

Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos

Jorge Ernesto Pérez Lugo

Resumen

Los Sistemas de Salud en algunos países de América Latina experimentan, en la actualidad, importantes reformas dirigidas a elevar la gobernabilidad de los mismos y lograr la eficiencia, eficacia y efectividad de su funcionamiento. En este sentido, la revisión documental permite identificar algunos procesos y experiencias dirigidas a mejorar la calidad de la prestación de los servicios médico-asistenciales y alcanzar la equidad de los sistemas de salud pública en Latinoamérica. Como resultado se evidencian avances positivos en cuanto a la descentralización político-administrativa y participación de la sociedad civil organizada en salud, a la vez que se registra el aumento de los conflictos y de la resistencia al cambio por parte de muchos sectores, lo que complejiza aún más el proceso de reforma y transformación que tanto requieren los sistemas de salud de América Latina.

Palabras clave: Salud, reforma, descentralización, participación, América Latina.

Health Systems in Latin America: Among the Hits and Misses

Abstract

Health systems in some Latin American countries are currently undergoing significant reforms directed toward increasing their governability and achieving efficiency and effectiveness in their operations. In this light, the documentary review herein permits identifying some processes and experiences directed toward improving the quality of medical assistance services

* Doctorante del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales mención Gerencia de la Universidad del Zulia. División de Estudios para Graduados de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Especialista en Gerencia de Recursos Humanos. Sociólogo. Investigador Nivel B del Programa de Estímulo a la Investigación y la Innovación PEII. E-mail: jepelu@hotmail.com

rendered and achieving equity among public health systems in Latin America. Results indicate positive advances in terms of political-administrative decentralization and the participation of organized civil society in health; at the same time, they note an increase in conflicts and in resistance to change by many sectors, making the reform and transformation process that Latin American health systems so sorely require even more complex.

Keywords: Health, reform, decentralization, participation, Latin America.

Introducción

La región latinoamericana se enfrenta, hoy en día, a procesos de cambio y transformaciones sin precedentes, en el marco de la globalización que ha arrojado al mundo en el nuevo milenio. Los sistemas políticos, económicos y sociales de los países de la región, enfrentan grandes desafíos debido a los diferentes reacomodos entre los principales bloques de poder y las nuevas reglas de juego en el escenario económico y político mundial.

En este contexto, destacan estrategias y procesos de reforma y transformación del Estado, para adaptarlo a las nuevas exigencias del entorno y hacerlo más eficiente en los diferentes planos societales donde lleva a cabo sus funciones. Para ello, la descentralización y la participación surgen como dos procesos claves para el enfrentamiento de la crisis que experimenta Latinoamérica, y ambos se han tratado de implantar y desarrollar en los diferentes campos de acción de la administración pública.

Específicamente en el Sector Salud, se aprecia con crudeza la crisis que azota a los países de la región, expresada en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios asistenciales y en el deterioro progresivo de la salud de la población. Entonces, por ser el sector salud a nivel público, uno de los escenarios donde más se patentiza la crisis de gobernabilidad, éste requiere con carácter de urgencia definir una estrategia de gestión para superar la crisis que afronta; y constituye un requisito –para el diseño e implantación de dicha estrategia– el estudio de los Sistemas de Salud latinoamericanos y el análisis de las reformas implantadas en el sector.

En el Artículo se explora el funcionamiento de los Sistemas de Salud¹ en América Latina, en el marco de la implantación y desarrollo de las estrategias de descentralización político-administrativa y participación de la sociedad civil organizada en salud, en la década de los 90 e inicios

1 Entendemos como Sistema de Salud al “conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles” (Manzanilla, 1989: 10).

del nuevo milenio, ya que ambos procesos constituyen mecanismos fundamentales para superar la crisis, considerando que ellas se implantan y ejecutan en medio de grandes esfuerzos y obstáculos a salvar.

El contexto latinoamericano

En América Latina, con respecto al desarrollo de la práctica médica, los resultados de la misma permiten afirmar que ésta se ha adelantado bajo una concepción asistencialista de la salud, dentro de un sistema de administración que funciona con base a deficientes procesos de planificación, organización y control de los recursos asignados al sub-sector público salud, que no está en capacidad de dar respuesta a la complejidad de la relación gobierno-gestión, sobre todo en un sector atravesado por tantos conflictos de poder.

