

Todos los mecanismos para que se dé una debida “respuesta” y/o “sanción” funcionan solamente cuando el ente supervisor tiene la capacidad de hacer cumplir las reglas.

¿Rendición de cuentas por qué concepto?

Una definición más completa de rendición de cuentas se logra cuando se resuelve su alcance, es decir, el “que”. Hay tres categorías de rendición de cuentas: la rendición de cuentas financiera, la rendición de cuentas de desempeño en la actividad y la rendición de cuentas política.

La rendición de cuentas financiera.

Este tipo de rendición se relaciona con el seguimiento y reporte de la asignación, desembolso y utilización de recursos financieros. Para esto se usan las herramientas obvias de auditoría, presupuestación y contabilidad. La base operacional de este tipo de rendición de cuentas está en el estricto seguimiento de las normas financieras y contables. La rendición de cuentas financiera también se ejerce través de la aplicación de sanciones cuando los arreglos contractuales se incumplen. O a través de la legislación que rige la contratación pública. El poder legislativo también puede exigir rendición de cuentas al poder ejecutivo (Ministerio de Salud), teniendo claro que el primero tienen en su poder la capacidad de reducir o aumentar presupuestos, lanzar investigaciones, etcétera.

Esta línea de rendición de cuentas descansa críticamente en la capacidad institucional de ambas partes, tanto el que pide cuentas como el que rinde cuentas.

La rendición de cuentas de desempeño.

La finalidad de este tipo de rendición está en demostrar y justificar el desempeño de una organización frente a las metas previamente establecidas. Mientras que la rendición de cuentas financieras busca saber en qué se gastaron los recursos, la rendición de cuentas de desempeño busca concentrarse en los resultados de este gasto. El desempeño se evalúa en áreas como: eficiencia, calidad¹⁰, equidad y satisfacción del usuario. Tanto la rendición de cuentas financiera como la rendición de cuentas de desempeño demandan una gran cantidad de información.

La rendición de cuentas política/democrática.

Este tipo de rendición de cuentas consiste en asegurarse que el gobierno cumple con lo prometido en época electoral, que cumple con la confianza que el público ha depositado en él, que agrega y representa los intereses de los ciudadanos, y que responde a las necesidades y preocupaciones de los ciudadanos. Como resultado, una rendición de cuentas efectiva en esta área legitima la función del gobierno ante los ojos de los ciudadanos. El proceso político y el proceso electoral son los principales canales para este tipo de rendición. Los mandatarios elegidos y los legisladores son piezas claves en este tipo de rendición, a través de su poder sobre las entidades que manejan la salud.

La equidad es un asunto que genera fuertes debates políticos. Por esta razón, una responsabilidad gubernamental importante es resolver los fallos de mercado que puedan presentarse en los sistemas de salud, bien sea vía una mejor regulación o reasignación de recursos.

Como se mencionó, la finalidad de la rendición de cuentas política busca generar una mayor confianza en la relación entre gobierno-ciudadanos con base a estándares sociales. Estos estándares reflejan valores nacionales y culturales y atrae discusiones éticas y religiosas en el proceso de rendición de cuentas.

Analizando la rendición de cuentas y sistemas de salud.

Cuando se aplica la clasificación anterior a los servicios de salud se pueden encontrar donde existen problemas de rendición de cuentas y donde hay brechas, contradicciones y conflictos. Los problemas encontrados pueden luego verse a la luz de tres propósitos de la rendición de cuentas. El primer propósito está en el control del mal uso y abuso de recursos públicos (rendición de cuentas financieras). El segundo es asegurarse que los recursos y la autoridad se están utilizando de acuerdo a procedimientos legales, estándares profesionales y valores sociales previamente establecidos. El tercero es mejorar la oferta de servicios y su administración mediante el proceso de retroalimentación derivado del proceso de rendición de cuentas.

¹⁰ Este marco conceptual no aclara si se refiere a calidad en términos de estructura, procesos o resultados.

Estos tres objetivos se sobreponen, y dependiendo del contexto pueden entrar en conflicto. Por ejemplo, un mecanismo de rendición de cuentas que busque “culpables” entrará en conflicto con uno que busque aprender de los errores.

Existen retos para lograr un sistema de rendición de cuentas que se adecue a la necesidad de una sociedad. Primero, hay fuertes asimetrías entre prestadores, usuarios, y organismos regulatorios en torno a información, experticia y acceso a servicios. Segundo, hay diferencias entre los intereses e incentivos de entidades públicas y privadas que pueden limitar la rendición de cuentas. Tercero, existen problemas en la capacidad institucional de las entidades prestadoras (para dar cuenta de la ejecución de su presupuesto, producción, compra de insumos, etc), de las entidades reguladoras (para medir el desempeño de los prestadores, para controlar prestadores privados). A estos, retos se suma la incapacidad institucional de hacer efectivas las sanciones y castigos.

La siguiente tabla muestra los principales propósitos de cada tipo de sistema de rendición:

Tipo de sistema de rendición de cuentas	Enfoque dado	Propósito principal
Financiero	Medición del costo/presupuesto para: -Personal. -Operaciones. -Inventarios farmacéuticos. Definición de planes de beneficio. Supervisión contractual	Control y aseguramiento son importantes Enfoque en cumplimiento de objetivos de acuerdo a estándares propuestos; control de costos; medidas de eficiencia de recursos; eliminación de despilfarro, fraude y corrupción.
Desempeño	Asignación de recursos necesarios para un desempeño efectivo Calidad del servicio Comportamiento del proveedor del servicio Regulación por cuerpos profesionales Contratación	Aseguramiento y mejoramiento (a través del aprendizaje) son importantes Aseguramiento con apego a la ley, regulación y al marco de política pública; servicio profesional suministra procedimientos, normas y valores; y calidad en los estándares de cuidado y auditorías El propósito de mejoramiento se enfoca en evaluación comparativa, establecimiento de estándares, gestión de calidad, investigación de operaciones, monitoreo y evaluación.
Político	Distribución equitativa de servicios Transparencia Responsabilidad hacia los ciudadanos Confianza del usuario Resolución de conflictos	Énfasis en propósitos de control y aseguramiento Control relacionado con la satisfacción de ciudadano, uso de impuestos recaudados, solución de fallas de mercado y distribución de servicios (población desfavorecida) Aseguramiento se centra en dinámica principal-agente para la supervisión; disponibilidad y diseminación de información relevante; ceñimiento a estándares de calidad, normas profesionales y valores sociales

Fuente: Brinkerhoff (2004).

La ventaja de enfocarse en los sistemas de rendición de cuenta es que puede llevar a un mejor entendimiento del funcionamiento de un sistema de salud, identificar presiones e incentivos que enfrentan los distintos actores y llevar a cabo un correcto diagnóstico en el proceso de diseño de reformas.

Debido al amplio rango de posibles actores que actúan en el sistema, ciertas conjeturas deben hacerse respecto a las relaciones entre estos:

- Muy pocas interacciones pueden abrir la puerta a la corrupción, poca calidad en los servicios y evasión de responsabilidades.
- Muchas interacciones afectan la transparencia del proceso, debido a la poca claridad que existe sobre quien le rinde cuentas a quien.
- Relaciones que solo se dan de manera interna en una organización, y que además se encuentren en función de una estructura jerárquica, genera el incentivo de dar información solamente a las cabezas superiores de la organización en detrimento a la información disponible a los usuarios del sistema.

Tener una perspectiva clara de las relaciones, capacidades e intereses de los actores es un insumo importante para tener en cuenta en la estructuración de un sistema de rendición de cuentas.

4 Marcos conceptuales en áreas específicas

La sección anterior describió los marcos conceptuales generales, es decir, las relaciones y tipologías genéricas que sirven como herramientas analíticas. En esta sección se sintetiza la literatura que discute marcos conceptuales y evidencia empírica para un área del sistema de salud, por ejemplo, la revelación de información, o el cuidado primario.

4.1 Rendición de cuentas y marco regulatorio

Diversos mecanismos se han establecido por entidades regulatoria en el mundo para aumentar la rendición de cuentas hacia el público en general. En particular, las leyes de transparencia o “sunshine” en donde a un costo razonablemente bajo (p. ej. Un derecho de petición) el público puede acceder a información de los aseguradores. En esta sección se resume el trabajo de Rui Nunes, Cristina Brandao y Guilhermina Rego, quienes ofrecen un marco conceptual de la rendición de cuentas a la luz de la dinámica regulatoria.

4.1.1 Los niveles de la rendición de cuentas y la revelación de información al público

El trabajo de Nunes, Brandao y Rego resalta la importancia del principio de rendición de cuentas y la revelación de información al público en la regulación en salud.

La carencia de sostenibilidad económica y una alta demanda por servicios de calidad en el sector de la salud han contribuido a que la regulación se desarrolle como un factor decisivo de modernización, innovación y competitividad de acuerdo con estos autores.

Rendición de cuentas y estrategia regulatoria

La complejidad del sistema de salud exige mecanismos apropiados de rendición de cuentas de los prestadores para garantizar una competencia apropiada (corregir fallas de mercado) y para alcanzar valores sociales importantes como la salvaguarda de los derechos de los ciudadanos.

El principio de rendición de cuentas al público mediante revelación de información es un instrumento para alcanzar estos objetivos.

