

IMPLICACIONES DE LA REFORMA SECTORIAL PARA LA GESTIÓN PÚBLICA DE SALUD

Lic. José María Marín

Los panelistas que me antecedieron han presentado las razones y características de los procesos de reforma del sector salud, como una ejemplificación de las tendencias observadas en la Región de las Américas en cuanto a la direccionalidad de las transformaciones que están realizándose en el contexto de la modernización del Estado y la reforma sectorial. Me corresponde sintetizar las principales implicaciones de tales cambios en la renovación de la gestión pública de salud.

La modernización del Estado y la reforma sectorial en salud comentadas han puesto de manifiesto la redefinición de funciones y responsabilidades de las instituciones públicas del sector resultante del cambio de las relaciones entre el gobierno y la sociedad civil, y la tendencia a la separación de las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios en la organización del sector salud; al mismo tiempo se ha resaltado que dichas transformaciones en el Estado y en el sector demandan un redimensionamiento y desarrollo de la capacidad de institucional de los ministerios de salud para la conducción, regulación y ejercicio de la autoridad sanitaria que les corresponde como entidad rectora.

Complementariamente, desde una nueva concepción de salud en el desarrollo, el quehacer del sector salud excede los marcos limitados de la tradicional visión sanitaria y clínica para considerar los factores de condiciones de vida y bienestar social; ésto impone la necesidad de que las formas de actuación sectorial sean revisadas y replanteadas como un campo de intervención intersectorial de múltiples actores sociales en procesos biológicos, ecológicos, culturales y socioeconómicos predominantes en una sociedad y en un momento dados, orientada hacia un proyecto nacional de desarrollo humano.

Todas estas modificaciones de enfoques y roles obviamente interesan y afectan al gerente público del sector salud; implican cambios en el contenido, el estilo, los medios y la capacidad en el ejercicio de la gestión pública de salud.

1.- La Nueva Gestión Pública de Salud

La tendencia prevaleciente, antes de los actuales procesos de modernización y reforma, había sido la de plantear la gerencia pública de salud alrededor de las funciones de administración de los recursos públicos para la provisión de servicios públicos de salud. Se concebía al gerente público primordialmente como un "administrador de recursos" para producir servicios públicos de acuerdo a los "principios" de la administración, la organización y el uso de los recursos. El gerente era visto, en este enfoque tradicional, exclusivamente como un funcionario "aséptico" de tipo "tecnocrático puro", absolutamente al margen de compromisos valorativos y de la dinámica política, con exclusiva orientación a la llamada eficiencia micro. La imagen respondía al prototipo del administrador burocrático.

En la actualidad, la gerencia pública en salud trasciende la simple administración de los recursos institucionales del sector para la prestación de los servicios públicos de salud pública, y se redefine para proyectarla como la gestión de las políticas públicas sociales y del sector salud que movilicen el potencial existente en la sociedad para responder a las necesidades, los intereses y las demandas de salud y bienestar de los conjuntos sociales en los procesos nacionales de desarrollo. El nuevo gerente

público de salud, más que administrador-productor de servicios, se redimensionará cada vez más como promotor, conductor y garante de la participación social para la adopción, ejecución y evaluación de las políticas públicas de bienestar colectivo.

La reforma fundamental de la gerencia pública de salud consiste en ir recuperando progresivamente su espacio original incursionando en las políticas públicas, los asuntos públicos; y así reenfocarse hacia el lado público de las actividades colectivas y en lo político de la gestión pública sanitaria.

Las características del Estado moderno y los desafíos emergentes, en el escenario de los países de la Región de las Américas en términos de reforma del sector salud, configuran una situación que requiere propuestas de desarrollo gerencial desde la óptica de la gestión de la política pública social y que sean lo suficientemente estratégicas y efectivas para que concurren al esfuerzo global de desarrollo humano sustentable con equidad.