Esta situación, junto a otros problemas, han conducido a la crisis de gobernabilidad que el sector salud experimenta en la actualidad, en América Latina; donde los entes gubernamentales encargados de la gerencia y administración de la salud, han manifestado su incapacidad para solucionar los problemas de funcionamiento interno y satisfacer las demandas de salud de la población.

Se evidencia el colapso de los Sistemas de Salud públicos de la región, tanto por las tendencias negativas de los indicadores de salud, como por los problemas de eficiencia, eficacia, cobertura, accesibilidad y legitimidad que confrontan las instituciones encargadas de la prestación de los servicios médico-asistenciales; manifestándose la pérdida de capacidad para gobernar el sector y dar solución a los innumerables problemas que se presentan hoy en día, y que atentan no sólo contra la salud de la población, sino además contra la estabilidad del sistema político existente en cada uno de los países latinoamericanos.

Se hizo necesario entonces –y a la vez inevitable– emprender procesos de reforma y reestructuración tales como la modernización del aparato público, la descentralización político-administrativa y la participación de la sociedad civil organizada para enfrentar y superar las manifestaciones de la crisis en Latinoamérica, como el derrumbe de las economías, la pérdida de legitimidad de los sistemas políticos, el desempleo, la corrupción y la pobreza, entre los más significativos.

En este contexto, se deben observar y analizar algunos procesos claves de la reforma del Estado en América Latina, tales como la descentralización y la participación, dentro del marco del sector salud y su funcionamiento. Se parte del hecho de que si bien cada país latinoamericano ha experimentado un proceso particular de constitución de su Sistema de Salud a nivel público, en la actualidad la mayoría de ellos se encuentra viviendo una profunda crisis con características similares y para enfrentarla se han implantado procesos de reforma y transformación del Estado.

La concepción de la salud y las políticas públicas en América Latina

Si bien el concepto moderno de salud, que la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, plasmado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), la define en sentido amplio, incorporando el medio físico, así como las condiciones sociales y ambientales que la deterioran, en la práctica las políticas y programas de salud tienen un carácter predominantemente reactivo y curativo. Esto se evidencia en el énfasis dado a los programas médico-asistenciales sobre los de promoción y prevención que se diseñan y ejecutan en el marco de la política pública de salud en los diferentes países de América Latina.

Por ello, los Sistemas de Salud de la región, no se caracterizan por asumir que la salud:

a) No se agota en la ausencia de afecciones y enfermedades, sino que más bien se centra en realidad en la prevención, promoción y protección.

b) Implica la existencia de un estado de bienestar en su más amplio sentido, razón por la cual incluye no sólo lo físico, sino también lo mental y social.

c) Su satisfacción supone un compromiso político que se basa en el principio de la justicia social (Provea, 1996).

Aunado a esta concepción restringida de la salud, los Sistemas de Salud de la mayoría de los países latinoamericanos, han funcionado apoyados en deficientes e inadecuados procesos de planificación, organización y evaluación de los recursos (físicos, humanos y materiales) con que cuentan para operar.

Además se puede considerar que en varios países de Latinoamérica, la aplicación de las políticas sociales en general, y las de salud en particular, se ha caracterizado por una falta de continuidad administrativa; una ausencia de evaluación de los programas y una falta de precisión de los grupos beneficiarios. La gestión pública de salud en muchos de los países latinoamericanos, ha funcionado bajo un sistema de administración, caracterizado por procesos de planificación, organización, dirección y control, donde se pone de manifiesto que existe una inadecuada gerencia de salud, afectada por la resistencia ofrecida por las diferentes fuerzas políticas y sociales que generan conexiones de poder, que hacen imposible que el sistema de salud actúe eficazmente.

Tal situación se constata con el conjunto de resultados insatisfactorios que hoy se observan en el área, entre los que podemos mencionar el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad como resultado de una gama de enfermedades infecto-contagiosas; así como también las generadas por los procesos de contaminación ambiental.

Al respecto, se puede afirmar que el sector salud experimenta, en la actualidad, una profunda crisis que se proyecta en todos los ámbitos y niveles que él involucra; y se evidencia en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico-asistenciales donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención médica, por parte de las comunidades más necesitadas, dada la carencia de los materiales médico-quirúrgicos y el suministro oportuno y regular de los mismos; la recurrente paralización de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, que han ocasionado que muchos de ellos hayan tenido que dejar de funcionar, lo cual va en detrimento de la salud de la población.