La rendición de cuentas se refiere a la necesidad de hacer el proceso de toma de decisiones en el sector salud visible y transparente. El término rendición de cuentas, desde una perspectiva de filosofía política tiene dos aspectos distintos pero relacionados. De un lado esta involucrar a la sociedad en general y a los ciudadanos en particular en las decisiones. De otro está el promover el principio de autonomía individual y colectiva, incluyendo la promoción del derecho a la información de todos y cada uno de los ciudadanos.

De acuerdo con los autores, los diferentes niveles de rendición de cuentas, descritos en la siguiente tabla, desde el prestador individual al administrador más alto del sistema de salud, están relacionados en los diferentes tipos de participación social en el proceso democrático.

Diferentes niveles de rendición pública de cuentas

<p>I. Macro nivel: Gobierno, parlamento, y/u otras instituciones democráticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos de deliberación explícitos para la asignación de recursos en decisiones transparentes y racionales basadas en razones que todos los grupos de interés puedan acordar; • Presupuestación global; • Medidas para hacer cumplir las reglas y las leyes (regulación); • Fortalecimiento de la sociedad civil fomentando el ambiente para grupos de lobby (advocacy groups); • Estimulo de debate público, incluyendo la participación de grupos vulnerables; • Procedimientos de quejas justo: Procedimientos legales (demandas legales por negligencia) y procedimientos no legales de resolución de disputas.
<p>II. Meso nivel: Departamentos de Salud, aseguradores en salud, instituciones privadas (con y sin ánimo de lucro)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos detallados y públicos, explícitos, para evaluar servicios con reportes completamente públicos; • Uso de reportes; • Reportes de desempeño y reportes de cumplimiento; • Uso adecuado de consultores calificados; • Auditoria externa e interna; • Procedimientos de queja justo: Procedimientos legales (demandas legales por negligencia) y procedimientos no legales de resolución de disputas.
<p>III. Micro nivel: Profesionales de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado; • Guías basadas en la evidencia; • Toma de decisiones abiertas; • Adecuada protección de la privacidad; • Integridad y ausencia de un rol dual.

Fuente: Nunes, Brandao & Rego (2010).

En el largo plazo, la inevitable competencia en el sector de la salud implica que los indicadores de calidad y desempeño económico sean accesibles al público.

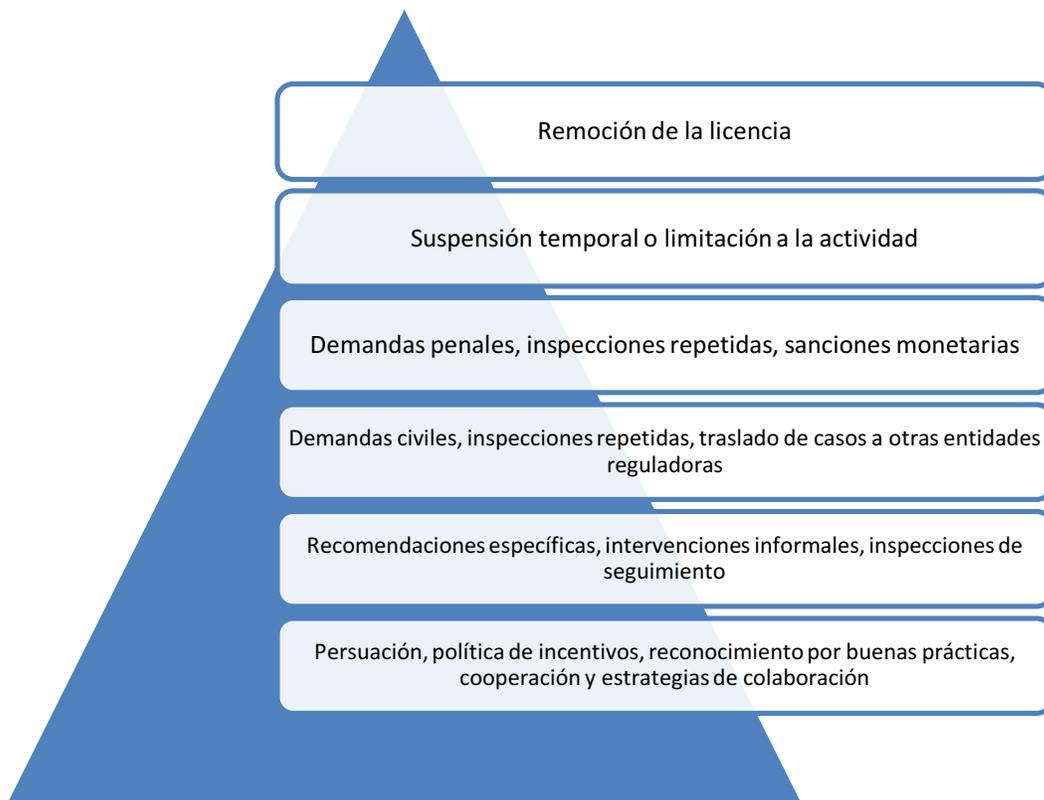
Modelos de intervención

Para que la regulación basada en transparencia sea efectiva el principio de rendición de cuentas públicas debe ser considerado por cualquier estrategia regulatoria. Existen dos tipos de modelos en la actividad reguladora: Cumplimiento voluntario (autoregulación) y Disuasión. Estos modelos no son excluyentes. El modelo de “responda sí o explique por qué no” está en ambas categorías.

El modelo de cumplimiento consiste en la generación de acuerdos voluntarios en los objetivos de regulación con los ejecutores. El modelo de cumplimiento no es siempre efectivo en el logro de sus objetivos. Requiere de guías, códigos de conducta, declaraciones de derecho y recomendaciones generales. Una desventaja de la implementación del modelo es el fenómeno conocido como “cumplimiento creativo”. Esta es la posibilidad de cumplir de manera formal con los objetivos y las prácticas regulatorias, sin una verdadera mejora en el desempeño. Por esta razón se reconoce que el modelo de “cumplimiento” no es efectivo en el sector salud. No obstante, aun reconociendo la necesidad de otros modelos de supervisión, en la medida que haya más información pública el modelo adquiere una probabilidad mayor de efectividad. Esta es una razón más para promover la transparencia y la publicidad de información respecto a la calidad de los prestadores, y para no subestimarlos como modelo regulatorio.

El modelo de disuasión está diseñado para controlar a prestadores que están dispuestos a hacer lo que sea para lograr sus metas. La competencia en el sector de la salud puede generar disfunciones que claramente necesitan ser reguladas.

La estrategia regulatoria ideal busca integrar las dos perspectivas. Es un tercer modelo que los autores denominan “responsive regulation” que podría traducirse como “regulación que responde”. Este tercer modelo pretende ser un balance sistemático entre cumplimiento y disuasión. El modelo se puede representar como una jerarquía de respuestas regulatorias disuasivas ante fallas del modelo de cumplimiento. La pirámide supone que la capacidad reguladora se desarrolle para que la entidad la adapte a las circunstancias concretas. Así el modelo es dinámico en la medida en que la regulación responde a las circunstancias.



Fuente: Nunes, Brandao & Rego (2010). Adaptado de Ayres y Braithwaite.

En el modelo la intervención se hace de manera escalonada, usando los instrumentos regulatorios apropiados. Nunes, Brandao & Rego (2010) afirman que es fundamental que todos los instrumentos reguladores y el poder discrecional de los reguladores estén sujetos a alguna moderación por criterios, como prudencia, transparencia y rendición de cuentas.

Las leyes de transparencia en el sector de la salud

El objetivo de la mayoría de las reformas regulatorias en países en desarrollo buscan maximizar eficiencia¹¹. En contraste las reformas en países desarrollados buscan que los sistemas de salud incorporen las necesidades de los ciudadanos. Normalmente estas reformas han enfrentado el problema de asimetría de información.

Como consecuencia se han venido promoviendo leyes de transparencia (en inglés “sunshine laws”) orientadas a promover la publicidad de información de las características de calidad y de procesos de atención de los prestadores. Dos aspectos esenciales caracterizan esta regulación:

1. Aplicación de benchmarking: comparación de indicadores de desempeño
2. Discusión pública del desempeño: el análisis y escrutinio público del benchmarking promueve la libertad de decisión y la competencia en el sistema de salud, así como el empoderamiento de los ciudadanos.

¹¹ Los autores no aclaran si es técnica o distributiva.

La rendición de cuentas a través de mecanismos que hagan pública la información de prestadores, más que basarse en un principio de desempeño, debe ser el primer conductor de un cambio de cultura en el sector salud.

4.2 Rendición de cuentas en el marco de la atención primaria

En esta sección se presentan marcos conceptuales que discuten el concepto de rendición de cuentas en el cuidado primario. El primer trabajo, de Pauline Allen de London School of Hygiene and Tropical Medicine, discute la necesidad de incluir el concepto dentro de las acciones de gobernabilidad clínica. El segundo trabajo, por Susan Cleary, Sassy Molyneux y Lucy Gilson de la Universidad de Cape Town en Suráfrica, discute los factores que influyen en el funcionamiento de mecanismos de rendición de cuentas en los centros de atención primaria con énfasis en países en desarrollo.

4.2.1 Rendición de cuentas y gobernabilidad clínica

De acuerdo con Allen, la rendición de cuentas se encuentra en el corazón del concepto de gobernabilidad clínica. Los profesionales de la salud no solo deben mejorar la calidad del servicio que prestan sino que también deben demostrar que lo están haciendo. De acuerdo con esto, los médicos que tienen a su cargo la atención primaria son responsables de sus acciones frente a sus pares y frente a su grupo de práctica.

