



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de
Tabasco
México

Chamizo García, Horacio Alejandro

Las relaciones de agencia en el primer nivel de atención de la salud: desafíos para la
equidad en Costa Rica

Horizonte Sanitario, vol. 10, núm. 2, mayo-agosto, 2011, pp. 7-21

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845138001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Las relaciones de agencia en el primer nivel de atención de la salud: desafíos para la equidad en Costa Rica

Horacio Alejandro Chamizo García*

Universidad de Costa Rica

ARTICULO ORIGINAL:

Fecha de recibido:

13 de junio de 2011

Fecha de aprobado:

15 de julio de 2011

RESUMEN

La investigación que se presenta tiene el propósito de evidenciar las posibilidades de construcción social de la salud durante la gestión del primer nivel de atención, en el marco de relaciones contractuales en Costa Rica. Se aborda la interfase ambiente-salud y particularmente el saneamiento ambiental en asentamientos humanos, por ser un satisfactor básico aun no resuelto totalmente en el país. El proceso de contratación de proveedores de servicios de salud se estudia utilizando elementos de la Teoría de Agencia. Metodológicamente, la investigación está orientada por el paradigma interpretativo y los métodos cualitativos, planteando así un diseño de estudio de casos múltiples. Se evidencia que la gestión de la contratación se distancia de los planteamientos de las políticas de salud en Costa Rica, generando una brecha durante su implementación que termina dejando insatisfecha a la ciudadanía.

Palabras clave • Política pública de saneamiento ambiental, asentamientos humanos, salud pública, gestión de políticas públicas, teoría de agencia

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA

Dr. Horacio Alejandro Chamizo García.
Residencial Danza del Sol, casa 46G, distrito San Juan, cantón de La Unión, Provincia de Cartago, Costa Rica

Dirección electrónica: horacio.chamizo@ucr.ac.cr

Teléfono: 506 83776616

Fax: 506 22715643

Vol. 10 No.2

Mayo-Agosto2011

HORIZONTE SANITARIO

SUMMARY

The investigation has the purpose to show the social construction of the health during the management of the first level of health attention, in the contractual framework of relations in Costa Rica. The study of the relations environment-health is undertaken and specifically the environmental sanitation in human settlements, a basic need not solved totally in the country. The health services suppliers contracting process is studied utilizing elements of the Agency Theory. The investigation is oriented for the interpretative paradigm and the qualitative methods, presenting thus a multiple cases study design. Itself evidence that the management of the health services contracting takes distance of the postulated of health policies in Costa Rica, generating a gap during its implementation that finishes leaving inattention to the citizenship.

Keywords • public policy of environmental sanitation , human settlement, public health, management of public policy, agency theory

INTRODUCCIÓN

El establecimiento de regímenes mercantiles durante la gestión de servicios públicos, supone la existencia de actores informados con la capacidad de definir normas que viabilicen la atención de necesidades de la población, con eficiencia y sostenibilidad financiera. Un ejemplo son los contratos que establecen las mezclas público-privadas en la provisión de servicios de salud. Sin embargo, más allá del contrato como instrumento legal, es posible constatar relaciones de poder que determinan finalmente el acceso a la atención sanitaria.

Ante la imperfección del mercado de servicios de salud, se conforman cuasi-mercados que implican dinámicas relacionales particulares dentro de la red política sanitaria. Se plantea que el objetivo es el disfrute de la salud como derecho ciudadano mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad asociados con el empleo de criterios de desempeño. Para asegurar la satisfacción del interés general, el Estado mantiene sus funciones de financiamiento pero se separa de la prestación mediante la transformación de las entidades públicas en otras sin fines de lucro u organizaciones públicas semiindependientes o en la participación privada. (Sojo, 2000)

Los cuasi-mercados sanitarios se definen:..." constituyen sistemas particulares de relaciones de intercambio económico que se sustentan en principios, en un marco regulatorio y en un sistema de incentivos y tienen implicaciones respecto a la morfología del sector social en que se desarrollan, plasmada en la separación de funciones. Por lo tanto, suponen relaciones que tienen una permanencia en el tiempo, tales como

las que se expresan en los contratos de gestión (Sojo, 2000)

Se reconoce que existen dos tipos de respuestas políticas enfocadas a alinear el interés particular del proveedor privado con el general de la agencia que los contrata en nombre del Estado: aumentar el flujo de información entre el agente y el principal para propiciar el control sobre el desempeño y la rendición de cuentas, y la contratación que actúa incentivando la competencia entre proveedores y así mismo la disciplina y su control por parte del principal o agencia Estatal (Fleury, 2003).