Además, hasta ahora los datos aportados sobre la crisis del sector referidos a la información epidemiológica sólo representan una parte del problema, por estar analizados sólo desde la óptica médica, y en algunos casos desde la perspectiva socio-antropológica, pero hoy sabemos que un análisis integral debe incluir los componentes relacionados con la gestión y los problemas de capacidad de gobierno que en ella se generan.

La crisis actual del sector salud es entonces, evidencia y consecuencia de tal situación, lo que permite corroborar –como se indicó– que en el sector salud impera una concepción de la salud de carácter restringido considerando además que algunos Sistemas de Salud pública en América Latina se han caracterizado por ser altamente jerárquicos, burocratizados y medicalizados, los cuales exacerban la práctica de la medicina curativa costosa, de limitados resultados, además de iatrogénica.

En Venezuela, por ejemplo, ya en 1989 la Comisión para la Reforma del Estado COPRE planteaba lo siguiente “el modelo de atención médica implantado en el país se caracteriza por su poca capacidad para impactar positivamente en las condiciones de salud de grandes grupos poblacionales, dada su exagerada propensión al desarrollo de actividades enfáticamente curativas e individuales y el escaso apego a las acciones preventivas y de carácter colectivo. A ello se añade la dispersión y desarticulación institucional que caracteriza al conjunto de instituciones públicas y privadas del sector” (Copre, 1989: 44).

Por otra parte, esta crisis está relacionada con la forma y manera como se han formulado e implantado las políticas y programas asistenciales centralizados que en la generalidad de los casos no han tomado en cuenta las necesidades particulares de cada territorio en materia de salud, saneamiento ambiental y control de los factores de riesgo asociados con los procesos de intensificación de la urbanización y de la industrialización.

Realizando, por tanto, una observación de las situaciones y de los procesos que caracterizan el funcionamiento del sector salud en algunos países de América Latina, en el contexto de la crisis actual, se puede identificar la pérdida de legitimidad y eficacia, elementos que necesariamente deben estar presentes para que las instituciones gubernamentales en general, y en este caso las encargadas de la administración de la salud, funcionen bajo un ambiente de gobernabilidad; entendida ésta

como el conjunto de condiciones que aseguran y facilitan el ejercicio del poder en la sociedad, en el Estado y en la Administración Pública (Alcántara, 1995).

Al respecto, según las principales líneas de análisis desarrollados por las ciencias políticas y sociales, el conjunto de factores explicativos o indicadores que marcan el nivel de capacidad de gobierno está constituido, básicamente por el grado de legitimidad y eficacia con que cuentan las instituciones. Además, se agregan a estas dos variables, la credibilidad, la eficiencia y la efectividad como condicionantes para alcanzar y consolidar la capacidad de gobierno (Alcántara, 1995).

En el caso que nos ocupa, las instituciones gubernamentales, que son las encargadas de prestar los servicios de atención de salud a la población, no gozan hoy en día de niveles aceptables de legitimidad y credibilidad; agudizando el funcionamiento ineficiente, ineficaz e inefectivo de ellas. Como resultado se presenta una situación de ingobernabilidad dentro del sector, manifestada en la incapacidad de los diferentes Sistemas Nacionales de Salud en cada país, para solucionar sus problemas de funcionamiento interno y satisfacer las demandas de salud de la población.

Por otra parte, los procesos que se suceden en los diferentes ámbitos del espacio societal, y por ende en el sector salud; a propósito del proceso global de reforma del Estado latinoamericano, como lo son la descentralización y la participación, introducen nuevos elementos al proceso de crisis de la capacidad de gobierno que actualmente se experimenta en la región, debido a que en los actuales momentos no concurre ese conjunto de condiciones favorables requeridas para su acción de gobierno.

La descentralización y la participación en salud en América Latina

A nivel teórico se entiende por descentralizar “aumentar el poder de la autonomía de decisión y control de los recursos, las responsabilidades y las competencias de las colectividades locales, en detrimento de los órganos del Estado central” (Preteceille, 1987), para flexibilizar los mecanismos existentes y crear otros que permitirían alterar el flujo de poder.