Para ello, los procesos de reforma del sector salud en la Región de las Américas deberán adoptar explícita e intencionalmente el enfoque de gestión de políticas públicas para orientar y actuar con intensidad en las transformaciones de los aspectos más críticos de la gestión sanitaria, que deberá caracterizarse por desarrollar una adecuada gestión participativa de las políticas públicas sanitarias, en respuesta a problemas del ámbito de intervención del sector y en conformidad con las políticas del proceso nacional de desarrollo.

Se parte de la premisa de que gerencia pública es gestión de políticas públicas; consecuentemente, la gerencia pública de salud se materializa en la gestión de las políticas públicas de salud, que se expresen en programas y servicios que respeten y promuevan la dignidad y bienestar de los ciudadanos, removiendo mediante una acción idónea y efectiva las condiciones desfavorables que la menoscaban - como la enfermedad y la invalidez- y estimulando los factores -como la salud- que la potencian en procura de una genuina opción de desarrollo social.

Este nuevo enfoque del desarrollo de la capacidad gerencial tiene su soporte en las propias bases de la naturaleza, funciones y responsabilidades de la gestión de políticas públicas en el Estado moderno, que obligan a rescatar los criterios de: formas participativas y medios democráticos para diseño, ejecución y evaluación de conjuntos significativos de orientaciones de procesos reguladores y productivos sobre temas específicos de interés colectivo; preocupación por la calidad y la productividad social y económica en la prestación de los servicios; y abordaje estratégico para manejar el complejo proceso de modificaciones en las correlaciones de poder, la interacción entre los factores de presión y los intereses por la distribución de los productos del desarrollo, y la movilización concertada de las potencialidades del juego, en función de la solución a los problemas de conjuntos sociales, orientados al bienestar personal y social como propósito último de todo proceso de desarrollo.

Ello significa, entre otros aspectos, desarrollar la capacidad de los gestores de las políticas públicas para orientar y movilizar las potencialidades de integración y acción conjunta; maximizar la eficiencia y productividad social de los recursos asignados por la sociedad para la salud; garantizar los derechos ciudadanos, el funcionamiento democrático de las estructuras y medios para ejercer la gestión participativa y democrática en torno al flujo de formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas de salud, la transparencia de los actos públicos, el control social de los mismos, y la vigencia plena de la práctica de petición y rendición de cuentas.

En síntesis, uno de los componentes centrales del nuevo perfil de gerente público de salud es el reconocimiento de la orientación a la gestión -formulación, operacionalización y evaluación- de

políticas públicas, incluya o no la administración directa por las instituciones públicas de los servicios públicos considerados en dichas políticas, mediante la capacidad para la construcción de opciones para viabilizar la cohesión y participación social en torno a la promoción de valores de vigencia comunitaria como lo es la salud.

2.- El Ejercicio de la Rectoría Sectorial

Es reiterativo, pero pertinente, afirmar que la modernización del Estado no significa el debilitamiento del sector público; sino encontrar el adecuado balance entre las funciones de las instituciones públicas, como representativas y ejecutoras de la voluntad nacional, y la participación de todos los demás actores sociales para asegurar que el Estado ejerza las responsabilidades y las acciones que debe y no puede dejar de cumplir con eficiencia y eficacia. El eje fundamental de todas las propuestas de modernización del Estado consiste en la redefinición de las relaciones de las estructuras de gobierno frente a la economía y la sociedad civil. Alrededor de este núcleo se articulan algunos cambios comunes a estas reformas que inciden directamente en el cambio de la gestión del sector público de salud: el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas, la reducción y la focalización del gasto social hacia los sectores más necesitados, la mejora de la transparencia y control del gasto, y la desgubernamentalización de la producción de bienes y los servicios públicos.

En este contexto, la reforma en el sector salud también tiene que responder a las demandas de modificar las funciones tradicionales del Gobierno, de su participación en el desarrollo y de sus relaciones con la sociedad civil, alejándolo de funciones accesorias y en las que no es suficiente, pero haciéndolo más fuerte y capaz en las funciones que le corresponde y es irremplazable, como son las que tienen que ver con conducción de la política nacional de salud y la dirección de la prestación de servicios de salud hacia la garantía de acceso universal con equidad.

