

**VI Encuentro Internacional de Economistas sobre
Globalización y Problemas del Desarrollo.
La Habana, Cuba.
9 al 13 de Febrero de 2004**

Bloque Temático IV

**Título de la Ponencia
Estrategias locales, regionales y globales para el desarrollo
de los Sistemas de Salud en América Latina**

Resumen

El análisis de la implantación y consolidación de los Sistemas de Salud en algunos países de América Latina, permite la identificación de estrategias de carácter local, regional y global diseñadas y aplicadas para mejorar el funcionamiento de dichos sistemas, con el propósito de elevar la calidad de vida de la población. Sin embargo, la crisis política, económica y social que se ha registrado y agudizado en latinoamérica, en las últimas décadas, ha mermado el éxito e incluso propiciado el fracaso de algunas de estas estrategias. Al respecto, en la presente ponencia se exploran algunas estrategias implantadas en el sector salud, en el contexto de la crisis, visualizando su relación con el desarrollo. Se finaliza con la propuesta de un conjunto de consideraciones a atender para viabilizar la consolidación de las experiencias exitosas.

Datos del Autor

Sociólogo Jorge Ernesto Pérez Lugo
Candidato a Magister Scientiarum en Administración del Sector Salud
Asistente Administrativo de la Revista de Ciencias Sociales
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Universidad del Zulia
E-mail: jepelu@hotmail.com

Estrategias locales, regionales y globales para el desarrollo de los Sistemas de Salud en América Latina

Jorge Ernesto Pérez Lugo

Resumen

El análisis de la implantación y consolidación de los Sistemas de Salud en algunos países de América Latina, permite la identificación de estrategias de carácter local, regional y global diseñadas y aplicadas para mejorar el funcionamiento de dichos sistemas, con el propósito de elevar la calidad de vida de la población. Sin embargo, la crisis política, económica y social que se ha registrado y agudizado en latinoamérica, en las últimas décadas, ha mermado el éxito e incluso propiciado el fracaso de algunas de estas estrategias. Al respecto, en la presente ponencia se exploran algunos modelos de gestión implantados en el sector salud, en el contexto de la crisis, visualizando su relación con el desarrollo. Se finaliza con la propuesta de un conjunto de consideraciones a atender para viabilizar la consolidación de las experiencias exitosas.

Palabras clave: Salud, reforma, modelos de gestión, descentralización, participación, América Latina.

Introducción

Se puede considerar que, en la actualidad, uno de los principales retos que enfrentan los gobiernos en el mundo es el incremento y mejoramiento de la capacidad para gobernar, en el marco de los procesos de globalización, modernización y canalización del desarrollo sustentable, sobre todo en los países de América Latina.

En este sentido, la región latinoamericana experimenta, hoy en día, procesos de cambio y transformaciones sin precedentes, en el marco de la globalización que ha arropado al mundo en el nuevo milenio. Es un contexto donde 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 político y económico 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 sociales 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 principalmente, en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios asistenciales y en el deterioro progresivo de la salud de la población.

En este sentido, en la presente Ponencia se explora el funcionamiento de los Sistemas de Salud¹ en América Latina, en el marco de la implantación y desarrollo de las estrategias de carácter local, regional y global diseñadas y aplicadas para mejorar el funcionamiento de dichos sistemas, con el propósito de elevar la calidad de vida de la población, en la década de los 90 y comienzos del nuevo milenio, considerando que ellas se implantan y ejecutan en medio de grandes esfuerzos y obstáculos a salvar.

Se evidencia, en este contexto, el colapso de los Sistemas de Salud 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.

1.- Algunas consideraciones generales

1.1.- El contexto latinoamericano

Los países de América Latina, en general, experimentan en la actualidad importantes y significativos procesos tendientes a modificar sus estructuras en el plano político, económico, social y cultural, entre otros. Tales procesos como la reforma del Estado y de la administración pública, se implantan básicamente con el objetivo de enfrentar y superar la crisis que se registra en cada uno de ellos desde la década pasada, que si bien tuvo en su mayoría un origen económico, se proyectó al plano político e impacto en todos los órdenes societales.

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).

Hay que considerar en este sentido, que durante varias décadas el Estado de Bienestar implantado en algunos de los países de la región, fundamentado en un modelo desarrollista, permitió la formulación y ejecución de un conjunto de políticas sociales para satisfacer las demandas de la población, pero en la década de los 70 y los 80 los problemas generados por la inflación, la deuda externa y las políticas económicas desacertadas –de un lado- además de aquellos causados por la inadecuada administración, la corrupción y el despilfarro –del otro- conllevaron a un contexto general caracterizado por una crisis económica que se tradujo a su vez en crisis de legitimidad de los sistemas políticos y de la propia democracia.