En Venezuela, la COPRE establece que “la Descentralización debe ser entendida, básicamente, como un proceso político con expresión territorial e institucional. Significa una redistribución territorial del poder...remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, y ser un poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia” (COPRE, 1988: 60).

Con respecto a la descentralización, se tiene que tanto en los aspectos de proceso político, como jurídico, administrativo y técnico de transferencia, en cuanto al uso y distribución del poder, se introduce una variante de primer orden vinculada al comportamiento político de los actores dentro de las instituciones del Estado, relacionada con el cambio de actitud mental que involucra el hecho de compartir la toma de decisio-

nes, requisito necesario para el avance de la gestión de salud. Queda entendido que la descentralización requiere de una fuerte voluntad política para llevarla hasta el nivel local.

Por su parte, la participación como proceso implica y combina un conjunto de elementos que condicionan y afectan el desarrollo del proceso democrático. Debe darse de manera horizontal y no vertical, donde gobierno-comunidad trabajen conjuntamente y se retroalimenten. Está vinculada al amplio proceso decisorio que se registra en todas las instancias político-administrativas en donde se diseñan, formulan y ejecutan las políticas; y al control que sobre los recursos, los sujetos, los grupos y los actores sociopolíticos puedan alcanzar.

En este sentido, la Participación Social constituye un fenómeno complejo en el cual intervienen factores de índole psico-social, cultural, política, religiosa, etc. Comprende, en su sentido más general, una disposición a la integración en el colectivo, para mantener, reajustar o cambiar la sociedad. Es un proceso determinado por las relaciones de tipo social; por la producción, distribución y usufructo de los valores de tipo cultural y por las relaciones con el poder dado los intereses conectados con las necesidades y expectativas que los individuos tengan en el plano social y político. Se registra en un contexto y momento específico que forman parte de un entramado societal conformado por valores políticos, ideológicos, identidades culturales, modos y maneras de ser y de comprender con relación a una particular inserción de los individuos en el tejido social, dado su proceso de socialización específico.

La participación social es de vital importancia porque de ella depende la formación, mantenimiento o alteración de los procesos sociales; puesto que su registro implica un comportamiento estratégico en cuanto a la conducta de los grupos humanos en la sociedad, en el sentido de favorecer el ordenamiento o reordenamiento de ésta cuando se articula con la participación política en términos de la distribución y usos del poder.

Aunado a esto, la democratización se apoyaría en el complejo institucional del Estado, que debe estimular diversos géneros y formas de asociación, de manera tal que se puedan articular los derechos del individuo con la posibilidad de realización de los mismos. Esto, pasa por entender que la sociedad civil es una modalidad social que se expresa por medio de individuos, grupos y movimientos sociales, para concebir, mostrar e instrumentar aspiraciones, sin tener que enfrentar otra oposición que la nacida de ese ejercicio en el marco social global.

Por tanto, los procesos de descentralización, participación y democratización dentro del sector salud, son considerados fundamentales para lograr elevar el nivel de vida y de salud de la población. Se considera que hoy en día, la Participación Social en Salud, es uno de los desafíos más importantes en la gestión pública de salud en América Latina, por los efectos de la crisis que se sucede en la región, que requiere de la incorporación de modelos de gestión en salud que no solamente busquen liberar al Estado del compromiso y la responsabilidad de atender las necesi-

dades de salud de la población –como es el caso de las políticas de ajuste y apertura que plantea el neoliberalismo– sino que estén dirigidos a la democratización de los procesos de gestión que persiguen la participación social a todos los niveles en dichos procesos.

Hay que considerar además que los procesos políticos señalados (como son la descentralización y la participación) introducen, en el sector salud, nuevos elementos y actores que condicionan la gobernabilidad que tienen los sistemas de salud, debido a las fuertes tensiones políticas generadas por dichos procesos de reforma y modernización del aparato público, las constantes y simultáneas demandas que plantean los gremios, inadecuados estilos de gerencia e insuficiente desarrollo de una cultura de gestión, y la ausencia de un efectivo liderazgo organizacional.

En este contexto, la descentralización emerge no sólo como una condición para profundizar la democratización y como parte de una estrategia para enfrentar la crisis económica, sino como la forma de organización más adecuada para implantar y desarrollar un nuevo paradigma que se apoye en la complementariedad entre los sectores social, público y privado (Finot, 2001).