El diseño de la relación de agencia puede tener tres tipos de propósitos: fortalecer un nivel dado de confianza entre el principal y el agente, mejorar el control del principal sobre los agentes que poseen información privada y mejorar la generación de recursos o eficiencia en su utilización. El primer propósito se encuentra más en el enfoque contractual de tipo "relacional"; el segundo y tercero, más en el enfoque contractual de tipo "neoclásico". Existen en efecto dos modelos de relación entre el principal y el agente: el modelo de cooperación para construir confianza y el de independencia para permitir control. (Solanie, 1994)

A pesar de que el enfoque relacional en la contratación establece opciones mutuamente provechosas para las organizaciones implicadas en este proceso, existe una tendencia muy marcada a la realización de contratos de tipo neoclásicos aun cuando los proveedores de servicio son del propio Estado. Se plantea entonces una paradoja (Palmer, 2000) debido a que continua predominando la idea neoclásica en la contratación que excluye la participación de terceros, incluso de la población beneficiaria y del rector sanitario. Esto significa que es muy difícil asegurar por un lado que los intereses de la

población beneficiada sean salvados y por otro que la relación de agencia se alinea con los propósitos establecidos en las políticas públicas. Es lo que se conoce como contratación incompleta (Giandoménico, 1998)

Es importante agregar que el contrato, en el marco del sistema sanitario, es un instrumento de control de la gestión y por lo tanto debe tener un impacto sobre la misma. El tipo de relación de agencia resulta entonces un elemento clave que incide en el nivel de estímulo para los actores durante la gestión de las políticas sanitarias porque define la asignación de recursos pero sobre todo las relaciones entre actores que deben integrarse a una red para atender proactivamente los riesgos y los determinantes sociales de la salud.

Sin embargo, partiendo del presupuesto teórico de la determinación social de la salud, la atención sanitaria es un concepto complejo que rebasa el de atención médica (OMS, Comisión on Social Determinans of Health, 2007). Esta noción es aun más clara en el caso del primer nivel de atención donde los componentes de prevención de enfermedades y promoción de la salud deben ocupar un lugar preponderante en los contratos de gestión. Desde esta perspectiva la gestión de los servicios de salud tiene un carácter intersectorial y supone un trabajo en red.

Surge entonces la preocupación sobre las posibilidades que tiene la contratación de proveedores externos que suele ser de carácter neoclásica y por lo tanto tiende a individualizar a los actores, de estimular el funcionamiento de una red de servicios primero, y luego de promover la articulación con otros actores para atender los determinantes de la salud y asegurar la atención integral de la misma.

El presente trabajo tiene el propósito de evidenciar las posibilidades de construcción social de la salud durante la gestión del primer nivel de atención, en el marco de relaciones contractuales. Se abordan los determinantes ambientales de la salud y particularmente el saneamiento ambiental, por ser un satisfactor básico (no resuelto en muchos países del mundo) de las condiciones de vida y al mismo tiempo por el carácter intersectorial que implica su gestión. Finalmente, resulta una impronta responder la interrogante sobre cómo logra el Estado, desde la rectoría que ejerce la autoridad sanitaria, resolver el problema de la atención de la inter-fase ambiente-salud en los asentamientos humanos.

La investigación se aborda en el contexto de Costa Rica, país que se ha caracterizado por asegurar la atención integral de la salud sobre baluartes de la solidaridad y del acceso universal, en un modelo en el que el papel del Estado, representado por el Ministerio de Salud, no provee servicios sino que se ha redefinido exclusivamente hacia la rectoría y la regulación del sector

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación parte del estudio de la normativa formal que orienta el quehacer del primer nivel de atención de la salud en Costa Rica. El discurso normativo es un principio justificante de la imposición pero no deja de ser un fenómeno ideológico y cultural que refleja y al mismo tiempo promueve una interpretación de la realidad. Es posible identificar entonces una concepción de la realidad que va a ser impuesta en nombre del interés general, por lo que el estudio de los fundamentos conceptuales de la normativa puede ofrecer explicación sobre la organización de los

actores en redes en el momento de la implementación de las políticas.

El análisis de contenido de las normas formales se complementó con entrevistas a informantes clave del nivel político normativo pero también del nivel técnico y el operativo. A nivel operativo se estudiaron tres casos en tres asentamientos: La Europa (urbano), San Martín (rur-urbano) y San Vicente (rural). La metodología de estudio de caso permite constatar el papel del contexto geográfico (Yin, 1988) en la formación de representaciones sociales (Araya Umaña, 2002) (enfoque procesual de las representaciones sociales), sobre la relevancia que tiene el primer nivel de atención de la salud en la gestión del ambiente y específicamente en la gestión del saneamiento ambiental.

El análisis de contenido se orienta hacia cuatro categorías analíticas fundamentales: La orientación teórica de la relación de agencia, la flexibilidad del contrato y el tiempo (que distingue a un contrato relacional de otro neoclásico) y la participación de actores en el proceso de contratación.