Así, la nueva realidad caracterizada por la escasez de recursos para motorizar el desarrollo, ha mermado sustancialmente la capacidad de los gobiernos para funcionar en un clima de estabilidad política y económica, a la vez de dar respuesta a las múltiples demandas que emergen de la sociedad civil. Esto conllevó a que en algunos países la acción ejecutada mediante las políticas públicas se limitara en su concepción universalista, para focalizar su impacto sobre los grupos más vulnerables y excluidos de la sociedad, y la pobreza se convirtió en el principal problema a enfrentar.

Además, los diferentes países latinoamericanos, están buscando adaptarse al entorno que ha venido perfilando la globalización económica, como fenómeno espacial que intensifica las relaciones sociales en todo el mundo, enlazando localidades-, como proceso histórico –de cambio en el tiempo- y como unificadora de los órdenes sociales.

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 el sector salud, se ha registrado entonces la presencia de varios modelos organizativos; una inadecuada administración de los recursos institucionales; un proceso lento y poco participativo para adelantar las negociaciones y la toma de decisiones; déficit presupuestario; falta de continuidad administrativa; además de la existencia de una enérgica resistencia al cambio y fuertes tensiones generadas por los conflictos entre las diferentes instancias de poder que están presentes en cada uno de los sistemas de salud latinoamericanos.

Ante este contexto, se registra entonces un proceso de reforma y modernización dentro del sector salud, cuyas estrategias fundamentales las constituyen los Sistemas Locales de Salud, los Municipios Saludables, las Fundaciones, Microempresas y Cooperativas de Salud, en el marco de la descentralización, la participación y la democratización de la salud, ante la imperante necesidad de desarrollar e implantar modelos alternativos de gestión que generen los resultados requeridos en las instituciones médico-asistenciales, para evitar el colapso del sistema, el cual se proyecta a otros espacios de la vida societal con efectos devastadores en todos los órdenes.

Vale destacar, que la implantación de los diferentes modelos de gestión, ha estado determinada en gran medida por la concepción de la salud y los procesos de descentralización y participación que se han registrado en la región latinoamericana.

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

Si bien el concepto moderno de salud, plasmado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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 hallan 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 hay sabemos que un análisis integral debe incluir los componentes relacionados con la gestión y los problemas de gobernabilidad 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 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 y iatrogénica.

Aunado a ello, 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 (Alcántara, 1995), en el Estado y en la Administración Pública.

1.3.- Descentralización y Participación en Salud en América Latina

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 gobernabilidad 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, pues 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 sentido, 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

necesidades 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.

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 latinoamericanos.

2.- Funcionamiento de los Sistemas de Salud en América Latina

En lo que se refiere al funcionamiento de los sistemas de salud latinoamericanos, “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 (coincidentalmente con la Constitución de 1988) y actualmente avanzan en una dirección similar Colombia y Argentina” (Finot, 2001, p. 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, p. 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, p. 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, p. 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 Unico 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, p. 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, p. 272). De acuerdo a Titelman (2000, p. 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 recursos 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, p. 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.

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, p. 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, p. 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, p. 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 sobredimensionamiento 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, p. 39). Al respecto, Tafani (1997, p. 91) plantea que el sector público está “privatizado de hecho. Hay una captura prestacional que debería ser neutralizada por una política que estatice lo 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, p. 43).

En contraste, se observa la situación de la salud de la población en El Salvador, que 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 caras, así como el bajo nivel educativo en salud (Selva, 2000, p. 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 (ECA, 2000, p. 808/812).

Se observan así, en la actualidad, algunos modelos de gestión como los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los Municipios Saludables, las Microempresas de Servicios de Salud, las Fundaciones, y los Servicios Autónomos, las Cooperativas, 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 América Latina, destacándose la aparición de nuevos actores y la redefinición de los espacios público-privado.

3.- Modelos de Gestión y Estrategias Locales, Regionales y Globales para el desarrollo de los Sistemas de Salud en América Latina

3.1.- Los Sistemas Locales de Salud (SILOS)

El modelo de gestión denominado Sistemas Locales de Salud (SILOS), está considerado - en teoría- como la táctica operacional para la aplicación de los principios básicos de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en los países de América Latina, tal como es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde la década de los 80.

La adopción de este modelo conlleva impulsar una descentralización racional de las acciones y programas de salud; lograr la participación comunitaria efectiva con miras a generar un compromiso compartido entre el individuo, la comunidad y el Estado con respecto a la salud; y conquistar la democratización que implica una acción decisiva en el proceso de toma de decisión en las políticas de salud, por parte de los actores sociales.

