

DESARROLLO NORMATIVO DE INSTITUCIONES CONEXAS EN EL AMBITO DE LA SALUD PUBLICA

por
AGUSTIN CISA

INTRODUCCION

En los últimos años se han generado un conjunto de mecanismos legales que facilitan la participación del sector privado y de instituciones no públicas, en el cumplimiento de algunos cometidos del sector público de salud, especialmente los relativos al Ministerio de Salud Pública. Es el caso de algunas disposiciones de la ley de Presupuesto, 16170/90, de la ley 15903 de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal y de otras normas de menor jerarquía (Decretos, Resoluciones Ministeriales, etc).

También más atrás en el tiempo, la creación del Fondo Nacional de Recursos (1979), significó una ampliación del acceso a tecnología médica sofisticada y/o costosa, a través de la operativa del Fondo, una institución pública no estatal, integrada con representantes del sector privado asistencial, y del sector público. Por otro lado, a través de resoluciones ministeriales recientes (1991), se comenzó a regular el ingreso e instalación en el país de tecnología médica de última generación. Como consecuencia de dicha regulación el propio Ministerio de Salud Pública queda habilitado para asociarse, mediante convenio, con instituciones médicas privadas con la finalidad de instalar y utilizar tecnología de alto costo importada por instituciones privadas.

Por otro lado, desde mucho tiempo atrás existen comisiones de apoyo formadas espontáneamente, con la finalidad de colaborar particularmente con los servicios asistenciales del M.S.P. y , eventualmente, de otros servicios públicos en salud. Su número es difícil de determinar dado que se trata de comisiones no institucionalizadas, que en muchos casos se forman para cumplir con una tarea puntual (efectuar alguna obra, incorporar algún aparato, etc) y luego se disuelven.

Por otra parte, el universo de este tipo de instituciones es muy heterogéneo: su duración es variable, los recursos que disponen también, los objetivos son diferentes, y su eficacia dispar. No obstante, históricamente han cumplido un papel importante en sus respectivas comunidades y, en particular,

para los centros asistenciales del Interior del país. Recién en 1990 se les reconoce formalmente y se regula la existencia de estas comisiones, creándose mecanismos de organización y funcionamiento, estableciéndose la posibilidad de que manejen y administren fondos públicos directamente, hecho que en la normativa uruguaya resulta bastante excepcional.

Todo esto constituye un incipiente sector mixto (público/privado) en salud generado en parte a lo largo del tiempo, destinado a cubrir necesidades concretas y, en parte también como producto de disposiciones legales expresas aunque incordinadas.

La inexistencia de un sector mixto consolidado se debe en buena parte al tipo de desarrollo del sector salud en el país. El surgimiento temprano en el siglo pasado del sector privado, el surgimiento más tardío del sector público como subsidiario en términos de cobertura del sector privado, con carácter puramente asistencial y caritativo, produce una separación no solo temporal sino también institucional y de objetivos entre ambos sectores. Las instituciones conexas mencionadas anteriormente vendrían a cubrir ese vacío.

Entendemos por "instituciones conexas" a aquellas que, ya sea en la órbita del M.S.P. o fuera del mismo pero con su participación y/o control, despliegan acciones en el área de salud pública, directa o indirectamente. Como vimos, en las dos últimas décadas dichas instituciones han ido cobrando importancia institucional y, en algunos casos, también han demostrado eficiencia en el cumplimiento de sus cometidos. Parece importante entonces tener en cuenta su accionar a la hora de diseñar políticas públicas eficaces en el área de salud. En lo que sigue se formulará una presentación descriptiva de dichas instituciones, en términos normativos y operativos.

EL SECTOR MIXTO

1. Comisiones de apoyo

Estas Comisiones se forman generalmente con el cometido de apoyar la gestión de centros asistenciales del Ministerio (Hospitales, Centros de Salud, policlínicas, etc), o para colaborar con la realización de alguna obra de infraestructura o la compra e instalación de equipos médicos. Concretamente, algunos de sus cometidos son:

- colaborar con la gestión de la Dirección de la Unidad Ejecutora (hospitales, principalmente) en las áreas de recursos humanos y materiales;
- procurar recursos para la unidad Ejecutora;
- establecer y ejecutar programas culturales para la difusión de normas sanitarias entre la población. (ley 16002).