Se procesaron cincuenta entrevistas con informantes clave distribuidas en los tres estudios de caso y las realizadas en el nivel político normativo y el técnico gerencial. Así mismo se revisaron más de veinte documentos oficiales de organizaciones y cerca de veinticinco leyes y reglamentos relacionados con esta arena de política pública. Los documentos se procesaron en el programa Atlas Ti bajo los principios de la Teoría Fundamentada (Strauss & Corbin, 1990), buscando significados conceptuales, los que junto con el apoyo de datos cuantitativos y cualitativos sobre el contexto geográfico material, permitió comprender las representaciones sociales sobre la

gestión del riesgo ante desastres, desde el primer nivel de atención de la salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se describe de manera breve el contexto socio-ambiental de los tres asentamientos humanos objeto de estudio; posteriormente se presentan algunos de los principales hallazgos derivados del estudio de casos múltiples. Durante la presentación de los resultados, se introducen algunas muestras, segmentos de texto de las entrevistas para apoyar la discusión, no con el fin de mostrar toda la evidencia sobre los significados que por razones de espacio no es posible presentar.

El asentamiento de La Europa se localiza en la provincia de San José, en el cantón de Curridabat, distrito segundo de Granadilla. Las dimensiones de su territorio son 8092.93 metros cuadrados con una población de 200 familias. Es una comunidad consolidada y legalizada, promovida por el Instituto Mixto de Ayuda Social hace cerca de 20 años. (Picado Vasquez 2007). Desde el año 2003 aproximadamente, el comité organizado de vecinos se ha encargado de llevar a cabo acciones de desarrollo comunal con mano de obra propia de los vecinos; es así como se dota a la comunidad de calles, aceras, cordón y caño, cajas de registro, desagües de aguas pluviales y residuales. El proveedor de servicios de salud es un proveedor externo a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) proveedor de servicios de salud en Costa Rica; lo lleva a cabo la Universidad de Costa Rica (UCR) a través del Programa de Atención Integral en Salud (PAIS) que se ha propuesto reforzar las acciones de promoción de salud dentro del modelo de atención integral.

La comunidad de San Martín se localiza en la vertiente atlántica de Costa Rica, en la provincia de Limón, en el cantón de Pococí, distrito de Jiménez. Cuenta con un total de 174 viviendas. Se trata de un asentamiento creado por el Instituto de Desarrollo Agrario (IDA) (un baluarte de la política social en el medio rural en Costa Rica), a partir del año 1997, cuando se compraron dos fincas cuyos terrenos fueron parcelados para asignar a familias de bajos ingresos que a su vez habían invadido otros terrenos. (Trejos Chavez 2007). El asentamiento que presenta serios problemas de disposición de residuos líquidos se abastece de agua de pozo pero además se ubica en una zona de notable importancia hidrogeológica para los acuíferos de Gauápiles y Jiménez. Se establece sobre abanicos aluviales que influyen sobre los acuíferos mencionados, con un nivel freático cercano a la superficie y topografía plana, condiciones que constituyen una amenaza por contaminación del agua para consumo humano (PRODUS 2006). El proveedor de servicios de salud es el Area de Salud de Guápiles que pertenece a la CCSS

La comunidad de San Vicente se localiza en el cantón de San Carlos, aproximadamente a 12 kilómetros al sureste del distrito de Ciudad Quesada. Está ubicado entre los cerros Platanar y Porvenir, los cuales son parte del Parque Nacional del Agua Juan Castro Blanco; el caserío se formó a comienzos del siglo XX, emplazado a 1600 msnm, originando fincas dedicadas a la producción de leche y sus derivados, así como a la agricultura de hortalizas como lechuga, repollo, brócoli, zanahoria, arracache, remolachas, entre muchos otros más. La producción agropecuaria es en la actualidad comercializada principalmente en Ciudad Quesada y en menor proporción en San José (Comunidad de San Vicente 2005); sus problemas fundamentales de saneamiento están

asociados a la contaminación del agua para consumo humano. El proveedor de servicios de salud es el Area de Salud de Ciudad Quesada que pertenece a la CCSS.

Las relaciones de agencia se identifican en el escenario de provisión de servicios de atención de la salud en el primer nivel en los tres casos estudiados. Se identifican actores con rol de agencia (la Dirección de Compras de la CCSS), agente proveedores de servicios (internos y externos a la CCSS), instituciones diseñadas para articular actores con propósitos económicos (Compromisos de Gestión que es el nombre que recibe el contrato de servicios que suscriben los proveedores con la agencia) e incentivos que se orientan de manera clara hacia el financiamiento de los servicios de atención primaria. Es oportuno destacar que el Ministerio de Salud, autoridad del Estado, cumple las funciones de rectoría y regulación de la salud en el país.

A continuación se muestran los principales resultados y su discusión ordenados de acuerdo a las categorías de análisis planteadas.