Todo este complejo proceso, requiere de un contexto nacional-regional-local cuyas características económicas, sociales, culturales y sobre todo, políticas, estén permeadas por la necesidad, el debate y la demanda política de la descentralización, la participación y la democratización. Con respecto al sector salud, este se presenta como uno de esos espacios concretos donde se debe expresar el proceso descentralizador a escala regional y local; convirtiéndose estas instancias de gobierno en facilitadoras de las condiciones necesarias para que se exprese la capacidad transformadora de la gente (SISO,1995:166), favorecida por esos procesos políticos que se han venido concretando en los países latinoamericanos.

Los SILOS, son definidos como el conjunto de recursos de salud, interrelacionados y organizados con criterio geográfico-poblacional; ideado con base a las necesidades y demandas de la población, definidas en términos de daños y riesgos; entendiendo que el saneamiento ambiental, la prevención y la atención son responsabilidades compartidas entre los grupos y actores sociales, que exigen crear la capacidad de coordinar los recursos disponibles intra y extra sectoriales, con base a la participación social; con lo cual se contribuye, adicionalmente al desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

Para la implantación y desarrollo de la táctica operacional SILOS, se requiere conquistar ciertos objetivos, entre los cuales destacan: la sectorización, el sistema de información, la descentralización, la intersectorialidad y la participación social. El modelo SILOS busca implantarse en Venezuela, casi simultáneo al proceso de descentralización en el país, lo que permite la creación de varios SILOS, en los primeros años de la década del 90, llevados a cabo en forma lenta y enfrentando diversos obstáculos, por la incidencia de los factores políticos en el proceso de toma de decisiones.

Para darle respuesta al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), en Venezuela, se busca incorporar la táctica SILOS con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde recién iniciada la década de los 90, cuando el MSDS como órgano rector de las políticas de salud asumió con carácter prioritario la Resolución No. G-414 del 30/04/90, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución XV, aprobada por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS celebrada en Washington, D.C., en septiembre de 1988; donde se insta a los

gobiernos miembros a desarrollar actividades dirigidas al Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS, como base fundamental para la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.²

3.2.- Los Municipios Saludables

Los Municipios hacia la salud, constituyen otra modalidad de gestión en salud. Fue en 1986, debido a la dramática situación de salud en Latinoamérica, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó el proyecto para lograr cambios en el sector y alcanzar la meta “Salud para todos en el año 2000”. De la experiencia acumulada hasta hoy en América Latina, se deduce que el proyecto es factible y podría facilitar el compromiso político y la cooperación intersectorial. (Zárraga, 2001: 178). En Europa, Canadá y los Estados Unidos el proyecto se conoce con el nombre de “Ciudades Sanas”, y en América Latina como “Municipio Saludable” (Alfaro, 1999: 85).

Se inicia en Venezuela la ejecución del proyecto “Municipios hacia la salud” en 1994, como la adaptación del proyecto “Ciudades sanas” que se realizaba en Europa desde 1986, colocándose la salud en un nivel elevado en la agenda política de los gobiernos locales y de las comunidades. El proyecto ha establecido alianzas políticas, administrativas y técnicas para la salud y buenas bases para la acción de cambio e innovación, mediante el desarrollo conceptual que se realiza con el apoyo técnico de la OPS.

El municipio asume el rol de gestor de los recursos destinados a la ejecución de los planes y programas elaborados por la comunidad, como proyectos a ser realizados para la prevención, mantenimiento y consolidación de su salud; desarrollándose una metodología que tiene como pilar fundamental la participación social en la cogestión de la salud, entendida como la acción de actores con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La metodología establecida está sustentada en la promoción de la salud y en la programación local participativa.

² Para conocer sobre los SILOS y su implantación y desarrollo en el Estado Zulia ver al respecto ABREU, Maglée et al (1995); Perfil y potencialidad de los Sistemas Locales de Salud en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia. Tesis de Grado. Universidad del Zulia. Escuela de Sociología. También para conocer algunas de las experiencias registradas en diferentes estados del país ver los boletines: Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. OMS/OPS. Investigación operativa N° 1. Caracas, Octubre de 1989; Material de apoyo N° 2. Caracas, Marzo de 1990; Material de apoyo N° 3. Caracas, Junio de 1990; Material de apoyo N° 4. Caracas, Septiembre de 1990; y Material de apoyo N° 5. Caracas, Noviembre de 1990.

En Venezuela, el movimiento de comunidades saludables comienza a finales de 1993 y se inicia en el municipio Zamora del Estado Falcón. Este es el primer municipio hacia la salud en Venezuela y el octavo en el mundo.³

3.3.- Las Fundaciones de Salud

Se identifica otra modalidad como lo es la Fundación, estimulada por el proceso de descentralización y la necesidad, por parte de los gobiernos regionales, de lograr algunos resultados en materia de salud, en términos rápidos y efectivistas mediante la gruesa inyección de recursos otorgados al sector salud.