¿Quién debe rendir cuentas?

En el cuidado primario, la respuesta puede dividirse en dos grupos: profesionales individuales de la salud y los grupos de profesionales, como por ejemplo, los centros de atención primaria. El profesional se encuentra en la obligación (legal) de ofrecer el mejor servicio al usuario. Este tipo de obligación siempre está presente dado la posibilidad que tiene el usuario de acudir al sistema legal cuando no le es ofrecido un servicio de acuerdo a los estándares de calidad.

Por otra parte, en los grupos de profesionales, la principal labor del gobierno clínico es generar una necesidad de rendir cuentas en forma colectiva respecto a la calidad del servicio prestado por cada uno de los médicos de la unidad de atención primaria. Es decir rendir cuentas por el desempeño no solo individual sino del otro.

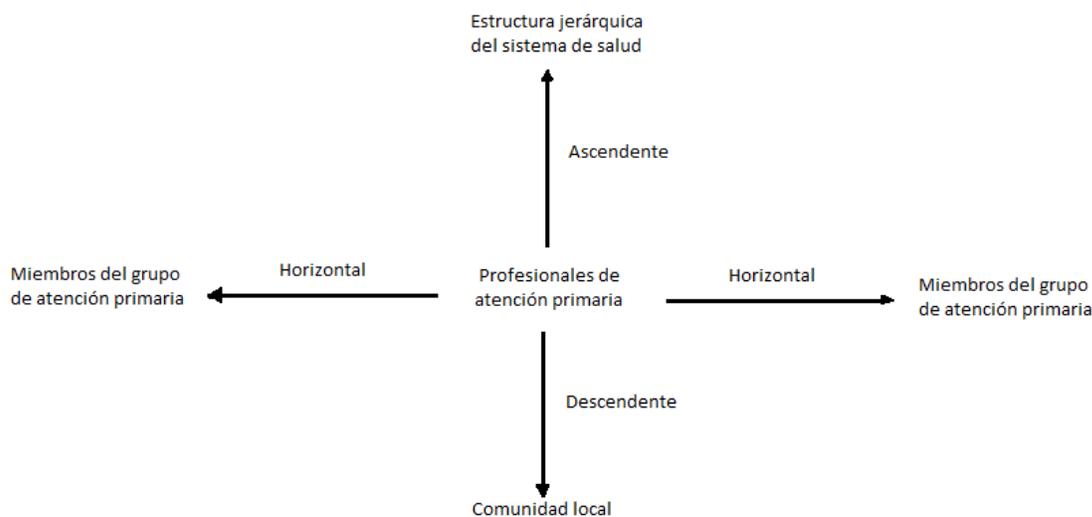
¿A quién rendirle cuentas?

Entre los actores a los cuales se les debe rendir cuentas de acuerdo con Allen, están:

- La comunidad donde está ubicado el centro de atención.
- La organización jerárquica establecida en el Sistema General de Salud (el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido en este caso particular);
- Colegas en el mismo grupo de cuidado primario;
- Pacientes a los cuales se está tratando;
- Entidades regulatorias de las asociaciones de profesionales a las que pertenezca el individuo.

Los dos últimos grupos tienden a estar ya protegidos, o bien por la ley que permite demandar por negligencia médica, o bien por las reglas que rigen las sociedades profesionales.

Dentro de la atención primaria lo novedoso sería el involucramiento del público¹² en la tarea de mejorar la calidad (*downwards accountability*) y en el uso de acuerdos anuales de rendición de cuentas entre los grupos de práctica clínica primaria y la autoridad de salud local (*upwards accountability*). Los grupos de atención primaria también tendrían que crear nuevos sistemas de rendición de cuentas horizontales para pares de una misma organización. La siguiente figura muestra el modelo de rendición de cuentas propuesto por la autora.



Fuente: Allen (2000).

Finalmente, las asociaciones de profesionales tienen el rol de participar en las actividades de rendición de cuentas que se den en los grupos de atención primaria, no por obligatoriedad legal, sino para que estas sean incluidas como parte de los requisitos que se exijan para, por ejemplo, revalidación de las licencias profesionales.

¿Acerca de qué se debe rendir cuentas?

La rendición de cuentas abarca cuatro dimensiones:

- La fiscal, que se preocupa por la probidad fiscal, y por lo tanto por la perfecta explicación de todo gasto.
- De procesos, relacionada con el uso de procedimientos adecuados.
- De programa, relacionada con la calidad de la atención.
- De prioridades, relacionada con la relevancia.

¹² Es necesario aclarar que la discusión sobre atención primaria en el Reino Unido se refiere a los Primary Care Groups que son estructuras de compra de servicios de un amplio espectro. Hoy en día estas estructuras ya no existen y fueron sustituidas por los Clinical Commissioning Groups.

A pesar de que todas las dimensiones anteriores son relevantes para los individuos que trabajan en salud primaria, la rendición de cuentas de procesos y de programas son las más importantes.

La rendición de cuentas de procesos incluye la necesidad de tener sistemas de información apropiados para registrar a quien se le ha prestado que servicio y en qué forma. Con esto, el prestador debe dar evidencia de la calidad del servicio, en términos de adherencia a estándares nacionales y locales.

Mecanismos para establecer y mantener la rendición de cuentas.

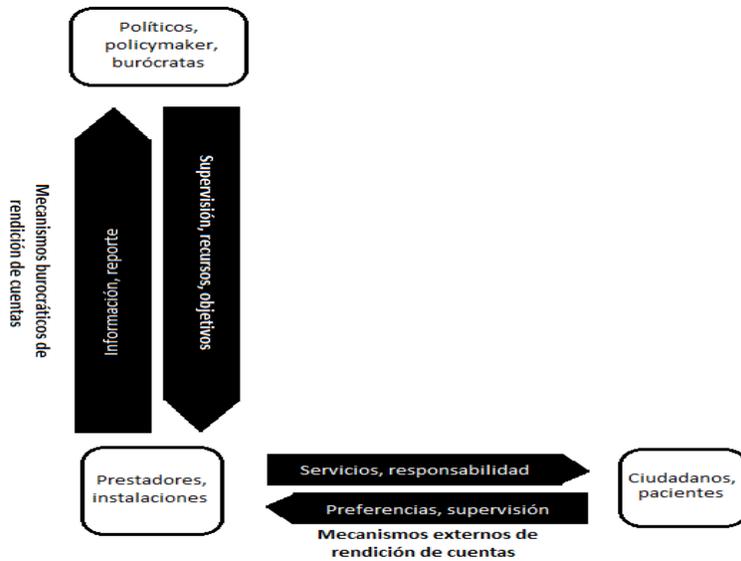
En el Reino Unido, el proceso de rendir cuentas a las comunidades no se ha logrado de manera satisfactoria de acuerdo con esta autora, aunque por legislación las juntas de los grupos de atención primaria deben tener miembros de la comunidad. Por su parte la rendición de cuentas ascendente (entre el grupo de atención primaria y la autoridad de salud local) a partir de los acuerdos anuales si es algo novedoso puesto que involucra metas e indicadores cuantificables.

Haciendo que la rendición de cuentas suceda

Los grupos de atención primaria enfrentan retos importantes para lograr mejoras en su rendición de cuentas profesional. Primero, los modelos voluntarios no imponen ningún tipo de obligación legal sobre el incumplimiento de las acciones de los profesionales de la salud. Segundo, las metas y deseos de la comunidad a la cual deben rendir cuentas los profesionales pueden no ser compatibles a lo largo del tiempo. Por ejemplo, una comunidad puede no estar de acuerdo con el cierre de un hospital público, mientras que la administración nacional del sistema de salud así lo ordene por razones de sostenibilidad financiera. Finalmente, mantener un sistema de rendición de cuentas horizontal y ascendente es costoso. Los profesionales de la salud requieren tiempo para adquirir las habilidades necesarias, herramientas e infraestructura para supervisar y verificar el cumplimiento de objetivos previamente establecidos.

4.2.2 Factores que influyen los mecanismos de rendición de cuentas

Susan Cleary, Sassy Molyneux y Lucy Gilson Susan examinan los factores que influyen el funcionamiento de los mecanismos de rendición de cuentas y las relaciones al nivel de un distrito local. Según las autoras existen tres actores en el marco de la rendición de cuentas: i) los políticos, los que hacen políticas y los burócratas (todo personal administrativo ubicado hacia arriba a lo largo de línea jerárquica del sistema hasta llegar el propio ministerio); ii) los prestadores que operan en centros de atención primaria o los trabajadores de la salud que trabajan directamente en la comunidad; y iii) pacientes y ciudadanos. El siguiente esquema muestra el marco conceptual del análisis (adaptado del trabajo de (Brinkerhoff & Bossert, 2013).



Fuente: Cleary et al (2013).

Las direcciones de las flechas indican la dirección de las relaciones entre los actores del sistema y los tamaños indican la fuerza de esa relación, donde el gobierno y prestadores tienden a tener un mayor control, información y experiencia.

Las flechas verticales, que relacionan gobierno con prestadores de servicios de salud, muestran los mecanismos burocráticos de rendición de cuentas, cuya función es promover la responsabilidad dentro de la estructura jerárquica del sistema de salud. Por ejemplo, el gobierno puede hacer responsables a los prestadores mediante el monitoreo del progreso alcanzado por estos en diversos indicadores de salud de la población, inyectando recursos y estándares de gasto y a través de la supervisión y regulación. Los mecanismos burocráticos de rendición de cuentas también incluyen la administración de recursos humanos y la supervisión de procesos.