La formación de estas comisiones depende de la voluntad o interés de la comunidad local o, de la iniciativa de algunos individuos interesados en la gestión o consecución de algún aspecto concreto. En todo caso, la formación, existencia y continuidad de éstas no depende del M.S.P.

De acuerdo a lo previsto por el art. 82 de la ley 16002 y el Decreto reglamentario 178/90 -normas que vienen a formalizar y regular las comisiones de apoyo otorgándoles mayores atribuciones- la participación en este tipo de Comisiones es honoraria, se integran con un mínimo de cinco miembros y un máximo de nueve miembros, que duran tres años en sus funciones, pudiendo ser prorrogados. Los nombres de las personas que las integrarán se conviene entre el Director de la Unidad Ejecutora (el cual es miembro nato de la Comisión) y la comunidad local. Luego, el Director eleva a consideración de la Dirección de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)⁽¹⁾ la integración propuesta para la Comisión, la cual aprueba, rechaza o propone modificaciones a la integración de la misma.

En caso de ser aprobada en su integración, automáticamente la Comisión de Apoyo adquiere personería jurídica, lo cual la habilita para actuar por sí misma y en forma independiente del M.S.P., aunque sujeta a rendición de cuentas y controles por parte del Tribunal de Cuentas. También queda habilitada para recibir transferencias de fondos del M.S.P. con destino a obras o inversiones en la institución de referencia, pudiendo manejar dichos fondos directamente y sujeta a los controles antedichos.

Evidentemente, las normas mencionadas, han potenciado las atribuciones de este tipo de Comisiones de Apoyo. Es temprano aún como para formular una evaluación completa. No obstante, puede decirse que el accionar de las Comisiones autorizadas en los términos legales, es por lo menos desperejo y algunas tienen, por ahora, una existencia puramente formal. Sin embargo, aquellas que efectivamente funcionan han demostrado que el instrumento bien manejado, es muy eficaz en acciones puntuales y apto como para descongestionar el accionar de ASSE. Entre estos casos se encuentran las Comisiones del Hospital Maciel, de los Hospitales de Salto, Paysandú y Rivera, del Instituto de Oncología, etc. En la actualidad, existen autorizadas alrededor de treinta Comisiones y están a la espera de autorización una cantidad similar según información reciente del M.S.P.

Conviene tener presente que la existencia de estas Comisiones formalmente constituidas, no excluye la existencia de comisiones de apoyo espontáneas, ni están obligadas a constituirse formalmente en tales. En todo caso, ambas formas son un importante instrumento de descentralización institucional a través de un proceso de cogestión local. Cualquier intento global de descentralización,

(1) Organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública.

a nivel departamental por ejemplo, debería evaluar en profundidad el accionar de estas comisiones y su potencialidad virtual en términos de acciones eficaces.

2. Comisiones honorarias de ejecución de proyectos de inversión presupuestal

Estas Comisiones -en parte similares a las anteriores aunque con cometidos específicos y a término- fueron creadas en 1990 por la ley de Presupuesto Nacional 16170. La finalidad era dotar al M.S.P. de un instrumento ágil de ejecución de proyectos previstos en el Plan de Inversiones Públicas (PIP). Solamente se crean en la órbita del M.S.P., con el propósito de que actúen con autonomía contable y jurídica y, con la suficiente agilidad como para contratar directamente la ejecución de obras de infraestructura que, en su gran mayoría están destinadas a ASSE.

Los miembros, entre cinco y nueve, son designados por el Poder Ejecutivo a propuesta del M.S.P. Dichos miembros son seleccionados entre personas de la comunidad local si corresponde o, personas idóneas de acuerdo al proyecto a ejecutar (Decreto Reglamentario del 14.3.91). El Ministerio transfiere a estas Comisiones los fondos presupuestales necesarios para llevar a cabo la o las obras expresamente previstas.

En los hechos pueden constituir también un poderoso instrumento de descongestionamiento pensado para dotar de mayor eficacia al gasto de inversiones presupuestales. Lógicamente, igual que las anteriores, están sujetas a controles del Tribunal de Cuentas al término de cada ejercicio y en la medida en que se vayan invirtiendo los fondos.

