

# LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD. ALGUNAS REFLEXIONES CRÍTICAS SOBRE EL PERIODO AGOSTO 2013-AGOSTO 2014

AGUSTÍN CARRIZOSA

## Advertencias iniciales

Antes que nada creo importante señalar que es muy difícil evaluar la efectividad de una política de gestión pública en un periodo tan corto como es el de un año. Más aún cuando se trata de medir el impacto de la gestión, porque normalmente los cambios en los indicadores de impacto, como son los indicadores de mortalidad o morbilidad, requieren más tiempo (en algunos casos hasta 5 años o más) para ser afectados significativamente, a fin de medir su real impacto.

En cambio, sí nos resulta más fácil evaluar los procesos de gestión y sus vicisitudes en un periodo menos extenso, aunque teniendo siempre presente que dicha gestión no se puede aislar en el tiempo de su historia, del contexto y de las coyunturas en las que se ejerce dicha gestión.

Con esto intento decir que no se puede medir una gestión sin tener en cuenta los procesos anteriores, el contexto actual (políticas, económicas o sociales) en el que se ejerce y las diferentes coyunturas que pueden afectar la efectividad de la gestión (epidemias, inundaciones, económicas o políticas).

También me parece importante diferenciar los hechos reales que se basan en la evidencia de lo que se denomina percepción u opinión pública. Y con esto no quiero decir que uno sea más importante

### Agustín Carrizosa

Es doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Asunción, 1971, y Máster en Administración de Empresas de la Universidad Católica y el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas-INCAE, 1993. Cuenta con una especialidad en Psiquiatría Clínica y una Certificación en Reforma del Sector Salud y Financiamiento Sostenible del Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial del año 1997, del Banco Interamericano de Desarrollo en Negociación, 1998. Fue jefe de Gabinete Técnico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (con rango de viceministro) y, desde 1994 hasta la actualidad, presidente ejecutivo de la Fundación Centro de Información y Recursos para el Desarrollo- CIRD. Ha trabajado como consultor en áreas relacionadas al Desarrollo y Cambio Organizacional, Inteligencia Política y Liderazgo Gerencial tanto dentro del país como en el exterior, con OPSOMS, el BID, Banco Mundial, la USAID, la Konrad Adenauer.

que otro, porque muchas veces la opinión ciudadana tiene más fuerza y consecuencia sobre la gestión pública que la cruda realidad.

Teniendo en cuenta estos elementos quisiera aventurarme a hacer una apreciación de la gestión del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) en el periodo agosto 2013-agosto 2014 (primer año de gobierno de Horacio Cartes), limitada en algunos casos por la falta de una fuente de información confiable.

## Centralización administrativa

En primer lugar, podría advertirse como un aspecto preocupante de la actual administración la excesiva centralización a la que se está volviendo. Uno de los logros (creo que el más importante) de la gestión de la salud de los últimos 10 años o más ha sido el proceso gradual de descentralización del sistema de servicios de salud.

La descentralización de la toma de decisión hacia las regiones sanitarias y hospitales especializados, acompañada de una mayor agilidad en los procesos administrativos y operativos, la incorporación estratégica de los gobiernos locales en la planificación y el control de los resultados, el fortalecimiento de los Consejos Locales de Salud (CLS) y el Fondo de Equidad, la formación de las unidades de atención de la familia (USF) con los equipos de Atención Primaria en Salud (APS), han incrementado notablemente la cobertura de la salud y la distribución más equitativa de los recursos en salud para la mayor parte del territorio nacional.

Este proceso de instalación de una política más descentralizada, que ya tiene un trayecto bastante largo (más de 10 años) y sostenido, no solo ha logrado mejorar el acceso a la atención de salud sino que, más importante aún, ha elevado la confianza ciudadana hacia el sistema de salud pública. Hoy la ciudadanía entiende mucho más que la salud pública es un derecho suyo y, sobre todo, confía en que podrá recibir respuesta a sus demandas (accountability).