Las flechas horizontales reflejan la relación entre prestadores y pacientes y ciudadanos y los mecanismos respectivos de rendición de cuentas de procesos, bien sea externos o comunitarios. En estos, los pacientes pueden reflejar sus preferencias respecto a los servicios y pueden estar involucrados en procesos de monitoreo y supervisión a prestadores de servicios de salud. Para que este tipo de rendición de cuentas funcione es necesario que los prestadores sean receptivos a las opiniones de los usuarios, es decir, lleven a cabo cambios en los servicios de acuerdo a las preocupaciones y necesidades expresadas por los usuarios. Los mecanismos de rendición de cuentas externos identificados en la literatura incluyen el involucramiento o participación de los ciudadanos en los comités clínicos o de la autoridad local de salud, la utilización de procedimientos de quejas de los usuarios, reportes de información de indicadores de los prestadores y cartas de derechos de los pacientes.

1. Mecanismos de rendición de cuentas y su funcionamiento

Usando este marco conceptual las autoras revisaron la literatura para encontrar evidencia acerca de qué mecanismos de rendición de cuentas se encuentran en uso en distritos de salud y cuál sería su correspondiente vínculo potencial con los pacientes y ciudadanos ante los cuales debe dar cuentas.

Ejemplos de mecanismos de rendición de cuentas y sus funciones

Tipo de mecanismo	Ejemplo de función	Relación con responsabilidad
<i>Rendición de cuentas interna</i>		
Administración de los recursos humanos	Evaluaciones de desempeño rutinarias entre la gerencia y el staff buscan conocer el alcance en el que el staff cumple con objetivos. También llaman la atención a las competencias, conductas y prácticas necesarias para cumplir con objetivos	Indirecta
Presupuesto, planeación, priorización y establecimiento de metas	Planes anuales de atención a la salud, basados en la valoración de necesidades locales, son usados para guiar los procesos de asignación de recursos a distritos y entre distritos; el presupuesto es asignado y los objetivos son establecidos; prestadores informan a las administraciones distritales para conocer hasta que punto se han cumplido con las metas establecidas	Indirecta
<i>Rendición de cuentas externa</i>		
Comités clínicos	Se crean encuentros para escuchar las necesidades locales. Información es compartida, y preguntas y quejas de pacientes y ciudadanos pueden ser resueltas. Información sobre necesidades locales es introducida en los procesos de priorización	Directa
Calificaciones a prestadores	Pacientes califican la calidad del servicio. Información es dada a ciudadanos sobre la calidad del servicio de los prestadores. Información es dada a administradores distritales para llevar a cabo mejoras donde sea necesario	Directa
Buzones de sugerencias	Pacientes proveen insumos en aspectos de servicio que necesiten mejora. Personal es receptivo sobre opiniones de pacientes	Directa

Fuente: Cleary et al (2013).

Los mecanismos burocráticos de rendición de cuentas incluyen: i) procesos de administración de recursos humanos, ii) presupuesto, planeación y ajuste objetivos, iii) comités comunitarios y clínicos, iv) calificación de prestadores, v) estatuto de los derechos del paciente y vi) mecanismos de recepción de quejas.

2. Mecanismos externos de rendición de cuentas.

Recursos y capacidad.

Los autores encuentran que no existe la capacidad en los ciudadanos para pedir a los prestadores que rindan cuentas. Esta incapacidad está asociada a la naturaleza científica de la medicina y a la falta de claridad de roles y responsabilidades de los miembros de comités clínicos. Como es destacado en la literatura respecto al tema, existe cierta incertidumbre, confusión y conflicto sobre el poder de la toma de decisiones. Incluso con un conocimiento claro sobre funciones, los bajos niveles educacionales siguen siendo una barrera.

Actitudes y percepciones de actores.

Los mecanismos externos de rendición de cuentas requieren de relaciones de confianza entre los prestadores y los ciudadanos. De acuerdo a la literatura revisada por las autoras, en situaciones donde las relaciones eran malas, la comunidad se siente insegura de reportar quejas y comentarios respecto al servicio de salud de los prestadores debido a posibles represalias hacia ellos. Desde la perspectiva de los prestadores, la resistencia hacia el involucramiento de los ciudadanos en los procesos de supervisión se relaciona con el hecho de que los profesionales de la salud ven a los miembros de la comunidad como perros guardianes ejerciendo control y vigilancia sin ningún interés de estos por retroalimentar actuaciones de los profesionales de la salud. Finalmente, los mecanismos externos de rendición de cuentas se ven perjudicados por una percepción histórica de fracasos, lo que puede llevar a que la comunidad tenga bajas expectativas sobre su derecho a tener una buena salud y generando una percepción de que la rendición de cuentas es una pérdida de tiempo y de recursos.

Valores, creencias y cultura.

Según las autoras, no hay una relación clara entre valores y creencias sobre un sistema de salud y las percepciones democráticas de una comunidad. Puede haber reticencia por parte de funcionarios administrativos de ceder poder a grupos de ciudadanos.

3. Administración y supervisión.

Recursos y capacidad.

El tema clave que emerge de la literatura es la conexión entre el espacio de decisión y prácticas administrativas. Muchas veces, a las cabezas visibles de la administración de una entidad se les pueden transferir responsabilidades para administrar y monitorear a prestadores, sin otorgarles las herramientas para hacerlo. En organizaciones donde los administradores tienen poca discreción, se observa que estos toman uno de dos caminos: fomentar mejores prácticas a través de apoyo (*mentoring approach*), o un camino disuasivo de las malas prácticas dando a conocer la inconformidad a través de mecanismos autoritarios.

Actitudes y percepciones de actores.

La relación entre trabajadores de la salud y administradores es un factor clave en la motivación laboral de los primeros. Cuando los trabajadores tienen una buena percepción de los administradores, estos son vistos como modelos a seguir. Más allá de una percepción de trato

injusto, cuando los trabajadores perciben falta de apoyo es más probable que muestren sus frustraciones ante los pacientes y de esta forma actitudes de desatención se propaguen en el sistema.

Valores, creencias y cultura.

Mientras que los sistemas de rendición de cuentas se pueden operacionalizar dentro de las relaciones personales, estas relaciones son regidas por una serie de creencias que operan en el nivel social estructurando formas de ser y formas de interactuar. Algunas personas deciden laborar en el sector de la salud por un sentido de ayuda a la comunidad. Esto fomenta que los profesionales de la salud se inspiren en la misión de cuidar a los demás.

La identidad profesional también influencia el correcto funcionamiento de mecanismos externos de rendición de cuentas. En la literatura se sugiere que los profesionales sienten que el hecho de ser monitoreados por miembros de la comunidad va en contra de su dignidad y en ciertos momentos es desalentador con posibles implicaciones negativas en el servicio dado a los pacientes. De otro lado, cuando se percibe que los cambios al sistema de supervisión se realizan con el fin de mejorar el estatus profesional del individuo, la identidad profesional puede motivar el comportamiento responsable en su actividad laboral. En el caso de la estructura jerárquica de una entidad, los trabajadores de la salud pueden tener un tratamiento rudo con el paciente simplemente por percibir tratamientos injustos provenientes de sus superiores.

4. Aproximación vía presupuesto y fijación de metas.

Recursos y capacidad.

Los mecanismos de rendición de cuentas basados en metas, gastos específicos y cumplimiento de presupuesto que son definidos a un nivel superior al local pueden convertirse en una barrera al correcto funcionamiento de la rendición de cuentas externa. La razón es que ésta incentiva a los prestadores a rendir cuentas a este tipo de entidades y no a los ciudadanos y pacientes.

Actitudes y percepciones de actores.

Debido al tiempo tomado para recolectar y compilar información financiera y de resultados para reportar en este tipo de modelos de rendición de cuentas, se ha encontrado que puede ser desmotivante para los trabajadores de la salud, especialmente cuando descubren que esta información no es utilizada como guía para la planeación. También, se resalta en este tipo de mecanismos que los trabajadores de la salud perciben como injusto que la calificación de su trabajo se reduzca a una escala numérica.

Valores, creencias y cultura.

Aquí, de nuevo, los trabajadores de la salud consideran como injusto que la evaluación de su trabajo se reduzca a unos indicadores meta, en especial cuando estos pueden estar

“disfrazados” como tendientes a mejorar la prestación de los servicios de salud, cuando en realidad sirven otros propósitos como corrupción y clientelismo.

4.3 Rendición de cuentas de hospitales ante la comunidad

Esta sección discute la rendición de cuentas entre hospitales y comunidad. En muchos países se ha dado la transición en el modelo de prestación, pasando de hospitales locales a sistemas integrados de mayor complejidad en donde la rendición de cuentas del hospital ante la comunidad se enfrenta a retos importantes. El primer documento, es un análisis publicado por Jeffrey Alexander, Bryan Weiner y Melissa Succi (2000), en donde se discute un marco conceptual para el análisis del papel de las juntas de los hospitales y su rendición de cuentas ante la comunidad. El segundo documento, por Andrew Bindman, Jonathan Weiner y Azeem Majeed (2001) presenta el diseño de los mecanismos de rendición de cuentas del sistema de salud del Reino Unido. El tercer documento reseñado en esta sección es el de Sassy Molyneux, Martin Atela, Vibian Angwenyi, y Catherine Goodman (2012). Los autores presentan los resultados de una revisión de literatura que tenía por objeto identificar que evidencia existía sobre iniciativas para incrementar la capacidad de la comunidad de hacer que los prestadores rindieran cuenta.