Actualmente y por el resto del período presupuestal 90/95, se encuentran en funcionamiento cuatro de este tipo de Comisiones. Los proyectos en ejecución bajo este régimen son: construcción de los hospitales de Canelones y Las Piedras, refacción del Instituto de Quemados, ampliación del edificio sede del MSP y, remodelación del Hospital de Pando. Corresponde agregar a éstas, como antecedente próximo de las mismas, la construcción del Hospital de Niños del Pereira Rossell, cuya ejecución está a cargo de una Comisión de Obras de características muy similares a las anteriormente mencionadas, aunque en este caso no se trata de la ejecución de un proyecto presupuestal sino de un préstamo internacional y, sus miembros son rentados pero no funcionarios del M.S.P.

En cuanto a la evaluación de su inserción institucional y del funcionamiento concreto, deben tenerse presente varios aspectos: i) que la ejecución del gasto en el Uruguay es muy lenta, trabada y compleja, lo cual ha enlentecido el accionar de estas Comisiones y, por consiguiente la disponibilidad efectiva

de los recursos en tiempo y forma; ii) hay factores socio-culturales condicionantes que tienen que ver con creencias relativas a los modos y formas de ejecución de dineros públicos. De lo observado hasta el momento se constata que en algunos casos los miembros de estas Comisiones se resisten a ejecutar por sí mismos (estando habilitados para hacerlo) y tienden a solicitar apoyo del Ministerio en la ejecución y, lo cual finalmente los lleva a seguir todo el ritual de compras previsto para el Estado. En muy pocos casos han actuado con la independencia que les permite la ley; iii) es necesario entonces que se brinde mayor información y asesoramiento a los miembros designados de modo que no se produzcan estos enlentecimientos evitables.

No obstante, una evaluación completa recién podrá llevarse a cabo al final del período presupuestal. No cabe duda sin embargo, que el instrumento es por lo menos, potencialmente útil. Depende su alcance en buena medida del manejo futuro de los factores antedichos.

3. Personas publicas no estatales

Los cometidos en materia de salud del Estado y las políticas asociadas a su cumplimiento, se ejecutan también a través de entidades mixtas, compuestas por miembros designados por el sector público -en este caso el M.S.P.- y representantes del sector privado.

Ejemplos típicos de este tipo de institución es la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa (en la actualidad la más antigua, con una larga trayectoria en el país en el área de prevención), la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, de reciente creación (1989) y dotada de recursos importantes provenientes de Rentas Generales, el Fondo Nacional de Recursos, creada en 1979 y la de mayor impacto en el medio en materia de acceso a tecnología médica y ampliación de cobertura.

Concretamente este último se crea con la finalidad de administrar recursos públicos y privados destinados a tratamientos en institutos de medicina altamente especializada (IMAE), para aquellas personas cubiertas por el M.S.P., Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, y por otros servicios públicos de salud y, por otro lado, para los afiliados a las IAMC siempre que la institución integre el sistema público de cobertura para medicina altamente especializada y efectúe los aportes correspondientes al Fondo.

En general, el caso de las personas públicas no estatales es el único donde típicamente confluyen el sector público y el privado en forma expresa. Existe en el país suficiente experiencia como para efectuar una evaluación exhaustiva de estas instituciones, teniendo siempre en cuenta la diversidad de sus cometidos. En todo caso el balance social general del accionar de estas

instituciones es positivo en el área de salud, habiendo logrado importantes avances en materia de prevención y cobertura. Pero tal vez lo más significativo sea el trabajo directo con la comunidad que algunas de estas instituciones han realizado y realizan en la actualidad, como por ejemplo, la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Cualquier evaluación debería tener en cuenta prioritariamente este aspecto.

Probablemente además, la expansión de un sector mixto y las consiguientes descentralizaciones, acompañadas de mayor eficacia, podría depender de la expansión de estas instituciones como instrumento de mayor alcance y flexibilidad. Su ventaja frente a las Comisiones ya referidas radica en la amplitud y permanencia de su accionar, que no se agota en el cumplimiento de acciones concretas y a la disponibilidad de recursos genuinos, permanentes y regulares.

4. Organismos desconcentrados

Son instituciones similares a las anteriores con algunas diferencias de régimen jurídico que, en los hechos, no las diferencian demasiado de las personas públicas no estatales.

Dentro del M.S.P. un ejemplo típico de organismo desconcentrado es la Comisión Nacional Honoraria para la Lucha Contra la Hidatidosis. Esta Comisión funciona directamente en el ámbito del Ministerio, presidida por el Ministro e integrada por representantes de la Facultad de Veterinaria, Facultad de Medicina, un delegado de las Intendencias, delegados de empresarios rurales y delegados de las Comisiones Departamentales de Lucha contra la Hidatidosis.