ORIENTACIÓN TEÓRICA DE LA RELACIÓN DE AGENCIA

Un elemento común que se evidencia en los tres estudios de casos es que la orientación teórica de las acciones pactadas se encuentra sesgada hacia la atención curativa y no hacia la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, situación que contradice en la práctica los planteamientos de la Ley General de Salud y los planes estratégicos vigentes de la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud. Este sesgo desincentiva al proveedor de servicio a reconocer y atender los determinantes ambientales de la salud en cada una de sus áreas de cobertura, lo que permite comprender su

preferencia por la atención de la población a través de consultas médicas en vez de promover la atención de determinantes de la salud como es el saneamiento ambiental.

Se supone que bajo el Modelo Readecuado de Atención (definido desde finales de la década de los noventa en Costa Rica), el primer nivel de atención se debe orientar hacia la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Los documentos revisados en cada estudio de caso, específicamente los Planes Anuales Operativos (PAO) respectivos y las Evaluaciones de Compromisos de Gestión, así como el diseño de las acciones pactadas en temas de vigilancia epidemiológica; evidencian la anterior afirmación. En consecuencia, tal y como se ha comentado, la provisión de servicios de atención primaria conserva en cada caso, esta orientación biomédica de manera primordial.

En la tabla I se presentan algunos segmentos de texto seleccionados, correspondientes a cada caso, en los que se refiere el significado que tiene para los informantes la atención de la salud que reciben en su comunidad:

Los principales hallazgos del análisis de contenido de las entrevistas y los documentos oficiales en cada caso arrojan los siguientes elementos:

- Predomina un enfoque biólogo de la atención de la salud que no se centra en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud sino en la enfermedad y la atención curativa. Se centra en el escenario de las clínicas o puestos de salud, en torno a la figura del médico, la consulta y los medicamentos.
- Las acciones escasas de prevención de enfermedades y promoción de la salud se reducen a educación para la salud.

- La educación para la salud no se ha enfocado desde los problemas del asentamiento y desde la perspectiva de los vecinos, sino desde la perspectiva de los proveedores de servicio y sobre todo de la agencia que los compra, con un enfoque eminentemente conductista.

Se evidencia, por la orientación teórica de la atención en el primer nivel, que el enfoque dominante responde a los intereses y perspectiva de la agencia (Dirección de Compras, CCSS). Aunque todos los proveedores estudiados han sido contratados para ofrecer servicios de atención integral, como en los indicadores de Evaluación del Compromiso de Gestión se privilegian las acciones curativas, esto es lo que terminan haciendo los agentes proveedores contratados.

Ni siquiera en el caso de un proveedor externo con una vocación hacia la promoción de la salud, como es el PAIS de la UCR, se han logrado desplegar acciones que respondan a las especificidades del contexto geográfico donde se ubica. Esto es porque la evaluación se enfoca en verificar el nivel de coberturas poblacionales que ha alcanzado el proveedor en acciones curativas como son las consultas médicas, dejando muy pequeño margen al despliegue de acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

FLEXIBILIDAD DEL CONTRATO

Una de las categorías de análisis estudiadas es la flexibilidad del contrato ya que explica las posibilidades de tomar en cuenta durante la gestión de los servicios, las necesidades de la población atendida. Se ha comentado que una de las amenazas más importantes de las mezclas público-privadas es la contratación incompleta, es

decir, los contratos no consideran finalmente las necesidades de la población servida.

Luego de revisar los contratos en los tres estudios de casos se ha encontrado una gran similitud entre ellos. Las acciones pactadas no difieren entre sí a pesar de que los casos de estudio elegidos se diferencian notablemente por su contexto ambiental, probablemente porque obedecen a la perspectiva que tiene sobre la realidad un mismo actor: la agencia que compra los servicios, el principal de esta relación contractual.

Las percepciones de los funcionarios ubicados en la organización principal giran en torno a dos planteamientos:

..”Yo tengo una opinión muy personal en torno a lo que es la compra de servicios a terceros por parte de la CCSS. A mi juicio este país no está preparado para eso; yo soy del criterio que en Costa Rica la compra de servicios a terceros en el ámbito de la seguridad social todavía es incipiente....” 15-icl-nac

...”Los funcionarios de la CCSS pueden decir que sí responden porque se hace un Análisis de la Situación de Salud, pero después de haber trabajado en la parte metodológica de estos análisis, lo que realmente nosotros encontramos en esos análisis es una descripción de la oferta pero no hay una identificación de las necesidades en salud de la población que permita estratificar cuáles podrían ser los posibles oferentes para cubrir esas necesidades. Ahora lo que hacen estos análisis es ver un poco las necesidades médicas de la población pero no las necesidades en salud, que es otra cosa diferente....” 14-icl-nac

En primer lugar, existen limitaciones de capacidad para la compra y de manera muy vinculada a este primer planteamiento, se desconocen las necesidades de la población y por lo tanto no es posible re-direccionar la oferta de servicios de

manera que éste se ajuste mejor a las necesidades de salud.