4.3.1 El rol de las juntas directivas de hospitales

La rendición de cuentas es la responsabilidad de dar cuentas y justificar las decisiones tomadas a entidades superiores u organismos públicos en el proceso de prestación de servicios. La rendición de cuentas comunitarias se define de igual forma restringiendo las relaciones en este proceso a los intereses y necesidades de individuos en una zona geográfica delimitada. Esta forma de rendición tradicionalmente se había limitado a objetivos como el cuidado a personas desfavorecidas (socialmente), acceso a atención en casos de urgencia, reducción de costos y prestación de servicios con calidad. Recientemente, la noción de rendición de cuentas ante la comunidad se ha ampliado, estableciendo objetivos de salud pública, la reducción de la brecha de salud y bienestar entre individuos ricos y pobres y en general ser el soporte para el desarrollo de la salud de la comunidad.

Históricamente, la rendición de cuentas ante la comunidad de los hospitales se ha dado a través de la presencia de miembros de la comunidad en la junta directiva. En la medida en que estos fueran independientes. La literatura sugiere que las juntas así conformadas pueden rendir cuentas a la comunidad de varias formas. Una es a través de la estructura y composición de la junta. El potencial de ejercer una rendición de cuentas ante la comunidad es mayor cuando sus juntas están compuestas por distintos expertos y por representantes de la comunidad.

Otra forma se da a través de las actividades de la junta. Los hospitales son más propensos a llevar a cabo rendición comunitaria de cuentas cuando sus juntas están comprometidas en vigilar el contexto local y recopilar información relevante. Finalmente, una tercera forma consiste en crear lazos entre la junta y organizaciones comunitarias para mejorar la salud.

Los autores definen así tres categorías a través de las cuales los hospitales rinden cuentas ante la comunidad:

- La presencia y estructura de la junta directiva está basada en la comunidad;
- La existencia de iniciativas para la supervisión y reporte de información sobre la salud en la comunidad y desempeño de los hospitales;
- La colaboración con otras agencias locales para mejorar el bienestar de la comunidad.

Composición y estructura de la junta directiva.

La existencia y forma legal de la junta puede ayudar o perjudicar la rendición comunitaria de cuentas. En este marco conceptual el solo hecho de que el hospital tenga una junta directiva legalmente constituida ayuda a la rendición de cuentas ante la comunidad a través de un mayor control de esta sobre el hospital, puesto que la junta es responsable de todos los asuntos concernientes a los intereses del hospital y este poder no es delegable. Los hospitales que no tienen un organismo de gobierno legalmente constituido, o no tienen junta o tienen “organismos asesores”, usualmente tienen administradores que solo rinden cuentas a quien los nombra.

Además de la constitución y existencia legal, también es importante la composición de las juntas directivas. Es de esperar que la representación de la comunidad en estas juntas mejore su capacidad de reflejar los intereses de la comunidad en general y de llevar a cabo decisiones que reflejen este interés. Por lo tanto aquellas instituciones cuyas juntas tengan un número mayor miembros provenientes de la comunidad tendrán mejores sistemas de rendición de cuentas ante la comunidad, de acuerdo a este marco conceptual. Igualmente, las juntas directivas constituidas por miembros que vivan en la comunidad tendrán mejores sistemas de rendición de cuentas.

Finalmente en este marco conceptual, se asume que la rendición de cuentas del hospital ante la comunidad es mejor cuando el consejo directivo del hospital tiene mayor independencia para tomar decisiones y definir estrategias. Esta consideración es importante dada la consolidación de propiedad de hospitales en manos de unos cuantos sistemas.

Recolección y análisis de información al nivel local.

Las acciones de la junta con respecto a la recolección y análisis de información al nivel local son otra forma de rendición de cuentas ante la comunidad. En particular, la cantidad de información sobre la salud de la comunidad que se recolecté, monitoreé, evalué y reporté en la junta. La información que rutinariamente se recolecta indica el alcance de su intención y las prioridades que guían al hospital. Similarmente, la información que utiliza un hospital para evaluar su desempeño tiene mucho que ver con las actividades que este considera como obligatorias. En especial, los autores sugieren que la rendición de cuentas ante la comunidad se ve mejorada cuando las siguientes acciones específicas se usan:

- Se usan indicadores que dan cuenta de la salud de la comunidad o estándares reconocidos para evaluar el desempeño del hospital;
- Se evalúa al CEO¹³ respecto a mejora en la salud de la comunidad;
- Se diseminan informes a la comunidad sobre los costos y los indicadores de calidad del hospital.

Relaciones de colaboración con otras agencias para mejorar el bienestar de la comunidad.

Las juntas de los hospitales también pueden aumentar la rendición de cuentas ante la comunidad indicándole a la administración del hospital que identifique y responda a necesidades de salud no satisfechas, particularmente riesgos al nivel de la comunidad que están llevando a un excesivo uso de recursos, incremento en costos y otras consecuencias no esperadas.

Aunque ninguna organización tiene el poder y la capacidad suficiente para mejorar los indicadores de salud de una comunidad por sí sola, esta puede incrementar su influencia trabajando conjuntamente con otras organizaciones para hacer frente a factores de riesgo en la salud de la comunidad. Algunas iniciativas en esta área pueden ser:

- Trabajar con otras organizaciones y agencias para valorar el estado de salud de la comunidad;
- Desarrollar evaluaciones de capacidad de servicios apropiados a las necesidades de la comunidad;
- Usar estas evaluaciones para identificar necesidades insatisfechas, excesos de capacidad, o servicios duplicados;
- Recolectar, hacer seguimiento y comunicar información clínica y de salud.

Características del sistema y rendición comunitaria de cuentas.

La calidad de la rendición de cuentas ante la comunidad dependerá de las características del contexto. Los autores identifican las siguientes variables: propiedad, grupos de interés (stakeholders), tamaño de la organización, localización geográfica y metas.

4.3.2 El modelo de rendición de cuentas de los grupos de cuidado primario en el Reino Unido

Los grupos de cuidado primario¹⁴ (GCP) son acuerdos que permiten prestar conjuntamente servicios de medicina general, enfermería comunitaria y otro tipo de servicios a una comunidad específica.

¹³ Sigla en inglés que significa Chief Executive Officer, lo que traduciría Gerente General en el contexto colombiano.

¹⁴ Como se afirmó antes los GCP existieron en Inglaterra hasta la reforma de 2012, ahora se denominan Grupos Clínicos Comisionados (Clinical Commissioning Groups).

Creando una organización integrada por distintos prestadores enfocada al servicio de la comunidad.

La función principal de los grupos de cuidado primario (GCP en adelante) era atender las necesidades de salud de la comunidad en donde desempeña su trabajo. Los GPC prestaban servicios médicos primarios directamente y contrataban con otros prestadores del sistema de salud servicios de especialistas, hospitalización, entre otros. Para lograr sus objetivos, los GCP tenían la flexibilidad de redistribuir su presupuesto entre servicios secundarios y servicios primarios.

Los GCP eran responsables de sus acciones frente a la comunidad y no solamente a los usuarios directos de los servicios de salud, los GCP participaban activamente en el proceso de valoración de necesidades que tenía la comunidad. El mayor componente de esta valoración era el desarrollo de indicadores de salud basados en la situación de la comunidad, que fueran relevantes para el bienestar de la misma. Estos indicadores eran identificados y monitoreados a lo largo del tiempo.

Algunas veces los GCP llevaban a cabo, ya sea de manera autónoma o en conjunto con otra entidad, programas de promoción de la salud con el fin de ayudar a la comunidad a enfrentar problemas detectados tales como muertes por riesgos cardiovasculares y embarazo adolescente. Otras veces los GCP trabajaban en conjunto con centros educativos o en ancianatos para promover actividades de salud dentro de estos.

El sistema nacional de salud tenía un programa de atención a la comunidad muy bien desarrollado según los autores (Bindman, Weiner y Majeed, 2001) . Esos servicios se integraron a los GCP para promover la identificación de personas en riesgo no identificadas o sin tratamiento.

En conjunto con la idea de los GCP, el sistema de salud inglés intentó integrar la estructura de prestación, financiación y procesos de mejoramiento de calidad en un sistema de salud local con un fuerte sentido de rendición de cuentas local. Los GCP eran la esencia de lo que se había llamado “Cuidado Primario Orientado a la Comunidad”.

Integrando la calidad con rendición de cuentas públicas.

Una de las grandes tareas encomendadas a los GCP fue mejorar la calidad del cuidado médico provisto por los médicos familiares y en general los profesionales de cuidado primario. El objetivo principal era disminuir las variaciones regionales.

El modelo contemplaba tres instrumentos de rendición de cuentas de calidad frente a los comunidad: incentivos basados en desempeño, reportes públicos del desempeño y el establecimiento de juntas comunitarias que supervisan las actividades de los GCP.

El involucramiento de ciudadanos y comunidades en la rendición de cuentas puede darse a través de estrategias de salida y de voz. Las estrategias de salida son aquellas relacionadas con la

capacidad el individuo de tener acceso a prestadores alternativos de servicios de salud. Las estrategias de voz son las relacionadas con la capacidad de influir en el producto de un servicio a través de algún tipo de participación o manifestación de su inconformidad con el servicio.