Se considera que el proceso descentralizador contribuirá a elevar la eficiencia, eficacia y efectividad de la administración pública de salud y a minimizar las profundas disparidades existentes debido, entre otras razones, al aumento de la pobreza, la inadecuada administración de los recursos y a la ingobernabilidad de los Sistemas de Salud públicos latinoamericanos.

En lo que se refiere al funcionamiento de tales sistemas “se puede observar una doble tendencia: por un lado a unificar los servicios públicos y colectivos dentro de un mismo sistema y, por otro, a transferir competencias a las autonomías subnacionales. Los casos más antiguos de unificación del sistema de salud serían Chile y Costa Rica, luego lo hizo Brasil (coincidentemente con la Constitución de 1988) y actualmente avanzan en una dirección similar Colombia y Argentina” (Finot, 2001: 95).

Tales procesos de reforma se implantaron con muchas dificultades en algunos países de la región, como por ejemplo en México donde si bien el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud se firmó en agosto de 1996, no fue hasta 1998 que se registro en estricto sentido el primer año de la descentralización de los servicios de salud, como “una estrategia adecuada y consistente para fortalecer el federalismo, para acercar los servicios a la población directamente afectada; para lograr una mayor eficiencia en la prestación de los mismos; para promover mayor equidad en el ámbito nacional” (Ruiz, 1999: 143-144).

Vale destacar al respecto que “en el marco de la Ley General de Salud (LGS), el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta y los Convenios de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, se concluyó, en diciembre

de 1997, la creación de 32 organismos públicos descentralizados, uno en cada una de las entidades federativas” (Dávila y Guijarro, 2000: 44).

Sin embargo, en esos primeros años prevalecieron los criterios técnico-administrativos de la descentralización sobre la necesidad de reducir los desequilibrios regionales, por lo que la evaluación de esta primera etapa en México evidencia una creciente desigualdad, siendo las áreas de menores recursos las peor atendidas con carencia de infraestructura, materiales, suministros y personal capacitado (Muñoz, 1999).

Similar comienzo se observa en Perú, pues si bien para 1995 se retoma la necesidad de sistematizar y formalizar las nuevas políticas de salud, los documentos de carácter jurídico de la reforma recién aparecieron en 1997, un año y medio después, teniendo dos ejes fundamentales su contenido: la modernización del subsector público y el establecimiento de un nuevo sistema de seguridad social (Arroyo, 2000).

En el caso de Brasil, con la democratización en los años 80, por primera vez fue posible discutir la introducción de transformaciones en el sector salud, diseñando una reforma sanitaria consustanciada con su Sistema Único de Salud (SUS), cuyas características de heterogeneidad, desarticulación e inequidad serían muy difíciles de superar (Labra, 2000). Según Rocha da Costa (2002: 49) la década del 90 fue marcada por el debate en torno a la reforma del Estado en Brasil, teniendo como plano de fondo el contexto de la globalización financiera de la economía y una profunda crisis fiscal, y el caso del sector de salud pública fue un factor relevante para la agenda de reformas por el legado institucional dejado por la Constitución Federal de 1988, que determinó la institución del Sistema Único de Salud (SUS).

De acuerdo al autor en referencia, las políticas orientadas para la descentralización en el área de salud en Brasil comprenden tres fases distintas: la primera iniciativa que acontece al final del régimen militar en un contexto marcado por la recesión de la economía; la segunda que se remonta a la nueva República, durante el período de funcionamiento del Congreso Constituyente; y la tercera fase de políticas orientadas para la descentralización definida en los artículos 196 a 200 de la Constitución, que establecen la creación del SUS (Rocha da Costa, 2002).

En el caso de Chile, las reformas iniciadas a finales de los 70 y comienzos de los 80 cambiaron la estructura y funcionamiento del sector salud chileno, con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); además de la descentralización y municipalización de la atención primaria (Titelman, 2000: 11). Sin embargo, “la *neodemocracia* encontró un sistema de salud totalmente descoordinado, con el sector público incapacitado para dar abasto a la demanda y con un sector privado poco importante pero muy poderoso y bastante desregulado” (Labra, 2000: 272). De acuerdo a Titelman (2000: 29) la actual estructura del sector salud tiende a producir inequidades en el acceso y calidad de los servicios así como problemas de eficiencia y gestión de los re-

cursos tanto a nivel público como privado. En este sentido, uno de los principales desafíos del sistema chileno es el de transformar la mezcla pública-privada vigente. Para ello deben reestructurarse tanto los esquemas de financiamiento como de provisión de servicios de salud.