En la tabla II se presenta una muestra de los significados del concepto flexibilidad del contrato. Al comparar las acciones pactadas en cada uno de los casos de estudio, no se observan grandes diferencias en su orientación a pesar de que se trata de contextos geográfico-ambientales disímiles. Así mismo, las acciones definidas en Compromisos de Gestión responden más a intereses nacionales definidos por técnicos que a los problemas específicos y las necesidades de atención en cada área de cobertura de los servicios de atención primaria. De manera que el nivel de flexibilidad de la agencia frente a las demandas locales es bajo y en consecuencia los proveedores, internos o externos de la CCSS, no encuentran incentivos para enfocar los servicios que ofrecen.

Llama la atención el caso de proveedores externos como el PAIS/UCR, a pesar de su vocación de acción social, no se libera del enfoque biomédico que caracteriza los términos de los otros proveedores internos. Este argumento es consistente con el atributo de inflexibilidad con el que es calificado el contrato Compromisos de Gestión.

El siguiente segmento de texto, enunciado desde la perspectiva de un proveedor externo, da cuenta sobre la naturaleza neoclásica del contrato (marcada por su inflexibilidad) primero y segundo, como este rasgo no permite cumplir con el verdadero propósito que tendría la contratación de agentes externos a la CCSS:

..”en lo personal creo que no, la CCSS no está buscando aprender de ninguna experiencia privada y es que la gran mayoría de los proveedores privados y mixtos que están siendo contratados por la CCSS lo que están haciendo es atención médica y punto...” 13-org-nac

Si el PAIS/UCR se incorpora a la red con la misión de innovar dentro del modelo de atención integral y ha sido contratado por su vocación y capacidad para hacerlo, deberían existir márgenes de amplitud, de flexibilidad para incorporar elementos novedosos en el contrato.

TEMPORALIDAD DE LA CONTRATACIÓN

La temporalidad de la relación de agencia es una variable influyente en la relación contractual ya que tienen que ver con el riesgo y con el desempeño de los proveedores de servicios contratados. Plazos de contratación o evaluación cortos significan un traslado del riesgo al proveedor de servicios y además funcionan como un incentivo para el comportamiento oportunista de los proveedores quienes buscan cumplir preferentemente con las acciones cuyos productos se materializan en el corto plazo.

Al revisar el proceso de evaluación de compromisos de gestión de los tres proveedores estudiados, se constatan plazos cortos de un año. Los significados sobre la temporalidad de la contratación se resumen a través de los segmentos de texto de la tabla III.

La dimensión temporal de la contratación, carece de significados que la vinculen a los objetivos y las metas de la relación contractual en dos de los tres proveedores de servicios, es decir, los proveedores internos de la CCSS. Se representa como el plazo del convenio establecido en el caso de proveedores externos o la relación permanente en el caso de los internos, pero no se ve como un determinante de los productos esperados. Tal como establecen los procedimientos de Compromisos de Gestión, se trata tan solo de un período de tiempo en el que se revisan cumplimientos y se es sujeto de evaluación.

En el caso de proveedor PAIS/UCR que es un proveedor externo, se aprecian significados diferentes. El corto plazo de la evaluación se percibe como un riesgo para el proveedor que puede perder su contrato como consecuencia de un desempeño inadecuado. Además el corto plazo de la evaluación se aprecia como un obstáculo que compromete las acciones de promoción de la salud y particularmente la gestión de la Salud Ambiental que depende del trabajo en red, el trabajo intersectorial.

Ofrecer consultas médicas es algo que depende del proveedor de servicios y por lo tanto es posible cumplirlo en el corto plazo, pero organizar una red de actores para atender determinantes ambientales demanda negociación y alianzas estratégicas que probablemente es difícil de consolidar con prontitud.

A pesar de que la relación de agencia se establece en todos los casos por un largo período, el plazo anual de las evaluaciones traslada incertidumbre al proveedor, quien entonces busca priorizar las acciones de manifestación inmediata para que de esta forma sea tomada en cuenta en la evaluación. Las acciones curativas o las actividades de educación para la salud son actos puntuales en el tiempo, pero no sucede lo mismo con la articulación en redes de actores que es fundamental para promover la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales y ambientales.

Participación de actores en la relación contractual

La relación contractual, más allá de su dimensión legal, establece relaciones de poder entre las partes involucradas. Cuando se trata de servicios públicos y sobre todo en aquellos de primera necesidad es necesario revisar estas relaciones

con especial cuidado para evitar desatenciones que terminen afectando directamente la salud de las personas.