4.3.3 Rendición de cuentas ante la comunidad: evidencia empírica de países en desarrollo

En todos los países alrededor del mundo existen problemas de implementación para los sistemas de rendición de cuentas pero hay particularidades en los países en vías de desarrollo donde los gobiernos han fallado en proveer servicios públicos adecuados (Molyneux, Atela, Angwenyi y Goodman, 2012). Dada esta situación, se ha fomentado mecanismos de participación comunitaria para mejorar la calidad de los servicios de salud, conveniencia y satisfacción de los pacientes.

Los mecanismos de participación comunitaria para la rendición de cuentas pueden diferenciarse de acuerdo al impacto que se espera (desempeño financiero o político) y por la profundidad del nivel de participación esperado de la comunidad. Respecto a este último, los marcos conceptuales los dividen en mecanismos simples que dan información básica a la comunidad en un extremo, mecanismos de consulta en el medio, y hasta mecanismos de control en el otro extremo. Estos marcos de trabajo resaltan que la creación de oportunidades de consulta por sí misma no llevan al resultado esperado, dada la posibilidad de que sean manipulados. En general, en la literatura se reconoce que para obtener verdadera rendición de cuentas ante la comunidad, se requiere ir más allá de la participación, esto es, llegar hasta la toma de decisiones mediante mecanismos formales.

Los mecanismos de rendición de cuentas encontrados con mayor frecuencia en la revisión de literatura fueron: los comités (del centro de salud y comités clínicos, comités de salud locales y comités de piso) seguido por grupos comunitarios (en particular grupos de mujeres). Los otros dos mecanismos usados, pero menos frecuentes fueron: las cartas de derechos de los pacientes y los reportes de indicadores.

Comités y grupos.

Orígenes e intenciones de los comités y grupos.

Los autores encontraron que mientras el papel que deberían jugar los comités no era claro, los comités de salud son a menudo parte de un conjunto mucho más amplio de intervenciones enfocadas a mejorar la efectividad de los sistemas de salud, su calidad y administración. Por lo general los comités tenían dos roles:

- Promover la participación activa de representantes de las comunidades en los procesos de toma de decisiones;
- Ampliar la información disponible para la comunidad y la posibilidad de consulta con la comunidad a través de la discusión de hechos que afectaban a los prestadores.

Factores que determinan los impactos de los grupos y comités.

1. Selección, composición y funciones generales.

Para garantizar que los comités tienen influencia en los sistemas de rendición de cuentas se debe garantizar que estos se establecen con éxito (formalmente) y que se reúnen de acuerdo a lo establecido. Generalmente los fracasos de estos comités evidenciados en la literatura estaban asociados a problemas de selección y composición de los miembros. Por lo general su elección era poco democrática y transparente. Muchos miembros buscaban esta representación para beneficio personal y político. También se encontró que muchos miembros no tenían las habilidades administrativas y de liderazgo necesarias para cumplir con sus funciones. Los autores sugieren qué construir sobre estructuras comunitarias que resulten estar ya funcionando puede ser una manera de hacerle frente a los retos anteriores.

2. Relaciones entre comités/grupos, trabajadores de la salud y sistemas de administración.

Los miembros de las comunidades por lo general no son homogéneos y ciertas iniciativas motivan más a unos miembros en comparación a otros. De esta forma la rendición de cuentas esta inevitablemente embebida en las relaciones sociales y de poder de la comunidad.

Una relación importante en los mecanismos de rendición de cuentas es la que se da entre trabajadores de la salud y los miembros del comité. El comité no puede tener una visión clara del funcionamiento del sistema sin apoyarse en la ayuda de aquellos que tienen contacto directo con los usuarios. Y gracias a esta necesidad, la asimetría de información permite que los profesionales de la salud tengan un mayor grado de poder frente al comité. Por tal motivo, los comités pueden ser vistos como medios diseñados para el beneficio propio de los centros de salud más que para el beneficio de la comunidad. Así mismo, los trabajadores de la salud se pueden sentir incomodos con las funciones de vigilancia dadas a la comunidad debido a que pueden interferir en el desempeño de su trabajo.

3. Contexto

Otros dos factores que influyen en el éxito o no de estos comités son el contexto político y las normas socio-culturales. El contexto político está definido por el rol que el gobierno de turno vea en estos comités, y por ende la cantidad de recursos que se pongan a su disposición. En cuanto a las normas socio-culturales, es importante verificar si la sociedad en que se está promoviendo este mecanismo favorece la igualdad y la democracia o si favorece las estructuras jerárquicas.

Otros mecanismos de rendición de cuentas.

Libretas de calificaciones¹⁵.

¹⁵ Traducción del inglés del término *Report Card*

Al igual que se describió en una sección anterior la revelación al público de información es un mecanismo de rendición de cuentas usado en países en desarrollo. Estas calificaciones permiten la comparación de calidad del servicio entre un conjunto de prestadores de salud en un lugar geográfico específico. En reportes públicos, los prestadores son mencionados con sus respectivas calificaciones de desempeño, haciendo frente a la asimetría de información de los usuarios.

Cartas de los derechos de los pacientes.

Esta carta de derechos es la guía en la relación entre pacientes y profesionales de la salud. En Suráfrica London (2006) observó que carteles sobre derechos de los pacientes y buzones de sugerencia son comunes en los centros de atención. Además el grupo médico y administrativo sienten motivación de cumplir sus funciones al ver los carteles.

4.4 Rendición de cuentas en países en desarrollo

En esta sección se presentan los resultados de un trabajo elaborado por David Berlan y Jeremy Shiffman de la Universidad de Syracuse en el cual se sintetiza la literatura de prestación de salud con énfasis en identificar los factores que le dan forma a la rendición de cuentas entre prestadores y consumidores, identificando intervenciones que tienen potencial de ser efectivas en aumentar la rendición de cuentas.

Los factores que influyen la rendición de cuentas hacia los consumidores

A continuación se muestran los factores que según estos autores tienen la capacidad potencial de influir la rendición de cuentas desde los prestadores hacia los consumidores:

	Descripción	Posible influencia en el comportamiento del proveedor
Factores correspondientes al sistema de salud		
Mecanismos de supervisión	Actores y sistemas que supervisan a los proveedores	La rendición de cuentas de los proveedores a otros actores puede limitar su responsabilidad frente a las necesidades y preferencias del consumidor
Fuentes de ingreso	Como el servicio de salud es financiado	Proveedor puede enfocarse en financiador mas que a las prioridades del paciente
Naturaleza de la competencia	El grado en el cual los sectores privados y sin fines de lucro están involucrados en la provisión de servicios	Competencia entre proveedores puede llevar a un mayor énfasis sobre las preferencias del consumidor con el objetivo de obtener un mayor número de usuarios
Factores sociales		
Poder del consumidor	Recursos, incluyendo información, disponibles a los consumidores para influenciar a proveedores	Los recursos disponibles del consumidor y restricciones de información pueden significar falta de poder para influenciar el comportamiento de los proveedores
Normas del proveedor	Creencias del proveedor respecto la rendición de cuentas a los consumidores	Proveedores pueden no percibir una cierta responsabilidad para rendir cuentas a los consumidores y por esta razón, tratarlos mal

Fuente: Berlan y Shiffman (2011).

Estos factores se reducen a dos categorías: factores del sistema de salud y factores sociales. La primera se refiere a la forma en que el sistema de salud es organizado, gobernado y financiado.

Por factores sociales, se refiere a aquellos que pertenecen a la forma en que consumidores y prestadores piensan sobre sí mismos, entre sí y sus roles en el sistema.

Evidencia sobre los factores del sistema de salud.

Los factores del sistema de salud se dividen en mecanismos de supervisión, fuente de ingresos, y naturaleza de la competencia. Los mecanismos de supervisión son los actores que establecen políticas o supervisan a los prestadores directamente. La fuente de ingresos se refiere a cómo el sistema se encuentra financiado. Finalmente, la naturaleza de la competencia se refiere a la forma en que las organizaciones privadas y organizaciones sin fines de lucro se encuentran involucradas en la dinámica del sistema.

Mecanismos de supervisión.

Una posible razón que limita la rendición de cuentas a los consumidores es la estructura de supervisión que obliga a los prestadores a dar justificaciones a entidades públicas o a los donantes, y no a los ciudadanos. La descentralización podría modificar este incentivo al pasar la supervisión desde entidades nacionales a entidades más locales, con la esperanza de que las autoridades locales puedan conocer con más certeza las necesidades de la comunidad.

Otra alternativa es la participación de la comunidad a través de grupos de consumidores en las actividades de los prestadores, creando canales formales de interacción. Una versión menos intrusiva de este mecanismo se da a través de reportes de indicadores de desempeño de prestadores que se hacen públicos (report cards), y que cuando son lo suficientemente claros, pueden incentivar a los prestadores mejorar la calidad del servicio. En esta misma línea se encuentran los informes de satisfacción de los usuarios con el servicio.

Según la revisión hecha por los autores varios estudios sobre el traspaso de control administrativo de entes nacionales a entes territoriales muestran un descenso en el acceso a servicios de salud para las poblaciones más vulnerables y reducciones en la calidad de los servicios donde funcionarios locales no tenían la capacidad de supervisar las actividades de los prestadores. Además, otros estudios evidencian que la descentralización mejora la rendición de cuentas de los prestadores a los consumidores cuando es acompañada por mecanismos de apoyo para una participación efectiva de la comunidad. Uno de estos mecanismos fue un contrato de tres años entre una ONG local y el Ministerio de Salud, donde la ONG tenía la responsabilidad de valorar las necesidades de salud de la comunidad, control sobre el manejo de algunas drogas, y otros derechos. Sin embargo, la participación de la comunidad no es tan fácil de lograr y puede verse confrontada por intereses locales, por apatía de la misma comunidad, o por temor de enfrentar poderes locales. En algunos casos los usuarios percibieron las asociaciones como entidades politizadas.