Este cambio, más bien brusco, desde un modelo ligeramente descentralizado (el cual tampoco ha sido demasiado amplio, puesto que aún no existe una Ley de Descentralización que sustente legalmente el proceso) a un modelo nuevamente centralizado, ha generado dificultades tanto en la burocracia interna (sobre todo en los procesos de compra y abastecimiento) como así también en el clima organizacional (confianza interna) de los servicios periféricos o descentralizados. Aquí me parece importante señalar que la gestión descentralizada es normalmente una respuesta técnica a sistemas de gestión que crecen y se diversifican, haciendo más difícil la distribución equitativa y oportuna de los recursos.

El retroceso de una política de desconcentración/descentralización buscando mayor control se puede observar tanto en la gestión de la misma Dirección General de Descentralización del ministerio, la cual ha reforzado los mecanismos de control sin aumentar la comunicación capacitante o instructiva a los Consejos Locales de Salud para que estos los conozcan y puedan adaptarse al nuevo sistema, como también en el retraso actual de las transferencias del Fondo de Equidad a estos sistemas. Aunque entendemos que este retraso se debe en gran medida a la falta de transferencias del Ministerio de Hacienda y observamos que hay una tendencia a normalizarse.

Los Consejos de Salud han significado un aliado estratégico para la administración del sistema de salud, tanto colaborando con el MSP y BS en la definición de las necesidades concretas de cada unidad territorial, como apoyando a los servicios de salud local con recursos propios o con el Fondo de Equidad, con el que han cubierto las necesidades más urgentes de los servicios locales. Además, la participación de los CLS ha dado una mayor legitimidad y apoyo político a la gestión del ministerio en el nivel local. Consecuentemente, un debilitamiento del vínculo del ministerio con los CLS puede significar la pérdida de un aliado estratégico fundamental y la pérdida de la confianza ciudadana.

## Los equipos gerenciales

Otro aspecto que creemos afecta el clima organizacional (aliados internos) del ministerio tiene que ver en gran parte también con la instalación de un nuevo equipo gerencial formado por personas (muchas de ellas) extrañas o poco conocidas en este ámbito ministerial. Esto no es necesariamente negativo, es normal que un ministro quiera gobernar con un equipo de su confianza, pero requiere primero de un proceso de culturización organizacional que también lleva su tiempo y que si no se tiene en cuenta puede producir turbulencias y falta de compromiso.

Puede observarse que muchos de los integrantes del equipo del ministro provienen originalmente del Instituto de Previsión Social (IPS), institución que maneja otros códigos y principios diferentes del ministerio, debido a la diferencia en sus misiones. Esta diferencia en cuanto a misión institucional también puede incluirse en el énfasis “médico-hospitalario” de la actual administración, afectando de forma significativa su gestión.

## La gestión de las contrataciones

La centralización de la gestión (del actual modelo de salud) se ha traducido en una reducción bastante significativa del número de las Unidades Operativas de Contrataciones (UOC) del MSP y BS. De unas 40 (en el año 2013) a una sola que se ha transformado en la Dirección de UOC desde este año (2014). Esta reducción rápida de las UOC ha significado un incremento sustancial en el tiempo de los procesos de compra y contratación, así como un retraso en la ejecución del presupuesto (alrededor de un 25% a la fecha, estos datos no han podido ser corroborados por el MSP y BS).

**Los Consejos de Salud han significado un aliado estratégico para la administración del sistema de salud, tanto colaborando con el MSP y BS en la definición de las necesidades concretas de cada unidad territorial, como apoyando a los servicios de salud local con recursos propios o con el Fondo de Equidad, con el que han cubierto las necesidades más urgentes de los servicios locales.**



Algunos efectos que estamos observando como consecuencia de esta disminución en el número de las UOC son el retraso en las licitaciones y la falta de abastecimiento oportuno en algunos servicios de salud.

Consecuentemente con lo señalado, también ha disminuido la agilidad de la gestión operativa. Esto se traduce en una falta importante de abastecimientos (medicamentos e insumos), generando un sentido de incertidumbre en los niveles más descentralizados de sistema de servicios e inseguridad en la población que no recibe a tiempo respuesta a sus demandas.