Se trata de lograr una presencia gubernamental más efectiva en las decisiones de orientación y movilización de los recursos nacionales hacia la salud, como necesario componente de un desarrollo, que conduzca a niveles mayores de justicia y bienestar social, tanto para la generación actual como para las futuras. En ello reside el objetivo del fortalecimiento de la función de rectoría sectorial.

De la serie de retos que las reformas sectoriales enfrentan para fortalecer la capacidad de rectoría sectorial, se destaca, en cuanto al liderazgo político, desarrollar el poder conductor y regulatorio del gobierno sobre el proceso nacional de salud; y al mismo tiempo, en el campo del aseguramiento, del financiamiento y de la provisión, garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, la distribución solidaria de los costos de la salud y abrir espacios para la participación de otros actores. En estas dimensiones se debe revisar también los cambios de la gestión pública de la salud.

Las instituciones públicas del sector no deben agotarse al intervenir en la provisión de la totalidad de los servicios públicos de salud; sino que sobre todo le corresponde un rol promotor, facilitador y articulador, al formular políticas integrales, concertar voluntades y conciliar las distintas instancias de la sociedad para hacer posible que la salud sea efectivamente un medio para asegurar el aumento de la producción con productividad competitiva, la generación de mayores niveles y mejor redistribución de riqueza y bienestar, la vigencia de la participación y equidad sociales, y demás condiciones del desarrollo humano.

Sin embargo, en referencia a este perfil deseable de participación gubernamental en la gestión pública de salud, las condiciones actuales de inequidad y la magnitud de la deuda social acumulada prevalentes en la Región exigen, además del fortalecimiento de la capacidad del gobierno como conductor,

regulador y facilitador de la participación social, también el mejorar su capacidad como administrador y productor subsidiario en la provisión de los servicios de salud considerados críticos para la salud pública o la redistribución equitativa de las oportunidades de acceso a los satisfactores de las necesidades básicas de salud de los grupos sociales mas desprotegidos.

No obstante la anterior afirmación, debemos reiterar que, ante la tendencia comentada de descentralización y creciente ampliación de los espacios para la participación de actores que no pertenecen al sector público en la provisión de los servicios, el gerente público cada vez estará más orientado a la conducción en la gestión de las políticas públicas de salud y menos a la administración de los recursos para producir los servicios de salud que tales políticas establecen.

En este sentido, la progresiva experiencia en los procesos de reforma sectorial está gestando el convencimiento de que la gerencia necesaria para el ejercicio de la rectoría comprende el desarrollo de dos dimensiones o instancias diferenciables de un mismo proceso de gestión de políticas públicas para la definición, producción y provisión de bienes y servicios de salud: la de **conducción** integral de los procesos y los actores sociales que los conforman, y la de **administración** institucional de los recursos públicos de acuerdo a los requerimientos de los planes operativos que instrumentan las políticas públicas de salud.

El proceso de revisión del modelo gerencial para el ejercicio de la rectoría en el sector público de salud supone la necesidad de analizar el nuevo desafío de la capacidad gerencial, tanto desde el punto de vista conceptual (el quehacer) como práctico (cómo hacerlo), desde la perspectiva de la peculiaridad de la gestión de políticas públicas en el Estado moderno y el sector reformado.

Si bien parece estar bien definido el ámbito de las funciones en cuanto a conducción, autoridad sanitaria, regulación, financiación, aseguramiento y provisión de servicios que integran el nuevo perfil de la rectoría sectorial; aun queda por profundizar en los *aspectos operacionales* para el ejercicio de tales funciones, como son: contenidos, formas y medios en función de las características y las condiciones de la responsabilidad gubernamental en la gestión de la política pública de salud en el Estado moderno y un sector reformado.