Paraguay en cambio, presenta una situación más alentadora, ya que desde la presentación del anteproyecto de la Ley 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud, las gobernaciones y municipalidades, han conformado Consejos Regionales y Locales de Salud, que constituyen la primera expresión formal de participación social en la administración de la atención a la salud pública y uno de los paradigmas en la historia nacional en términos de la promoción de la democracia y fortalecimiento de los niveles locales. Cabe destacar además, que el 17 de febrero de 1998 se promulga el Decreto 19966 que reglamenta la descentralización y la participación social en el sector salud, constituyendo él una revolución en términos de descentralización y promoción del protagonismo de la sociedad civil (Rojas, 2000: 283).

En Venezuela, en particular, la crisis económica da origen a las políticas de ajuste implantadas en los años 90-92, lo que contribuye a agravar la crisis del sector salud, que se evidencia tanto por las tendencias negativas de los indicadores de salud, como por los problemas de eficiencia, eficacia, cobertura, accesibilidad y legitimidad que han confrontado las instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales en las dos últimas décadas.

Se inicia un proceso de reforma y modernización del Estado con el objeto de implantar nuevas formas de organización y gestión de la administración pública para la superación de la crisis en el país, siendo el sector salud, objeto de reformas y modernización, destacando la implantación del proceso de descentralización, ya que buena parte de los problemas del sector salud se han relacionado con el modelo de gestión centralizado, y la promoción de la participación en salud como estrategias para enfrentar los problemas asociados a las influencias políticas, gremiales, falta de mecanismos de control, de suministros y recursos, entre otros.

Se observan así, en la actualidad, algunos modelos de gestión como los Sistemas Locales de Salud (SILOS), las Microempresas de Servicios de Salud, las Fundaciones, y los Servicios Autónomos, entre otros, los cuales constituyen experiencias concretas dirigidas a mejorar la calidad de gestión de los servicios de salud, en el marco de los procesos de descentralización, participación y democratización de la salud en Venezuela, destacándose la aparición de nuevos actores y la redefinición de los espacios público-privado.

Precisamente, con referencia al debate de lo público y lo privado en salud, se considera entonces, que en "el marco de las diversas combinaciones públicas privadas, los hoy llamados cuasimercados tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y

una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño” (Sojo, 2000: 9).

Al respecto, la reforma colombiana busca lograr la cobertura universal de la prestación de servicios, unificando el régimen de beneficios y obligaciones en salud. En un marco de descentralización del gasto, se ha implantado una competencia regulada entre aseguradores y prestadores en un sistema de seguridad social solidario (Sojo, 2000: 31). En 1993 Colombia introdujo una reforma radical al existente sistema de seguridad social en salud con la sanción de la Ley 100 mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las metas principales de esta reforma fueron la cobertura universal y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y con el fin de lograrse los objetivos se diseñaron tres estrategias: introducir la competencia entre aseguradores para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos; introducir la competencia entre prestadores de los servicios; y regular la competencia (Castaño et al., 2001: 8-9).

En Argentina, por otra parte, se impulsa la autogestión hospitalaria mediante el Decreto 578-93, para elevar la eficiencia, con importantes retos dados por un contexto de sobre-dimensionamiento de las estructuras hospitalarias, de existencia de subsidios cruzados hacia las obras sociales, de sistemas de referencia y contrarreferencia inadecuados y de arraigadas prácticas tradicionales de gestión (Sojo, 2000: 39). Al respecto, Tafani (1997: 91) plantea que el sector público está “privatizado de hecho. Hay una captura prestacional que debería ser neutralizada por una política que estaticó al público y haga estrictamente privado al sector privado...El sector público debe ser redimensionado. Ajustarse a la restricción presupuestaria, cerrar áreas que no tienen razón de ser, explicitar los subsidios que merece y en definitiva actuar con una lógica que no es la comercial. Una vez que se haya evitado la desorganización organizada que lo caracteriza, entonces se debe gestionar en forma eficiente”.