Otro mecanismo de participación que tiene el potencial de mejorar la responsabilidad frente a los consumidores son los reportes de desempeño de los prestadores, aunque su efectividad depende del diseño. Lo anterior va íntimamente relacionado con la mejora en la calidad de los servicios de salud prestados debido a la divulgación pública de información sobre las actividades de los distintos prestadores en el sistema. Respecto al impacto de estas divulgaciones, en la revisión de literatura se encuentra que muchas veces no afectan las elecciones de los consumidores. Esto se debe en parte a fallas en el diseño de los reportes dada las dificultades que enfrentan los consumidores para interpretar y utilizar información compleja.

Fuentes de ingreso.

La influencia de las fuentes de ingreso sobre la rendición de cuentas es importante. Los prestadores pueden tener incentivos a rendir cuentas a aquellos agentes que le pueden transferir recursos financieros. Si ese agente es el gobierno o un donante, los prestadores darán menos atención a las preferencias de los consumidores. Si los pacientes pagan los servicios con gasto de bolsillo, los prestadores pueden ser más receptivos. No obstante, es de esperar que dichos pagos mejoraran la rendición de cuentas solamente para el subconjunto de la población que puede pagar. La evidencia encontrada en varios estudios sobre pago de copagos demuestra una conexión causal entre la introducción de estos mecanismos de pago y el mejoramiento de la calidad del servicio, pero a costa de una reducción en el acceso a los servicios para los que no pueden pagar.

Sin embargo, eliminar los pagos por servicios en un sistema debe realizarse con precaución, debido a que estos recursos financian el sistema. Por ejemplo, puede haber un incremento en el acceso a servicios de salud pero la oferta de medicamentos e implementos médicos puede reducirse.

Naturaleza de la competencia.

La competencia proveniente de prestadores privados y de organizaciones sin ánimo de lucro puede fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios en prestadores públicos. Un pequeño número de estudios señalan los efectos positivos en la rendición de cuentas como resultado de la disponibilidad de oferta privada de servicios de salud. Los prestadores privados satisfacen muchas de las necesidades de los individuos de bajos recursos. Un estudio comparativo en Suráfrica encuentra que clínicas privadas superan a las clínicas públicas respecto a la percepción de los consumidores sobre calidad, con menores tiempos de espera y mejor trato a los pacientes aunque a mayor costo por visita (27% más).

La provisión de servicios por parte del sector privado introduce desigualdad en el sistema de salud. Esto se da porque los prestadores privados atienden a los usuarios de mayores ingresos, mientras los prestadores públicos atienden a los usuarios más vulnerables.

Respecto al papel que juega las organizaciones sin ánimo de lucro, la mayoría de estudios señalan efectos positivos sobre la rendición de cuentas a los usuarios de estas instituciones. Muchas veces las ONG superan a los gobiernos en la provisión de servicios de salud para poblaciones vulnerables.

Evidencia de factores sociales.

Poder del consumidor.

A menudo, los consumidores carecen de poder e información para influenciar en el comportamiento de los prestadores. Las asimetrías de información impiden que las fuerzas del mercado permitan al consumidor influenciar las decisiones de los prestadores. La información disponible al usuario permite que este tome propiedad de su estado de salud. Berlan y Shiffman encuentran que varios estudios dan muestra del mejoramiento de la rendición de cuentas del prestador cuando los consumidores ganan acceso a información. De igual forma varios estudios muestran el poder de la acción colectiva para afectar la oferta de servicios de salud y los desenlaces en salud.

Normas del prestador.

La actitud del prestador hacia el usuario puede también contribuir a la falta de rendición de cuentas. La influencia de las normas sociales y profesionales de los prestadores es importante en el caso de los servicios de salud porque los usuarios ven el trato respetuoso como un elemento importante en la calidad del servicio y porque los usuarios pueden no estar dispuestos a demandar mejores servicios de salud por temor a represalias. Estudios en el tema muestran que muchos prestadores desprecian a los usuarios de menores recursos siendo esta una de las razones por las cuales los usuarios menos favorecidos (socialmente) son menos propensos a demandar servicios de salud.

Existe también literatura que muestra sesgos de género. Por ejemplo, diversos estudios muestran que prestadores masculinos tienen una mayor tolerancia al argumento de que la violencia contra la mujer es tolerable.

Además de los sesgos mencionados, los profesionales tienden a no intercambiar suficiente información con los consumidores, debido en parte a la naturaleza técnica del conocimiento y la relación jerárquica médico-paciente.

Intervenciones con potencial.

El análisis de Berlan y Shiffman muestra que no existe evidencia robusta sobre mecanismos para aumentar la rendición de cuentas entre prestadores y consumidores. No obstante los autores se aventuran a proponer cuatro:

- Facilitar el involucramiento de la comunidad en sistemas descentralizados;
- Facilitar las acciones colectivas que emanan de las comunidades locales;

- Aumentar el volumen de información sobre desempeño que se hace público;
- Promover contratos (bien diseñados) con ONGs para la prestación de servicios primarios de salud.

4.5 La ética de la rendición de cuentas

En esta última sección se presentan el trabajo de Norman Daniels y James Sabin y su discusión sobre aspectos éticos y filosóficos de la rendición de cuentas. Es importante aclarar que este marco de referencia solo aplica para decisiones de racionamiento en las cuales hay un problema de legitimidad y de imparcialidad cuando se toma la decisión de no cubrir un tratamiento. No aplica para otros aspectos en los que se busca rendición de cuentas para mejorar el desempeño del sistema de salud.

El contexto de este marco conceptual es la reforma de salud de los Estados Unidos a las compañías de seguros del mercado de competencia regulada de finales de la década de los noventa. El artículo es de interés para el actual contexto colombiano, porque parte de la premisa según la cual “Ningún país del mundo puede pagar por todo el cuidado médico que los prestadores desean darle a la población” (Daniels y Sabin, 1998). Esta premisa está en el centro de la discusión en el sistema entre la sostenibilidad financiera y el derecho a la salud.

Rendición de cuentas y el concepto de razonabilidad

El filósofo Norman Daniels y el doctor James Sabin argumentan que la base para asegurar la rendición de cuentas en una sociedad democrática es a través del uso de procesos que acentúan lo justo¹⁶ (fairness) y lo transparente (openness).

El artículo de estos autores se da en el contexto donde el centro de la discusión estaba en las coberturas ofrecidas por las aseguradoras.

Daniels & Sabin reconocen la existencia y necesidad de dos nociones distintas de rendición de cuentas públicas (*public accountability*): rendición de cuentas de mercado y rendición de cuentas razonable.

La noción de la rendición de cuentas a través del mercado requiere que los aseguradores informen a los compradores (las empresas) y los consumidores (los empleados) acerca del desempeño y acerca de las alternativas de tratamiento, lo que en teoría legitima los límites al cuidado a través de la libre escogencia del consumidor. No obstante, debido a que esta situación ideal no existe, el siguiente criterio de rendición de cuentas debe estar basado en lo “razonable” (accountability for reasonableness). La razón para establecer límites a lo que se puede cubrir debe ser pública y estar basada en argumentos que gente con una mentalidad “justa” considere adecuadas y relevantes en la búsqueda del mejor cuidado médico sujeto a

¹⁶ En el sentido de imparcialidad y no de justicia o legal.

restricciones presupuestales. La “rendición de cuentas razonable” educa a los profesionales de la salud y a los pacientes acerca de la necesidad de establecer límites a las coberturas y de esta forma fortalecer una discusión pública mucho más enfocada en la deliberación pública en la cual la última autoridad para limitar coberturas descansa en el proceso democrático.

La rendición de cuentas basada en “lo razonable” no es necesariamente un concepto utópico. Algunas reformas en los EEUU están basadas en este concepto, por ejemplo:

- Las aseguradoras deben dar cobertura siempre que una persona va a urgencias con síntomas “que una persona razonable consideraría una urgencia”;
- Los prestadores deben estar en una proximidad accesible a los pacientes;
- La continuidad del tratamiento debe ser planeada con anticipación;
- Deben considerarse excepciones a las medicinas incluidas en los planes de salud sujetas a la necesidad del paciente;
- La exclusión de tecnologías experimentales basada en procedimientos independientes de evaluación.

De igual forma, mecanismos que se diseñan para aumentar la rendición de cuentas de mercado pueden llevar a reconocer de manera implícitamente principios del otro criterio. Un ejemplo es el establecimiento de estándares de calidad y de desempeño por el National Committee for Quality Assurance (NCQA). Entre los muchos indicadores se incluyen algunos que están definidos en términos de que tan justos son, por ejemplo “(El asegurador) usa un proceso razonable y consistente cuando decide que servicios son apropiados a las necesidades individuales?”.

Los autores proponen cuatro condiciones que pueden proveer coherencia y dirección a intentos de reforma orientados a la rendición de cuentas basada en “lo razonable”:

1. Publicidad: toda decisión de rechazar una nueva tecnología debe estar sustentada y disponible para todo el público;
2. Relevancia: las razones para negar un servicio deben ser relevantes a la decisión;
3. Apelación: debe existir un mecanismo de apelación y de disputa de la decisión, especialmente a la luz de nueva evidencia;
4. Cumplimiento: debe existir un mecanismo para hacer cumplir los tres anteriores.