Ante un concepto amplio de salud y una sociedad democrática que involucra a factores intersectoriales y actores públicos y privados que interanctúan y compiten en la definición y ejecución de una política pública que concita múltiples intereses y dispone de escasos recursos, la búsqueda de una capacidad de rectoría sectorial redimensionada deberá responder a las cuestiones de ¿cuál es el objeto de la conducción? ¿a quién se conduce? y ¿cómo conducir?; en tal respuesta, la cuestión de la gobernabilidad y del ejercicio democrático del poder debe ser abordado con profundidad y realismo.

La cuestión del ámbito de la salud pública y de los mecanismos vinculantes para ejercer efectivamente la autoridad sanitaria tiene que ser cuidadosamente definida: ¿cuáles son las áreas sustantivas y los medios de intervención de la autoridad sanitaria? cuando la salud trasciende las fronteras sectoriales y nacionales. Igualmente, cuestiones como ¿en qué campos es imprescindible, cuánto y cómo regular? en un contexto cada vez menos regulado por el gobierno y mas sujeto a la ley del mercado donde el tema de la liberalización de la producción y distribución de salud como un bien público y sus consecuencias sociales y económicas tiene que ser debatido y clarificado.

Asimismo se deberá definir ¿cuánto y cómo modular el financiamiento sectorial? conformado mayoritariamente de recursos privados e individuales, porque la cuestión de la autonomía e interdependencia de los bienes privados y públicos y sus implicaciones en la solidaridad y la equidad

no puede ser obviado. Complementariamente, la cuestión de la autodeterminación y libertad de asociación y negociación frente a la garantía universal de los derechos ciudadanos tiene que ser considerada a la hora de preguntarse ¿qué, cuánto y cómo normar y vigilar el aseguramiento? cuando éste es resultante de una relación contractual o voluntaria de individuos y grupos con empresas de carácter privado o solidarista.

2.- La Gerencia Participativa

En el Estado moderno, como garante del ejercicio pleno y efectivo de los derechos ciudadanos, el ejercicio de la gerencia pública sanitaria está condicionado por el propósito general de construcción ciudadana y consolidación de la democracia participativa; por ello debe poner especial énfasis en buscar y facilitar, por medio de la gestión participativa de las políticas públicas de salud, la concertación de los sectores público, privado, el llamado social solidario (ONGs), de los gobiernos regionales y locales, y de la sociedad en general para que todos los recursos disponibles para los programas sanitarios y servicios de salud concurren a la cobertura universal con equidad.

La gerencia pública de salud, en cuanto es gestión de políticas estatales y de procesos sociales de producción de salud, implica la ineludible involucración y corresponsabilidad de múltiples actores sociales -además de las instituciones tradicionalmente constitutivas del sector formal de salud-, no sólo en cuanto a ejecución de programas sino, principalmente, en la concertación respecto a problemas prioritarios, políticas y estrategias de intervención, y en la movilización de recursos. El gerente público de salud está llamado a encontrar nuevas formas para que la sociedad civil participe efectivamente y tenga más influencia en las decisiones que afectan su futuro, como lo es el desarrollo de la salud.

Esta característica participativa de la gerencia constituye actualmente el principal reto de los gerentes sanitarios, especialmente en la instancia de conducción, que por ello adquiere un mayor peso relativo en la función de rectoría sectorial y en la consecuente capacidad para ejercerla acorde con las implicaciones de la evolución en los conceptos de Estado, Salud y Gerencia Pública.

De tal modo que la gestión de la política pública sanitaria debe involucrar a todos los actores sociales en la priorización de problemas y la selección de alternativas más eficientes y eficaces de organizar la respuesta social y de ejecutar las acciones necesarias para lograr los objetivos discutidos y concertados de salud, conforme a los desafíos críticos o prioritarios de la cobertura universal con equidad y la legitimidad de la actuación pública en las comunidades.

Esta premisa significa, en primer lugar, que la gerencia pública sanitaria tiene como reto principal formar una red social de protección y servicios de salud; donde al sector público le corresponda subsidiariamente focalizar su papel prestador hacia los problemas y grupos sociales más desprotegidos, conforme al principio de equidad, orientando los escasos recursos públicos a la atención con servicios integrales y de calidad a los sectores más vulnerables y con menos capacidad de acceso, con un propósito francamente redistributivo, y a la protección de la salud pública.