El contrato que se materializa en los Compromisos de Gestión, se lleva a cabo de manera estricta entre dos partes: la Dirección de Compras de la CCSS y el proveedor de servicios de salud (Área de Salud que funciona en cada comunidad del país). Sin embargo, a pesar de que la salud es un proceso de construcción social, tal y como está enunciado en múltiples documentos de orientación y conducción de las políticas de salud del país, el estilo de asignación de recursos pone en crisis esta voluntad política.

Los segmentos de texto que aparecen en la tabla IV, son una muestra de lo que significa la participación de actores en la contratación. Desde la perspectiva de otros actores locales no se identifican representaciones sobre Compromisos de Gestión. Así mismo, los proveedores de servicio en cada estudio de caso y el rector sanitario identifican la relación de agencia como algo interno de la CCSS y por lo tanto no se entiende cual debe ser el rol de otros actores, ni siquiera el rector sanitario.

La relación contractual que se establece para la provisión de servicios de salud se define como una relación técnica-gerencial, es decir, está definida técnicamente para hacer eficiente el uso de recursos, en la medida que contribuye a vincular la toma de decisiones en cada Área de Salud al financiamiento de la misma. Sin embargo, este no es un proceso que incorpora criterios de otros actores, ni siquiera las organizaciones de la Sociedad Civil o el propio rector sanitario, por lo que se infiere que corresponde con mucha dificultad a los intereses particulares de la población y incluso el interés general que representa la rectoría.

El estudio de las relaciones de agencia en los tres casos evidencia que su enfoque, por un lado busca la eficiencia en la prestación del servicio a partir de principios gerencialistas y desde el punto de vista del financiamiento se intenta asegurar la sostenibilidad del servicio. Por otro lado, dejan al margen los intereses particulares y las prioridades de los asegurados al cerrar las posibilidades de participación de las organizaciones que representan sus intereses en los asentamientos, pero también se separan del control que puede ejercer el rector sanitario.

El siguiente planteamiento tiene su origen en la alta dirección política del Ministerio de Salud:

...“El punto que hay que analizar es la capacidad que pueda tener el Estado costarricense y los servicios públicos para asegurar que lo que está comprando es lo que se le va a proveer y, desde el punto de vista de Salud Pública, que lo que se compre es lo que la población necesite. Esos son los dos aspectos más importantes que yo visualizo en esto de la participación de terceros en la provisión de servicios de salud. 14-icl-nac

Como se ve, existe preocupación desde la rectoría de la salud sobre el quehacer de la prestación del servicio de salud. Sin embargo, es evidente también, el limitado control que se tiene sobre las relaciones contractuales y las acciones que se derivan de esto.

CONSIDERACIONES FINALES

Se han discutido aspectos fundamentales que definen las relaciones entre organizaciones locales y sus agencias para la provisión de servicios comprendidos dentro del concepto de saneamiento ambiental. Estas relaciones se han analizado a partir de categorías como son el contenido teórico de las acciones pactadas, la flexibilidad, la temporalidad y la participación de actores.

Se evidenció que el diseño de la relación de agencia sigue eminentemente principios neoclásicos. Se caracteriza por la inflexibilidad, períodos cortos de evaluación y aislamiento entre los proveedores y la agencia respecto a otros actores. Estos rasgos son determinantes para la concentración del poder en la agencia, comprometiendo la atención de los determinantes de la salud y particularmente los problemas de saneamiento ambiental en los asentamientos.

Se ha visto que los agentes incentivados para buscar la eficiencia terminan reduciendo y sesgando sus roles en función de las preferencias y especializaciones de la agencia que los rigen. Esto significa un comportamiento oportunista que limita el servicio que prestan y compromete al final los objetivos trazados de eficiencia, pero también la sostenibilidad (sobre todo la ambiental) y la equidad en la medida que no se orienta a la satisfacción de las necesidades específicas en los asentamientos.

Estas desviaciones son evidentes en caso de prestación de servicios de salud en el primer nivel hacia la curación, dejando vacíos en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud. Las preferencias de la agencia repercuten en el desempeño de los proveedores y el resto de los potenciales miembros de la red que deben atender los determinantes de la salud.

A pesar de que las relaciones de agencia se orientan de manera directa a asegurar la eficiencia en la prestación del servicio, su diseño puede terminar apartando a los actores de la eficiencia desde el punto de vista técnico. Esto es así debido a que la gestión de los servicios de salud no se enfoca a un control de los riesgos con carácter preventivo, de manera ajustada a los contextos geográfico-ambientales particulares de los asentamientos estudiados.