En cada departamento del país se integra una Comisión Departamental con los mismos fines, sujetas a las directivas de la Comisión Nacional. Generalmente estas instituciones se financian con algún impuesto, tasa o provento proveniente del sector de actividad. En el caso de la Comisión referida, se financia con el producido de un impuesto del 0.2% por kilo de carne de todo animal parasitario y con lo recaudado por concepto de pago de patentes de perro. Además, la Comisión Nacional y las Departamentales, están facultadas para aplicar multas y sanciones administrativas a los infractores, vale decir, a los productores y frigoríficos que no cumplan con las acciones de prevención de la enfermedad que hayan sido dispuestas por las Comisiones.

En resumen, en este tipo de instituciones la participación del sector privado es menor. Sin embargo, las diferencias de los hechos son pocas especialmente en cuanto a eficacia. La vinculación con la comunidad local es más directa en este caso, lo cual no necesariamente asegura un mayor impacto. En suma, la existencia de un sector mixto es posible también a través de estas Comisiones.

EL SECTOR MIXTO Y LA DESCENTRALIZACION

Recientemente, ASSE ha quedado habilitada para ceder el uso y administración de todo o parte de sus servicios a Gobiernos Departamentales y/o a instituciones asistenciales privadas. En el mismo acto (ley 15903) quedó habilitada también para poner en funcionamiento un sistema de medicina familiar, el cual se ha ido desarrollando en la práctica en los últimos cinco años.

De hecho se entiende que estas potestades pueden ser efectivas en orden a lograr mayor eficacia en la prestación de servicios y también, en cuanto a avances en el marco de un proceso descentralizador. No es posible abordar ahora el análisis concreto de un proceso descentralizador ni los alcances de este término. En la práctica además no existen suficientes elementos acumulados que permitan una evaluación consistente, excepto el caso de médicos de familia.⁽²⁾

Lo que si es posible afirmar es que este proceso está estrechamente vinculado a la existencia y profundización de un sector mixto. No sólo por lo que está previsto en el texto legal, sino porque instituciones tales como Comisiones de Apoyo formales también están habilitadas para administrar servicios asistenciales.

Por otra parte, la cesión de servicios a instituciones asistenciales privadas constituye también un paso expreso hacia una estructuración de un sector mixto.

ANALISIS DE ALGUNOS CASOS CONCRETOS

1. Hospitales del interior

En cada cabeza de unidad ejecutora del Interior existe al menos un hospital general, un o varios Centros de Salud y, generalmente varias policlínicas. Los hospitales del Interior -a cuyo frente se encuentra un Director (médico) y un Sub-Director técnico y otro administrativo- son organizaciones bastante compactas, con buena planta física y, en general, un buen nivel de equipamiento. Su estado general, comparado con los establecimientos de Montevideo, es considerado como bueno, con algunas carencias manejables y un buen grado de autonomía financiera. En términos históricos y sociales, esta situación diferencial se debe a los aportes del Estado a través del MSP y, fundamentalmente a la existencia de un mayor apoyo comunitario en el Interior, ya sea directamente -a través de comisiones de apoyo, donaciones, legados, compra directa de equipos, etc- o indirectamente, a través de apoyos políticos

⁽²⁾ V. Dr. Spann, Stephen. "Evaluación del Programa de Medicina Familiar del MSP. Recomendaciones para su mejoramiento." OPS. Montevideo, 1989.

locales a iniciativas de mejoras, presiones ante las autoridades, etc. En el Interior el Hospital fue y sigue siendo una institución "importante", que refleja de distintas maneras la propia imagen de la comunidad local y, por lo tanto, brindarle apoyo es prestigioso y significativo socialmente para la comunidad. Como contrapartida, esto ha redundado en la actualidad en sobre equipamiento o en un equipamiento no planificado según los casos.

En su conjunto, los hospitales del Interior disponen de 3139 camas (aproximadamente el 45% del total), con un 51.2% de ocupación y 7.2 días promedio de estadía. La capacidad ociosa y la duración de la estadía es bastante mayor en el primer caso y bastante menor en el segundo comparadas con las de Montevideo, lo cual de por sí constituye un aspecto a analizar separadamente. Por otro lado, la distribución de equipos no está acompañada del resto de los recursos necesarios. Se cuenta con aparatos que son sub-utilizados o no se utilizan por falta de equipos complementarios y, sobre todo, por falta de recursos humanos en cantidad y calidad. Este último aspecto es una constante en el Interior, excepto en algunos casos excepcionales como Salto, Paysandú, Maldonado⁽³⁾.