El desarrollo de la capacidad para organizar y dirigir esta red social y de servicios con los recursos disponibles tanto del sector como de otros sectores y actores sociales contribuyentes a la salud, y para mantenerla coordinada y operante, se convierte en una cuestión fundamental en el proceso de reforma de los sistemas de salud.

Un segundo aspecto a destacar en este reto de fortalecimiento de la gerencia participativa sectorial es el enfoque integral de la política social. Es más que evidente que las acciones orientadas a la consecución

de una política de salud sólo en parte son específicas y exclusivas de un sector y, en muchas ocasiones, comprometen la tarea en el área social de otros sectores y la sociedad. Por ello, la conducción de la política nacional de salud obliga al órgano rector, además de otorgar una dirección adecuada a cada organismo de salud en cumplimiento de los fines institucionales del sistema de salud y a la orientación del funcionamiento coordinado dentro y entre todos los organismos del sector salud, a dar especial atención a la búsqueda y el alcance de una mayor interacción y complementación con otros sectores del desarrollo nacional influyentes en el área de responsabilidad sectorial.

En este contexto, la gerencia sanitaria tenderá a reemplazar cada vez más la actual práctica basada en una organización sectorial y piramidal por un esquema de conformación y manejo de redes intersectoriales. El problema de fondo es cómo optimizar los recursos limitados disponibles en la sociedad ante demandas crecientes de producción y cobertura, y ello puede lograrse desde el nuevo enfoque del quehacer gerencial mucho mejor con redes de instituciones interrelacionadas, que maximicen la cooperación, la obtención de economías de escalas y la explotación de sinergías.

Se trata de abordar el problema de coordinación intersectorial armando redes donde estén e interactúen el sector público, las ONGs, las comunidades y los apoyos de la sociedad civil, que funcionen como espacios de negociación permanente, donde se procesen los conflictos interinstitucionales e intersectoriales, y la atención se centre en identificar y desarrollar programas de beneficio común sobre problemas específicos de salud en la sociedad, como parte de la política social para el desarrollo humano.

Bajo esta perspectiva, el desarrollo de la capacidad de conducción estratégica y democrática de la participación social se convierte en un reto crítico, para llegar a ser una característica permanente de la función gerencial del organismo rector del sector, mediante la acumulación de conocimientos y de recursos humanos y tecnológicos apropiados que desarrollen el liderazgo político que se deba ejercer en todas las instancias de la gerencia institucional de los ministerios de salud para decidir y actuar con la autonomía suficiente que haga viable la movilización social de voluntades y recursos, el establecimiento de compromisos y acuerdos interinstitucionales e intersectoriales, la asunción de responsabilidades institucionales, la flexibilidad en el manejo de los recursos y la posibilidad de adaptarse a los cambios del entorno.

3.- La Preocupación por la Productividad y la Calidad

La equidad, como principio rector de la reforma sectorial, en las condiciones actuales de injustificables e inaceptables desigualdades en el acceso y las condiciones de salud demanda imprimir cierta dirección al gasto social hacia los beneficiarios seleccionados prioritarios por su postergación para hacerlo más eficiente y socialmente productivo. Los compromisos de combate a la pobreza y de cobertura universal con equidad, en condiciones de escasez de recursos, hacen recomendable en política y gerencia social utilizar y ajustar al máximo los mecanismos de focalización en los problemas y los grupos poblacionales más desprotegidos para asegurar que los programas lleguen efectivamente a los problemas y sectores que prioritariamente se quiere atender. Porque los recursos destinados a la gestión pública de salud siempre resultarán insuficientes frente a la multiplicidad y complejidad de las tareas sectoriales, debe asegurarse que su capacidad resolutive y productividad social sean las óptimas. Cualquiera sea el nivel de gasto público en salud, su productividad social dependerá de la pertinencia (conducción) de su asignación, la eficiencia (administración) de la gestión y la eficacia (impacto) de sus resultados.