En cambio, una experiencia positiva la constituye el caso de Costa Rica, país que ha logrado una efectiva cobertura universal en salud de la población, mediante un sistema de salud público solidario que ambiciona mejorar la eficiencia y eficacia de las instituciones públicas que prestan servicios de salud (Sojo, 2000: 43).

En cambio, la situación de la salud de la población en El Salvador, es bastante desoladora por el alarmante deterioro de su sistema de salud y las consecuencias fatales para la población más vulnerable de ese país, pues si bien se han elaborado planes y políticas en el sector, éstas han sido reactivas, desacertadas e insuficientes. Las últimas epidemias de dengue registradas en El Salvador, así lo evidencian y cuestionan la eficacia de todos esos planes. Al analizar el estado del Sistema de Salud, se constata que no existen los recursos humanos adecuados para resolver los problemas más comunes, además del énfasis puesto en prácticas de diagnóstico y curación costosas, así como el bajo nivel educativo en salud (Selva, 2000: 573).

En el sector público el proceso de toma de decisiones está influenciado por el partidismo político y los intereses económicos de los actores poderosos inmersos en el sector salud. Igual en el sector privado, donde además, prevalece el criterio de la ganancia, donde se tienden a constituir oligopolios y a practicar la corrupción. Es dentro de este contexto donde el gobierno salvadoreño y el sector privado piensan en la privatización como la solución definitiva (Editorial, 2000: 808/812).

Por tanto, el estudio de la situación actual de los Sistemas de Salud Latinoamericanos permite evidenciar que se experimentan significativas transformaciones, pero el alcance o no de los objetivos no se cristalizará en el corto plazo ya que las estrategias implantadas requieren de muchos recursos, voluntad política y tiempo para ser digeridas, asimiladas y consolidadas en beneficio de la salud de la población latinoamericana.

Consideraciones finales

Todo lo expuesto, nos permite afirmar que se han registrado en América Latina, importantes y trascendentales procesos y experiencias dirigidas a mejorar la eficiencia, calidad y equidad de los Sistemas públicos de Salud en la región.

En Latinoamérica se evidencian avances positivos en cuanto a la descentralización y participación en salud, pues en muchos países ambas estrategias se han logrado implantar y actualmente se registran cambios significativos en cuanto a la administración y gerencia de los servicios de salud.

La implantación de la descentralización y la participación en salud, en América Latina es considerada muy positiva en función de mejorar el funcionamiento de los Sistemas de Salud en la región. Si bien tales procesos enfrentan muchos obstáculos de diversa índole para su puesta en marcha y desarrollo, es difícil pensar que después que en una realidad se desatan las fuerzas de algunas estrategias que estimulan la participación y la descentralización –independientemente de la fortaleza de su anclaje político– se les pueda imprimir otra dirección que anule totalmente la marcha de estos procesos.

Por supuesto, la descentralización y la participación, en tanto procesos políticos, inevitablemente generan el aumento de los conflictos y de la resistencia al cambio por parte de muchos actores presentes en el sector salud, lo que complejiza aún más el proceso de reforma y transformación que tanto requieren los Sistemas de Salud de América Latina.

En este contexto, el mejoramiento del funcionamiento de tales sistemas, que experimentan significativas transformaciones en la actualidad, debe ser observado con atención pues el éxito o fracaso de los esfuerzos orientados en esta dirección sólo se podrá reconocer a mediano y largo plazo si las estrategias implantadas logran profundizarse y consolidarse de manera definitiva.

Además, la observación de los diferentes escenarios que muestran la situación en que se encuentran los Sistemas de Salud latinoamericanos, nos lleva a formularnos una serie de interrogantes tales como: ¿qué hacer para solucionar tantos problemas que enfrentan los Sistemas de Salud en América Latina?; ¿hacia dónde se deben orientar las políticas y los programas de salud de la región?; ¿qué estrategias permitirán a los diferentes gobiernos elevar su gobernabilidad sobre los Sistemas de Salud?

Cada país latinoamericano deberá dar una respuesta particular a cada una de estas preguntas y buscar la solución a sus problemas en el Estado y en la sociedad civil que se están perfilando, impactados ambos por toda una serie de reformas y transformaciones que si bien afectan el funcionamiento de la sociedad en general, se expresan y evidencian con crudeza en un sector tan importante y vulnerable como lo es el de la salud.