A pesar de que Compromisos de Gestión, supone procesos de negociación para su diseño, está concebido como un proceso eminentemente técnico que no admite la incorporación de criterios por parte de las organizaciones de la Sociedad Civil. A través de los casos estudiados se ha constatado que las organizaciones de vecinos no identifican a estas instituciones, encuentran obstáculos para participar y articular sus intereses a las mismas y por lo tanto sus necesidades no se conocen en detalle y quedan por fuera de las acciones pactadas. De esta forma no se identifican incentivos que favorezcan la reducción de inequidades en la medida que no existe acceso por parte de los principales interesados, a la toma de decisiones.

El comportamiento oportunista que sesga, limita, aísla a los agentes y obstaculiza la atención del problema en toda su complejidad, es alimentado por un vacío de poder político debido a la debilidad del rector sanitario y en el caso de los servicios de agua además por la ausencia del regulador económico. Se han encontrado limitaciones considerables en la capacidad de rectoría, conducción y regulación, sobre todo por las carencias de recursos legales para definir reglas del juego que obliguen a los agentes y a las agencias a atender de manera integral las necesidades del asentamiento.

Las relaciones de agencia establecidas, de orientación neoclásica, terminan asignando las representaciones sobre la realidad problema a otros actores, quienes ven como normal la fragmentación en el abordaje de sus necesidades y la posposición de sus soluciones muchas veces de manera indefinida.

REFERENCIAS

Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para la discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127-156.

Comunidad de San Vicente. (setiembre de 2005). *Comunidad de San Vicente*. Recuperado el 11 de setiembre de 2008, de www.sanvicentecr.blogspot.com

Fleury, S. (2003). Reforma del Estado. *Revista Instituciones y Desarrollo*, 81-122.

Giandoménico, M. (1998). Public Policy and Administration: ideas, interest and institutions. En E. Goodin, & H. D. Klingemann, *A new handbook of Political Science* (págs. 610-628). New York: Oxford University Press.

OMS, Comission on Social Determinans of Health. (2007). *Civil Society Report*. Ginebra: OMS.

Palmer, N. (2000). The use of private sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low income and midle countries. *Bulletin of the world Health Organisation*, 78 (6).

Picado Vasquez, J. D. (2007). *Plan de saneamiento ambiental para el tratamiento de las aguas residuales de la comunidad La Europa en Curridabat*. Cartago: Proyecto de Graduación. Escuela de Ingenieria en Construcción. Instituto Tecnológico de Costa Rica.

PRODUS. (2006). *Diagnóstico del Plan Regulador de Pococci*. San Pedro de Montes de Oca: Universidad de Costa Rica.

Sojo, A. (2000). Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. En *Serie Políticas Sociales* (pág. 57). Santiago de Chile: CEPAL.

Solanie, B. (1994). *Theorie des contrats*. Paris: Economica.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques*. Newbury Park-London-New Delhi: Sage.

Trejos Chavez, J. J. (2007). *Diagnóstico y soluciones a los servicios de saneamiento ambiental en la comunidad de San Martín, ubicada en Jimenez de Pococí*. San Pedro de Montes de Oca: Infomre final del Proyecto de Graduación para Optar por el grado de Licenciatura en Ingeniería Ciivl.

Yin, R. K. (1988). *Case study research. Design and Methods*. London: Sage Publications.

AGRADECIMIENTOS

El autor reconoce el apoyo del Swiss National Centre of Competence in Research (NCCR) North-South: Research Partnerships for Mitigating Syndromes of Global Change, co-financiado por Swiss National Science Foundation (SNF) y la Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC). Se reconoce el apoyo brindado por el Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Costa Rica y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales en Costa Rica.

Tabla I. Significados sobre la orientación teórica de la atención en el primer nivel.

Caso en estudio	Orientación teórica de la atención en el primer nivel
Comunidad de La Europa, cantón de Curridabat	<p><i>Es un prestador de servicios de salud en el cual se pretende que se modele un poco lo que es el primer nivel de atención con cosas novedosas, pero básicamente es un prestador de servicios de salud. : 01-org-eur</i></p> <p><i>No ha sido mucho el cambio y es que las personas siguen reclamando atención a la morbilidad; atención a padecimientos agudos y atención a padecimientos crónicos. Esos son los principales reclamos de la población a pesar del cambio del modelo. Ha costado y ha sido un proceso lento pero creo que la gente está entendiendo de que se trata 01-org-eur</i></p>
Comunidad de San Martín, cantón de Pococí	<p><i>y así mismo, los indicadores de evaluación abordan los cinco programas de atención a las personas. Los temas de promoción de la salud se refiere a las actividades educativas que organizamos y las ferias...06-org-sma</i></p> <p><i>..Generalmente organizamos lo que nosotros llamamos como ferias de la salud, que esa podría ser una idea para desarrollar en este lugar. En las ferias de la salud generalmente lo que se hace, se llevan equipos de micro-métodos especiales para tomar glicemias....: 06-org-sma</i></p>
Comunidad de San Vicente, cantón de San Carlos	<p><i>...Consiste básicamente en actividades de educación que se hace a la población en el consultorio y eventualmente en charlas. Claro, cada año nos evalúan y hemos tenido excelentes calificaciones, pero cada año se hace siempre lo mismo con muy pocas variaciones. 06-org-svc</i></p> <p><i>No, en temas de saneamiento no tenemos nada, solo el asunto de la basura y el dengue que si golpea bastante. 06-org-svc</i></p>

Fuente: elaboración propia

Tabla II. Significados sobre la flexibilidad del contrato para la prestación del servicio en el primer nivel de atención.