Entre las principales responsabilidades de la gestión pública sanitaria necesaria para el desarrollo humano, la democratización, el bienestar social y la equidad, se halla el alcanzar la productividad social óptima del gasto público en salud para el logro de los grandes objetivos nacionales de desarrollo humano y sostenible.

Se requiere una reorientación de fondo en este aspecto. El problema no consiste, y es pertinente reiterarlo, en sólo mejorar el rendimiento cuantitativo del gasto público social; la cuestión de fondo es rediseñar su asignación y gestión bajo criterios cualitativos distintos. La gestión pública de salud debería, entre otros aspectos, diseñar nuevos patrones de distribución de los recursos que maneja, movilizar la capacidad operativa existente y capitalizar las economías de escala derivables de la acción intersectorial, para lograr mejoras del aparato productivo nacional y optimizar la distribución equitativa de sus productos en términos de salud y bienestar individual y colectivo.

La eficiencia y la productividad, antes bases constitutivas del mercado, emergen ahora como referentes propicios para la gerencia sanitaria y se proyectan en el contexto de la reforma sectorial como los fundamentos también de la gestión de las instituciones del sector salud tanto públicas como privadas. Estructuran un nuevo modelo de gestión sanitaria que procura la agregación de las decisiones y las acciones individuales, para convertirlas en decisiones y acciones de una racionalidad colectiva que permitan generar, reproducir y redistribuir los bienes y servicios requeridos para el cuidado de la salud, la estabilidad de las relaciones de solidaridad en la sociedad, el crecimiento e incorporación competitiva en el contexto internacional y el desarrollo nacional humano y sostenible.

Por ello, la gestión de servicios de salud para todos y por todos, foco de la ejecución de políticas públicas sanitarias, no puede ya ser considerada desde una mera preocupación por el rendimiento eficiente en el uso institucional de los recursos para la producción gubernamental; sin consideración de la efectividad de lo producido en términos de bienestar social y desarrollo con equidad.

El concepto de productividad aplicado al sector público de salud debe integrar los conceptos de eficiencia (rendimiento) y efectividad (impacto), y puede ser definida como la eficiencia con que los recursos se transforman en la provisión de servicios de salud con niveles de calidad suficientes para la efectiva consecución de objetivos de desarrollo (medida en el ambiente externo, en términos de respuesta satisfactoria de las necesidades de los ciudadanos/beneficiarios de servicios públicos de salud).

Esta visión privilegia la idea de que la productividad global de la acción sectorial está vinculada directamente a la capacidad de la gerencia pública de salud para responder a los requerimientos de efectividad que se le hagan desde la perspectiva de los usuarios/ciudadanos y, simultáneamente, responder a sus propios planes de eficiencia institucional, en el contexto del proyecto de desarrollo nacional.

La mejora de la eficiencia administrativa y de la efectividad social, que redunden en niveles aceptables de productividad sectorial, son consideradas como prerequisites para la equidad; por lo que debería incluirseles como componentes básicos de toda política pública social y, por ende, considerárselas desafíos críticos de la gerencia pública en salud.

Ligada al requerimiento de productividad social, la cuestión de la calidad de los servicios públicos suscita nuevo interés y adquiere súbita urgencia. Antes, la falta de capacidad de la mayoría de la población para articular sus demandas, la tradicional exclusión de la comunidad en la gestión pública y la actitud paternalista de los gestores estatales hacían que la atención recibida en la práctica por los

servicios públicos de salud respondiera más a los aspectos legales, organizativos y programáticos de los entes estatales prestatarios, que a las necesidades, expectativas y demandas de la población beneficiaria y derechohabiente.

Ahora los procesos de democratización y de transición al predominio de mecanismos de mercado ponen en evidencia la necesidad de analizar las diversas alternativas (públicas y privadas) de prestación y distribución de los servicios, en términos de costo-beneficio, en un marco de tensión entre la restricción fiscal y la ampliación de la cobertura, y de competencia. No es que la realidad de la disponibilidad de recursos haya cambiado bruscamente, pero los factores arriba mencionados hacen que la problemática de la calidad de los servicios públicos se inserte ahora entre las cuestiones centrales a tratar lo relativo a la legitimidad, gobernabilidad y sostenibilidad sectorial en los procesos de reforma.