Todo lo señalado amenaza la confianza que el ciudadano ha ido depositando en el sistema del servicio de salud a lo largo de los últimos años. Tal reducción en la confianza se puede observar en las encuestas de opinión realizadas por diferentes organismos (Barómetro de las Américas 2014 LAPOP y la Encuesta “Qué quiere la Gente” 2014) a lo largo de los últimos meses, como también se percibe a primera vista simplemente hablando con la gente.

### **El modelo de salud: oferta vs. derechos**

Otro aspecto que ha afectado la efectividad de la gestión actual es el retorno a un modelo de salud pública sustentada en una oferta principalmente médica y no en una visión más amplia sustentada en los derechos, en los determinantes de salud o en la cobertura sanitaria.

Estos modelos últimos son más inclusivos o integrativos, alineando los esfuerzos colectivos y la participación ciudadana como componentes esenciales del sistema de salud. Mientras que el modelo exclusivamente médico-hospitalario fragmenta el sistema sanitario, limitando la atención sanitaria exclusivamente a la atención del enfermo, y a un modelo exclusivamente pasivo receptivo de salud pública (se atiende a los pacientes que llegan al servicio). Sin embargo, estos dos modelos no tienen por qué ser contrapuestos, sino complementarios, para lo cual se requiere de un proceso de síntesis y unificación (integración).

Estamos observando que con esta política más “asistencialista-médica” se han fortalecido los servicios de salud (más recursos y mejores salarios), lo cual es bueno, pero sin embargo el sistema de atención primaria se ha debilitado. Este incremento de los salarios ha instaurado sin embargo una inequidad salarial en el sistema, ya que actualmente un médico de los servicios de salud gana por 12 horas semanales de atención en consultorios lo que un médico de APS gana en 40 horas semanales de trabajo, generándose un incentivo negativo que puede afectar con el tiempo a las USF. Tampoco se ha logrado una mayor integración de estas unidades de atención primaria a la red de servicios de salud (hospitales, centros de salud, etc.), una dificultad que el sistema arrastra desde la creación de las USF y que hasta ahora funcionan de forma paralela a la red de servicios y que consecuentemente resta integralidad y efectividad al sistema.

Esta fragmentación y descoordinación entre servicios y USF se está traduciendo en un retraso en la cobertura de vacunación y otros programas preventivos y de atención primaria.

### “Telemedicina” y “costeo”

Un aspecto positivo, pero que también necesita ser gerenciado para que su incorporación como herramienta médica sea eficiente, conforma la práctica de la “telemedicina”, que está siendo implementada en varios hospitales distritales, y el “costeo” (conocer el costo) de servicios y prestaciones para implementar una gestión más racional y eficiente del gasto.

## Modelo y sistema de salud pública

Por último, me parece importante entender que todo cambio de modelo de política o de gestión tiene su impacto sobre todo el sistema. Por ejemplo, la política de gratuidad ha logrado un gran incremento en el acceso de las personas a los servicios de salud, que ha aumentado en casi un 100%; sin embargo, la disponibilidad o la velocidad en el acceso y gestión de los recursos ha sido insuficiente y un verdadero cuello de botella para la propia política. Y esto tiene que ver con las decisiones que se toman con fines políticos o técnicos (con visión de inversión).

Ambos tipos de decisiones son igualmente importantes y cada una de ellas tiene repercusiones distintas en la gestión. Y el gerente público no solo tiene que saber qué decisión tomar y cuándo, sino sobre todo saber de qué manera esa decisión afectará la gestión.

También es importante entender que todo proceso gerencial es normalmente un continuum y que cuando uno hace cambios, la inercia propia de la gestión anterior no cambia tan rápidamente y requiere de un tiempo adaptativo que, si no es tomado en cuenta, afectará negativamente (resistencia) todo intento de cambio. En este sentido, estudios recientes sobre la sostenibilidad de los resultados logrados en un proceso de cambio muestran claramente cómo la continuidad de los procesos (sucesivas gerencias) asegura un impacto más sostenible.