Caso en estudio	Significados de la flexibilidad
Comunidad de La Europa, cantón de Curridabat	<p><i>La CCSS tiene un único modelo y no hay posibilidades de cambiar eso. Lo mismo pasa con los criterios que tiene el Ministerio de Salud para la habilitación de los establecimientos. 01-org-eur</i></p> <p><i>nos valoran cumplimiento de subprogramas, cumplimiento de consultas, manejo de referencias, incapacidades, pero éste, no nos valora todo ese esfuerzo cualitativo que se hace en cuanto a lo que es acción social, que se supone es parte del valor agregado que tenemos nosotros. 06-org-eur</i></p>
Comunidad de San Martín, cantón de Pococí	<p><i>Se hace lo que dicen ellos, porque por eso son de la región, nuestro nivel superior que nos viene a evaluar 06-org-sma</i></p>
Comunidad de San Vicente, cantón de San Carlos	<p><i>Yo creo que ahí no hay mucha oportunidad de salirse de lo que se pacta con las autoridades de compra, porque se trata de temas priorizados por la CCSS a nivel nacional y realmente nos deja muy poco tiempo para hacer lo que se necesita para atender necesidades locales. 06-org-svc</i></p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla III. Significados sobre la temporalidad de la relación contractual

Caso en estudio	Significados sobre la temporalidad de la relación contractual
Comunidad de La Europa, cantón de Curridabat	<p>El nuevo convenio de la UCR es por cinco años y eso da cierta holgura pero no todo es fácil porque si bien el contrato es por cinco años, ese contrato depende de que la CCSS tenga el contenido presupuestario y, además de eso, de que dependa de la evaluación de los Compromisos de Gestión. Ante esa situación, no ganamos nada con tener un papel firmado con una validez de cinco años si al momento de que nos hagan la evaluación de los Compromisos de Gestión resulta que no cumplimos y ahí nos quitan el presupuesto. Eso nos deja en la misma situación: no podemos seguir planificando cuando la plata nos la dan año con año. 01-org-eur</p> <p>Por lo menos eso es lo que el comprador desea aunque no siempre hay tiempo para innovar pero es parte de lo que se solicita. : 01-org-eur</p>
Comunidad de San Martín, cantón de Pococí	<p><i>¿Qué valoración tiene sobre los compromisos de gestión? ¿Lo hacen cada dos años ahora?</i> <i>P: Cada año.</i> <i>E: ¿Cada año?</i> <i>P: Cada año y por eso debemos correr a cumplir con los indicadores antes de que llegue la evaluación, el resto de las cosas puede esperar. : 06-org-sma</i></p>
Comunidad de San Vicente, cantón de San Carlos	<p>Siempre al final de compromisos, cuando vienen a evaluarnos, uno ve las carreras, es decir, si falta alguna actividad de capacitación, en fin, porque ahora las actividades de promoción se quieren fortalecer. 06-org-svc <i>El tiempo que tenemos para desarrollar las actividades pactadas es de un año, pasado este tiempo nos evalúan si cumplimos y por su-puesto, sí nos dan el incentivo dependiendo de la nota obtenida. . 06-org-svc</i></p>

Fuente: elaboración propia

Tabla IV. Significados sobre la participación de actores en el contrato

Caso en estudio	Significados sobre la participación de actores en el contrato
Comunidad de La Europa, cantón de Curridabat	<p><i>Porque a diferencia de otras juntas de salud comunales, verdad, la junta de salud de Curridabat no tiene ni la atribución de saber cuál es el presupuesto. Porque es un contrato privado entre la UCR y la Caja. Y eso desestimula cualquier participación (). 12-org-eur</i></p>
Comunidad de San Martín, cantón de Pococí	<p><i>Generalmente no participan otros actores y no participa la comunidad. Generalmente ellos dan sus opiniones y ese tipo de cosas, pero generalmente participamos nosotros. : 06-org-sma</i></p>
Comunidad de San Vicente, cantón de San Carlos	<p><i>En el tema de Compromisos de Gestión no participamos, esa es una cuestión interna de la CCSS. 05-org-svc</i></p> <p><i>...pero no participa nadie absolutamente, es algo interno de la CCSS</i> 06-org-svc</p>

Fuente: elaboración propia