La calidad de los servicios públicos de salud debería entenderse como uno de los problemas cruciales en el nuevo perfil de las nuevas relaciones entre el ente público -rector, asegurador y proveedor- y la sociedad civil.

Sin embargo, los consumidores de servicios públicos de salud, que constituyen el centro actual de la cuestión de la calidad, no han jugado aún un papel muy activo en el diseño y desarrollo de iniciativas de calidad. La calidad es algo que los profesionales y los administradores han "dado" a los ciudadanos, en vez de ser algo que pudiera ser definida y evaluada por éstos.

Por eso surgen reservas filosóficas y éticas profundas en relación con los enfoques de calidad profesional y administrativa con que se ha venido abordando el tema de la calidad. El modelo profesional está construido sobre una definición técnica de lo que necesitan los consumidores; esto puede degenerar fácilmente en formas de paternalismo, sin importar cuán buenas sean las intenciones. El modelo administrativo parecería apuntar a lo que el consumidor realmente quiere recibir por lo que paga o tiene derecho; en la práctica, sin embargo, esas demandas frecuentemente son interpretadas de una forma indebidamente distorsionadas desde el punto de la oferta. Según esta crítica, ni el enfoque profesional ni el administrativo solos dan en realidad poder al consumidor.

Así como la calidad no puede ser considerada sólo como un atributo "técnico" de productos y servicios ni como una característica de la maquinaria administrativa eficiente, tampoco puede ser vista como un concepto separado de los de productividad y equidad. La calidad de los servicios de salud pertenece a la esfera de la eficacia técnica y de la eficiencia administrativa, y es definida fundamentalmente en términos de productividad social desde la perspectiva de los derechos de los usuarios como ciudadanos.

El prevalente enfoque de libre mercado y competencia interna trata de abordar los problemas de participación del ciudadano en la mejora de la calidad técnica y de satisfacción del usuario mediante el poder de escogencia (de médico, de hospital, de seguro). El ejercer la libre elección es considerado como un mecanismo efectivo para la expresión de soberanía del consumidor; sin embargo, la limitada capacidad de acceso y la escasa diferenciación de la oferta de los servicios hacen estos mecanismos relativamente poco efectivos para asegurar mejoras sostenidas en la calidad de los servicios de salud genuinamente impulsadas por y para los consumidores como garantía expresa de los derechos ciudadanos. Por ello, a fin de poder hacer efectiva esta aspiración, dichos ciudadanos también deben tener una forma de poder participar corresponsablemente en la gestión de un aparato que les pertenece y debe servirles; necesitan buena información, canales regulares de acceso a la toma de decisiones respecto a los servicios públicos, la transparencia total de la actuación de la administración, y mecanismos de hacer valer sus derechos cuando los servicios recibidos no les satisfacen.

4.- La Múltiple Racionalidad de la Gerencia Pública Sanitaria

El objeto de actuación de la gerencia pública sanitaria es una realidad compleja, que involucra componentes, intereses y racionalidades múltiples cuyas relaciones, en algunos casos, son conflictivas. Por una parte, incluye los elementos propios de lo intrínsecamente administrativo; pero al mismo tiempo, al ser la gestión pública un fenómeno eminentemente político, no se agota en la cuestión de la eficiencia productiva; y, a su vez, la producción eficiente y eficaz en cumplimiento de las políticas está cada día más condicionada a los conocimientos técnicos. Adicionalmente, las actuales discusiones sobre las opciones de transformación sectorial han exacerbado los conflictos tradicionales de criterios entre el predominio de lo económico y la preocupación por lo social: la eficiencia económica o la equidad social, con un alto contenido ideológico.