El cumplimiento de estas cuatro condiciones, genera un círculo virtuoso de educación entre usuarios y aseguradores, según estos autores.

5 Comentario final

La rendición de cuentas es un concepto de fácil entendimiento en el ámbito coloquial, pero de difícil conceptualización en el ámbito teórico y aún más difícil ejecución en el ámbito operativo. Diversos autores coinciden en la idea según la cual la rendición de cuentas consiste en la necesidad que tiene una entidad de dar información acerca de las acciones que toma, la razón que las justifica y los resultados que de estas se derivan, ante aquellos afectados por las mismas (Emanuel y Emanuel, 1996; Brinkerhoff, 2004; Banco Mundial, 2004).

Teóricamente, se distinguen al menos cinco modelos de rendición de cuentas: (1) el modelo jerárquico o burocrático, en donde un supervisado rinde cuentas ante el supervisor; (2) el modelo legal, donde se rinde cuentas por violaciones a reglas establecidas por un ente externo; (3) el modelo político, donde se rinde cuentas a través de la voluntad de los ciudadanos de mantener o remover de sus cargos a los ejecutores de la política pública; (4) el modelo de mercado donde se rinde cuentas a través de la frecuencia de las transacciones entre oferentes y consumidores; y (5) el modelo profesional, donde se rinde cuentas a través del profesionalismo y ética personal¹⁷.

Estos modelos no pueden ni deben ser integrados a la vida práctica sin tener en cuenta el contexto, porque existe el peligro de que los incentivos anulen o exacerben comportamientos. Emanuel y Emanuel (1996) sugieren un modelo ideal de rendición de cuentas como aquel que toma lo mejor de cada sistema. Es decir un modelo estratificado en el cual diferentes tipos de rendición se dan en distintas interacciones.

Los mismos autores concluyen subrayando dos errores que pueden dar al traste con la confianza del sistema de rendición de cuentas escogido. El primero es pensar que un solo modelo a lo largo de todas las relaciones del sistema puede resolver los problemas. El segundo es la manipulación de modelos, presentando al público un modelo cuando es otro el que está operando, por ejemplo, hacer creer a la gente que el modelo profesional es el que rige la relación paciente-medico, cuando en realidad es el modelo económico.

La operacionalización de la rendición de cuentas consiste en diseñar los mecanismos para que las partes interesadas queden satisfechas con la información que deben dar y recibir, y también consiste en la selección inteligente de los mecanismos de tal forma que incentiven de manera correcta a la ejecución de tareas con la eficiencia, efectividad y calidad esperadas.

La operacionalización consiste en definir “quien” debe rendir cuentas y sobre “que” conceptos. Para el sector salud Emanuel y Emanuel (1996) identifican once “quien”: pacientes, médicos, otros profesionales de la salud, hospitales, otros prestadores diferentes a hospitales, asociaciones de profesionales, empleadores, financiadores, el gobierno, inversionistas y los legisladores.

¹⁷ Mediante la observación de unos principios éticos de la profesión

De manera similar, sobre el “que” la lista incluye (Emanuel y Emanuel, 1996; Brinkerhoff, 2004): competencia profesional, conducta legal y ética, rendimiento financiero, acceso adecuado, calidad, promoción de la salud pública y beneficios de la comunidad.

El éxito de un buen mecanismo de rendición de cuentas se mide según la capacidad que se tenga para modificar el curso de las acciones delegadas que no se están desempeñando de la manera esperada (Brinkerhoff, 2004).

Los estudios sintetizados coinciden en el rol crítico de la información para una adecuada rendición de cuentas. De una parte sin adecuados sistemas de información no es posible hacer un efectivo seguimiento a los usos y destinos del dinero, a los desenlaces en salud y a los indicadores de procesos en el cuidado de la salud y de satisfacción de los pacientes. De otra parte los mecanismos de revelación de información al público han probado ser efectivos en aumentar los incentivos a mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Existen retos para lograr un sistema de rendición de cuentas que se adecue a la necesidad de una sociedad. Primero, hay fuertes asimetrías entre prestadores, usuarios, y organismos regulatorios en torno a información, experticia y acceso a servicios. Segundo, hay diferencias entre los intereses e incentivos de entidades públicas y privadas que pueden limitar la rendición de cuentas. Tercero, existen problemas en la capacidad institucional de las entidades prestadoras (para dar cuenta de la ejecución de su presupuesto, producción, compra de insumos, etc), de las entidades reguladoras (para medir el desempeño de los prestadores, para controlar prestadores privados). A estos, retos se suma la incapacidad institucional de hacer efectivas las sanciones y castigos.

Después de considerar los esquemas de rendición de cuentas y sus limitantes frente al comportamiento de los médicos, queda claro que en la zona gris de las decisiones clínicas (caracterizada por la incertidumbre tanto del diagnóstico, como del tratamiento y de los desenlaces) el modelo de rendición de cuentas profesional es el que menos incentivos perversos tiene, no solo en términos de decisiones *ex ante* y *ex post* sino en términos de control entre pares en la práctica cotidiana.

Finalmente, mantener un sistema de rendición de cuentas horizontal y ascendente es costoso (Allen, 2000). Se requiere tiempo para adquirir las habilidades necesarias, herramientas e infraestructura para supervisar y verificar el cumplimiento de objetivos previamente establecidos.

6 Bibliografia

Alexander, J., & Morlock, L. L. (1985). Multi-institutional arrangements: relationships between governing boards and hospital chief executive officers. *Health services research, 19*(6 Pt 1), 675.

Alexander, J. A., Weiner, B. J., & Succi, M. (2000). Community accountability among hospitals affiliated with health care systems. *Milbank Quarterly, 78*(2), 157-184.

Allen, P. (2000). Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *BMJ, 321*(7261), 608-611.

Beitsch, O. (2005). *DEMOCRATIC VOICES SPEAKING LOUDLY: DOES PUBLIC PARTICIPATION YIELD ACCOUNTABILITY IN SPECIAL PURPOSE GOVERNMENTS?* (Doctoral dissertation, University of Central Florida Orlando, Florida).

Bell, S. K., Delbanco, T., Anderson-Shaw, L., McDonald, T. B., & Gallagher, T. H. (2011). Accountability for medical error: moving beyond blame to advocacy. *CHEST Journal, 140*(2), 519-526.

Bindman, A. B., Weiner, J. P., & Majeed, A. (2001). Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability. *Health Affairs, 20*(3), 132-145.

Braithwaite, J., Travaglia, J. F., & Corbett, A. (2011). Can questions of the privatization and corporatization, and the autonomy and accountability of public hospitals, ever be resolved?. *Health Care Analysis, 19*(2), 133-153.

Brennan, M. D., & Monson, V. (2014, May). Professionalism: Good for Patients and Health Care Organizations. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 89, No. 5, pp. 644-652). Elsevier.

Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2008). *Health Governance: Concepts, experience, and programming options*. Abt associates.

Brinkerhoff, D. W. (2004). Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health policy and planning, 19*(6), 371-379.

Camm, F., & Stecher, B. M. (2010). *Analyzing the Operation of Performance-Based Accountability Systems for Public Services. Technical Report*. RAND Corporation. PO Box 2138, Santa Monica, CA 90407-2138.

Cleary, S. M., Molyneux, S., & Gilson, L. (2013). Resources, attitudes and culture: an understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. *BMC health services research, 13*(1), 1-11.

Daniels, N., & Sabin, J. (1998). The ethics of accountability in managed care reform. *Health affairs, 17*(5), 50-64.

Daniels, N., & Sabin, J. (2002). *Setting Limits Fairly*. Oxford University Press; 1st edition. New York.

Deleon, L. (1998). Accountability in a 'reinvented' government. *Public Administration*, 76(3), 539-558.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1996). What is accountability in health care? *Annals of Internal Medicine*, 124(2), 229-239.

Fotler, M. D., Blair, J. D., Whitehead, C. J., Laus, M. D., & Savage, G. T. (1988). Assessing key stakeholders: who matters to hospitals and why? *Hospital & Health Services Administration*, 34(4), 525-546.

Kearns, K. P. (1994). The strategic management of accountability in nonprofit organizations: An analytical framework. *Public Administration Review*, 54(2), 185-192.

McNamara, P. (2006). Provider-specific report cards: a tool for health sector accountability in developing countries. *Health Policy and Planning*, 21(2), 101-109.

Molyneux, S., Atela, M., Angwenyi, V., & Goodman, C. (2012). Community accountability at peripheral health facilities: a review of the empirical literature and development of a conceptual framework. *Health policy and planning*, 27(7), 541-554.

Nunes, R., Brandão, C., & Rego, G. (2011). Public accountability and sunshine healthcare regulation. *Health Care Analysis*, 19(4), 352-364.

Romzek, B. S., & Dubnick, M. J. (1987). Accountability in the public sector: Lessons from the Challenger tragedy. *Public Administration Review*, 227-238.

Acerca de PROESA

PROESA es un centro de estudios en economía de la salud fundado por la Universidad Icesi y la Fundación Valle del Lili. Hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud a nivel nacional e internacional.



PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Universidad Icesi • Fundación Valle del Lili

Calle 18 No - 122-135, Universidad Icesi - Casa Rocha
Teléfono: +57(2) 321-20-92
Cali - Colombia

www.proesa.org.co