A su vez, su autonomía financiera se refiere fundamentalmente a compras. El hospital puede adquirir directamente todo aquello que no exceda el monto autorizado para un ordenador secundario (en este caso, el Director del Hospital) o sea, el doble del monto de la licitación abreviada, excepto en los casos o rubros que ASSE adquiere en partidas mayoristas para todos los hospitales (p.ej. frazadas, algunos medicamentos, etc), aunque las compras generales se han restringido al mínimo.

La estructura del gasto típica de un hospital del Interior es promedialmente la siguiente: entre el 55% y el 65% corresponde a retribuciones personales; entre el 18% y el 20% corresponde a medicamentos; entre el 2% y el 4% corresponde a alimentos y, el resto a rubros menores⁽⁴⁾.

Teniendo en cuenta entonces, la capacidad ociosa, la disponibilidad de recursos materiales, el apoyo no estatal que reciben y la importancia de la propia institución hospitalaria en el Interior, es muy factible pensar en un interés concreto de algunos Gobiernos Departamentales o de las IAMC en administrar directamente y/o a través de Comisiones de Apoyo, los hospitales, tal como está previsto en la ley de creación de ASSE y en la última de Presupuesto.

⁽³⁾ Datos de la División Estadística del MSP. 1989. Más allá de los datos, lo que tiene que ver con capacidad ociosa, constituye un fenómeno observable a simple vista.

⁽⁴⁾ Datos de PRORECO, MSP, 1991.

Las dificultades que puede entrañar una medida de este tipo puede estribar en saber, p.ej, si el traspaso comprende sólo al hospital principal, cabeza de la Unidad Ejecutora, o por el contrario, incluye al resto del área asistencial del Departamento comprendiendo Centros Auxiliares y Policlínicas. Si la Unidad Ejecutora coincide con la jurisdicción de un Departamento, parece razonable que la solución adecuada fuera que el traspaso comprendiera a todas las unidades asistenciales, aunque no parece ser lo ideal del punto de vista de los Gobiernos Departamentales o de las IAMC, dada la complejidad de algunas situaciones locales.

Otro obstáculo podría ser la situación del personal. Los funcionarios del MSP perciben retribuciones menores que los de los Gobiernos Departamentales y los del sector privado. Sin duda el personal del Hospital o de la Unidad Ejecutora, aspiraría a equipararse con aquellos. Sin embargo, la facultad legal habilita para traspasar la "administración y uso" del hospital, no así su personal. Por otro lado, es muy difícil pensar que los Gobiernos Departamentales o las IAMC dispongan de personal propio como para hacerse cargo del hospital y de los recursos suficientes como para cubrir sus retribuciones.

2. Centros de salud y policlínicas

De hecho, ASSE ha comenzado a optar muy recientemente (1992) por un tipo de descentralización más puntual y menos "macro" que el anterior mencionado, suscribiendo convenios con diversas instituciones (IAMC, Comisiones de Apoyo, Intendencias, fundaciones), tendientes a co-administrar sobre todo Policlínicas, como en los casos de Colonia Nicolich (Canelones), Palmitas (Soriano), Florida, etc.

El Centro de Salud es un servicio asistencial de primer nivel de atención programado para cubrir áreas geográficas específicas, con una gran heterogeneidad en cuanto a cobertura y servicios disponibles y, de los cuales se espera una importante interacción con la comunidad local cubierta. Generalmente se ubican en áreas periféricas y carenciadas (especialmente en Montevideo) o en lugares considerados estratégicos (en el Interior, generalmente en las capitales departamentales).

Los Centros de Salud funcionan coordinadamente con un hospital de referencia, al cual derivan todos aquellos casos que no pueden ser cubiertos en el Centro. Por tal motivo, en la ubicación física del Centro es fundamental su proximidad o fácil acceso al hospital. En el caso de Montevideo, los Centros de Salud se vinculan inorgánicamente con los médicos de familia, algunos de los cuales atienden en el propio Centro.

Del punto de vista práctico, una posible transferencia de servicios o co-administración, es mucho más lógico ensayarla con Centros de Salud en Montevideo, ya que se trata de una institución de mucho menor complejidad que un hospital de la capital. En algunos casos es posible pensar en convenios con IAMC de Montevideo a estos fines. No obstante, la complejidad y fragilidad de la cobertura de la población periférica de Montevideo no hace viable en el corto plazo al menos, ningún tipo de transferencia de servicios, ni siquiera policlínicos, sin perjuicio de acciones de coordinación que pueden establecerse entre instituciones diversas.