Habrà que esperar y confiar en que se registre un verdadero proceso de transformación del Estado para elevar su capacidad de acción y una genuina y adecuada intervención de la sociedad civil que garantice el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población.

Referencias bibliográficas

- Alcántara Sáez, Manuel (1995). **Gobernabilidad, Crisis y Cambio. Elementos para el estudio de la gobernabilidad de los sistemas políticos en épocas de crisis y cambio.** Fondo de Cultura Económica. México.
- Arroyo, Juan (2000). "La reforma del sector salud en el Perú 1990-98. En busca de nuevos modelos de políticas sociales". En **Revista de Ciencias Sociales**. Vol. VI N° 2. Mayo-Agosto 2000. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- Castaño, Ramón; Arbelaez, José; Giedion, Ursula y Morales, Luis (2001). **Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud.** Serie Financiamiento del Desarrollo N° 108. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Mayo de 2001.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) (1998). Documento Una nueva gestión pública para América Latina.
- COPRE (1988). **La reforma del Estado.** Proyecto de Reforma Integral del Estado. Volumen I. Caracas, Venezuela.
- Copre (1989). **Una Política Social para la Reafirmación de la Democracia.** Editorial Arte. Caracas, Venezuela. Volumen 8.
- Dávila, Enrique y Guijarro, Maite (2000). **Evolución y reforma del sistema de salud en México.** Serie Financiamiento del Desarrollo N° 91. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Enero.
- Eca (2000). "Editorial La salud de la pobreza y la pobreza de la salud". **Revista ECA.** Estudios Centroamericanos. 623 Septiembre. Año LV. Univer-

- sidad Centroamericana “José Simeón Cañas” San Salvador, El Salvador.
- Finot, Ivan (2001). “Descentralización en América Latina: teoría y práctica”. CEPAL - **Serie Gestión Pública** N° 12. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Santiago de Chile.
- Labra, María Eliana (2000). “Las políticas de salud en Chile y Brasil. Apuntes para una comparación”. En **Revista de Ciencias Sociales**. Vol. VI N° 2. mayo-agosto. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- Manzanilla, Luis (1989). “Un Sistema Nacional de Salud”. En **Salud para todos...en Venezuela**. Volumen I. Fundación Fondo Editorial Acta Científica Venezolana. Caracas, Venezuela.
- Muñoz, Víctor (1999). “En busca de mayor justicia social: la descentralización de los servicios de salud y educación en México”. **Revista Mexicana de Sociología**. Vol. 61 N° 4. Octubre-Diciembre. México.
- Preteceille, 1987, citado por Mattos, Carlos (1990). “Descentralización: Una nueva panacea para impulsar el desarrollo local?” en **Revista Estudios de Madrid**. No. 3. Marzo.
- Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA) (1996). **La salud como derecho**. Marco legal, nacional e internacional del derecho humano a la salud. Primera Edición. Caracas, Venezuela.
- Rocha Da Costa, Ricardo (2002). “Descentralização, financiamento e regulação: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990”. **Revista de Sociologia e Política** N° 18. Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Paraná.
- Rojas, María (2000). “Participación civil en el proceso de descentralización del sector salud pública en Paraguay”. En **Revista de Ciencias Sociales**. Vol. VI N° 2. Mayo-Agosto. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- Ruiz, Efraín (1999). “Actualidad y prospectiva de la descentralización de los servicios de salud pública en el Estado de México”. **Revista IAPEM**. N° 42. Abril-Junio. Toluca. México.
- Selva Sutter, Ernesto (2000). “Al oído de aquellos interesados en la reforma en salud”. En **ECA**. Revista de Estudios Centroamericanos. 619-620 Mayo-Junio. Año LV. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” San Salvador, El Salvador.
- Sojo, Ana (2000). “Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica”. CEPAL - **Serie Políticas Sociales** N° 39. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile.

- Tafari, Roberto (1997). "Reforma al sector salud en Argentina". **Serie Financiamiento del Desarrollo** N° 53. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Julio de 1997.
- Titelman, Daniel (2000). "Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes". **Serie Financiamiento del Desarrollo** N° 104. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Septiembre.