Frente a este requerimiento de multirracionalidad se ha de reconocer que la práctica gerencial en los sistemas de salud de la Región se ha basado con frecuencia en la asunción, de hecho, de las falsas dicotomías entre política y administración, entre política y técnica, y entre técnica y administración. Según esta concepción existiría un campo de "acción política" bien definido, donde se fijarían mediante procesos de esa índole los objetivos y estrategias de acción del aparato público; habría otro totalmente diferenciado, "el administrativo", como instrumento de ejecución de las políticas, carente de todo contenido político; y existiría un tercer ámbito dedicado puramente a los "criterios técnicos" para la formulación y evaluación de las opciones y normas de actuación.

La vida de las organizaciones públicas ha demostrado exceder ampliamente a esa versión simplificadora y dicotómica de la función gerencial. La acción política no finaliza en la esfera de fijación de objetivos; las supuestas unidades de mera ejecución se caracterizan por una activa existencia política; y los técnicos no están exentos de los condicionantes políticos y administrativos. Se impone, por tanto, un enfoque de gerencia pública más integral, que considere y sintetice estos tres tipos de racionalidades: política, técnica y administrativa.

El verdadero desafío que plantea esta racionalidad múltiple, va más allá de reconocer simplemente la existencia de tales racionalidades; implica manejarlas integralmente reconociendo sus interrelaciones y pesos relativos en cada circunstancia, lo que significa colocarse en el campo de la filosofía del discernimiento. Por una parte, se trata de generar eficientemente productos en un contexto de negociación política de costos y beneficios sociales determinado. Al mismo tiempo, se trata de negociación política de modificaciones en la estructura de poder y en la distribución de costo y beneficios sociales, en un contexto de producción organizacional eficiente. Y en medio de estas dos racionalidades, están siempre presentes las consideraciones técnicas, como condicionantes de la eficacia, la calidad, la productividad y la equidad, y con potencial de actuar como catalizador entre las consideraciones políticas y administrativas.

El gerente público de salud tiene que ser capaz de moverse inteligente y estratégicamente en esa complejísima trama *de intereses, posiciones y argumentaciones* que proporciona alta turbulencia a los contextos de su actuación, como son las políticas y los programas sociales y los procesos de reforma sectorial, tratando de construir síntesis de pensamiento y acción con un razonamiento eminentemente ético, celebrando las negociaciones y las coaliciones necesarias para llevar los objetivos sectoriales a buen término.

En conclusión: Los nuevos paradigmas de salud en el desarrollo, de la modernización del Estado, de la reforma sectorial y de la administración pública han redimensionado la gerencia en el sector salud. La trascendencia que se llega a reconocer a los procesos de modernización y reforma reside en su énfasis

en la revisión del poder rector gubernamental y en la conformación de mecanismos que aseguren la participación social efectiva en los momentos trascendentales de la gestión de las políticas públicas para dar respuesta a los diferentes sectores de población que demandan soluciones a los problemas de salud que les afectan. La realización de este enfoque exige una capacidad de gestión en términos de una gerencia pública comprometida con el bienestar de las personas y la ejecución del proyecto nacional de desarrollo, soportada por la capacidad de conducción democrática de procesos sociales además de capacidad para administrar con eficiencia y productividad los recursos y proveer los servicios con calidad. En esa línea de desarrollo de la capacidad gerencial en el sector salud se esfuerzan actualmente los países de la Región de las Américas, como ingrediente de los procesos de reforma del sector salud y de modernización del Estado vigentes en todos ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS: "La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud". Washington, DC., 1997.
2. OPS: "La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial". XL Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC., 1997.
3. OPS/OMS/PNUD: "Marco de Referencia para el Desarrollo de la Capacidad Gerencial en Salud". Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud en Centroamérica y Panamá. PSDCG-T.9. Guatemala, 1988.
4. OPS/OMS/PNUD/PEC: "Marco de Referencia Actualizado para el Desarrollo de la Capacidad Gerencial". Proyecto Subregional de Consolidación e Incremento de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud en Centroamérica. PCICG-T.1. Guatemala, 1995.