En el caso del Interior, el Centro de Salud es una réplica menor del Hospital ubicados en su enorme mayoría en la misma ciudad, y si bien sus cometidos son diferentes como ya se dijo, el interés básico en términos de descentralización se dirige al Hospital o Policlínicas. En este último caso existen ciertas diferencias importantes con Montevideo.

En primer lugar, las policlínicas del Interior no son necesariamente parte de una red de prevención y asistencial, coordinada y organizada. Son más bien instituciones de base local, típicamente suburbana o directamente rural, con fuerte apoyo comunitario y de la propia Unidad Ejecutora. Generalmente están bien equipadas en razón de las distancias y del tipo de emergencias que deben cubrir y, en muchos casos son sede de un consultorio de un médico de familia o de un médico rural itinerante.

En localidades de mediano tamaño (pueblos, villas), la policlínica de ASSE suele adquirir una importancia sustancial, por ser el único servicio asistencial en funcionamiento. En unión con alguna comisión de apoyo y/o alguna IAMC departamental que desee ofrecer servicios en la localidad, más la colaboración de la Intendencia, la policlínica local puede verse notoriamente potenciada. Es el caso ya referido de la localidad de Palmitas.

Aparentemente, la estrategia reciente de ASSE se ha apoyado en estas últimas consideraciones. Por otra parte, para iniciar un sector mixto viable y un proceso de descentralización perdurable, parece recomendable comenzar por lo más manejable y menos problemático, tanto del punto de vista administrativo como asistencial, para después, en un segundo momento, ensayar estrategias globales más ambiciosas.

En todo caso, cualquier paso en este sentido requiere análisis, diagnóstico fuerte y evaluación eficiente de las acciones emprendidas.

Por último, corresponde señalar que el Interior ofrece mejores posibilidades que Montevideo en cuanto a posibles relacionamientos con Gobiernos Departamentales y especialmente con el sector privado. En este último caso, teniendo en cuenta el desarrollo tardío del sector privado en el Interior, se hace más fácil y accesible en esa parte del país el relacionamiento con el sector

público, en términos de complementación. Por otra parte, el crecimiento del sector privado en el Interior ha sido tardío pero armónico, sin discontinuidades ni sobredimensionamientos, y apoyándose en la red pública pre-existente.-

CONCLUSIONES

La generación reciente de una serie de mecanismos institucionales que tienden a desconcentrar o descentralizar mediante normas jurídicas algunas competencias centrales en algunos ámbitos del Estado, merecen atención como experiencia operativa que tiende a racionalizar la gestión.

El caso del Ministerio de Salud Pública es uno de los más significativos en este sentido. La potenciación de algunas instituciones conexas al área de la salud pública, la puesta en marcha de otras nuevas, la asociación mediante convenios con otras instituciones públicas o privadas, constituyen medidas innovadoras cuya implementación merece ser tenida en cuenta. Se tornan especialmente relevantes para el análisis cuando se intenta, lograr mayor impacto con las políticas sociales, racionalizar el gasto y optimizar el uso de recursos escasos.

Del análisis de algunas instituciones conexas surge una experiencia interesante, que requiere mayor tiempo de dedicación y consolidación. La capacitación e información de las personas que integran Comisiones de Apoyo es una medida urgente y especial para lograrlo. El ajuste y agilización de los mecanismos de gasto y controles públicos es otro aspecto a considerar como prioritario para lo mismo.

Sin embargo, tal vez lo más significativo y complejo se encuentra en los mecanismos de descentralización que se han ido generando normativamente. Se abre sin duda un espectro muy importante de posibilidades en el ámbito de la salud, que facilitan la asociación con otras instituciones públicas o privadas. En el contexto del país estas posibilidades adquieren una dimensión estratégica: por ellas puede pasar en un futuro inmediato la eficacia de la cobertura del MSP.

Dicha eficacia es vital y está muy ligada a la complementación entre los sectores público y privado en salud -tradicionalmente separados y desvinculados- cuyo accionar coordinado y agilizado a través de instituciones conexas y de medidas descentralizadoras, puede ayudar a brindar una cobertura sostenida y eficaz a escala nacional.