Así surge, en Venezuela, FUNDASALUD-Zulia para otorgar financiamiento a través de la inversión proveniente del Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) y de la Ley de Asignaciones Económicas Especiales (LAEE). También se registra FUNDAISLETAS en Puerto Píritu, Edo. Anzoátegui; INSALUD en Valencia, Edo. Carabobo; y FUNDASALUD en Barquisimeto, Edo. Lara, como experiencias innovadoras en el país.⁴

Además, dentro de los nuevos modelos de gestión implantados en el Estado Zulia, en Maracaibo se registra a mediados de la década del 90, la transferencia de un establecimiento de salud tan significativo como lo es el Hospital Universitario de Maracaibo, acto que se produce en 1995 mediante Decreto N° 735 cuando se convierte en “Servicio Autónomo HUM”. Se le designa un Comité Directivo constituido por representantes del MSDS, Gobernación del Estado Zulia, Universidad del Zulia, Fuerzas Armadas Nacionales y Empresa MARAVEN, coordinado por el Director del Hospital. Vale destacar que el Director actual Dr. Teodoro Reyes, elegido en 1998, ha sido el único director en 37 años, designado mediante concurso interno de credenciales entre varios aspirantes, estando al frente de dicha dependencia durante un lapso de 4 años.

3.4.- Las Microempresas

El interés de crear establecimientos tomados como novedosos por la medicina familiar conlleva a la generación de experiencias exitosas debido a la implantación de establecimientos de salud manejados con la participación de la comunidad organizada, basados en el modelo de funcionamiento del Sistema nacional de Seguridad Social que se aplica en Canadá.

³ Se puede profundizar la información sobre el Proyecto y su ejecución en Venezuela en TOBA, María (1996): “Desarrollo de las experiencias de Municipios hacia la Salud en Venezuela” En Proyectos Municipios hacia la Salud: experiencia venezolana. OPS/OMS. Caracas, Venezuela. La información sobre el municipio Zamora aparece en Zárraga, Pedro (2001): 20 experiencias exitosas de gestión en salud pública. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.

⁴ Para conocer estas experiencias ver al respecto Zárraga, Pedro (2001): 20 experiencias exitosas de gestión en salud pública. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.

Este tipo de representaciones de ambulatorios en Venezuela, fue una iniciativa del Dr. Gruber, quien implanta en la parroquia Francisco Ochoa del municipio San Francisco en el Estado Zulia el Ambulatorio médico-asistencial “Luis Sergio Pérez” fundado en 1993 por el Gobernador Oswaldo Alvarez Paz, cuya dotación de personal e insumos fue delegada por la gobernación, pero que funciona como un conjunto de microempresas conformadas por médicos, enfermeras y personal obrero.

Este tipo de ambulatorio fue producto de la idea que el Dr. Gruber cristalizó desde un principio, en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital General del Sur. El modelo de funcionamiento basado en la microempresa para ofrecer el servicio de salud en dicho establecimiento fue el objetivo fundamental, para dar a demostrar que si se podía crear un organismo conformado por 3 sectores como lo son: la comunidad, sector público y privado, erradicando los vicios característicos de la gestión pública.⁵

3.5.- Las Cooperativas de Salud

En la actualidad se encuentran diseminadas por todo el mundo las Cooperativas de Salud, como fórmula que constituye una opción original y eficaz para mejorar la salud, incrementando la responsabilidad de consumidores y productores en la provisión de servicios de salud. Los líderes de este movimiento son Japón, Brasil, Estados Unidos y España. Las Cooperativas de Salud en el mundo, se clasifican en tres grandes categorías: las de consumidores, las de productores y las cooperativas mixtas (Richer, 2000: 2).

En este sentido, destacan las experiencias en Latinoamérica de Costa Rica y Brasil. En Costa Rica, a partir de 1988 toman formas las cooperativas como modelo susceptible de aportar soluciones a los problemas del sistema de salud. La autorización legal para la constitución de ellas provino de una modificación a la Ley de 1973 sobre el sistema de salud, otorgándose preferencia a las asociaciones cooperativas en la oferta de servicios de salud privados. Desde esta enmienda se han creado cuatro cooperativas de trabajadores: Coopesalud en 1988; Coopesain en 1989; Medicoop en 1992 y Coopesana en 1993. (Richer, 2000: 17).

Con respecto a Brasil, se creó el complejo multicooperativo UNIMED, ya que el sistema de salud brasileño es fragmentado y no ofrece cobertura al conjunto de la población. Es a finales de los años 60 que un grupo de médicos creó la primera cooperativa llamada UNIMED y en poco

⁵ Se puede profundizar la información al respecto en Gruber-Sucre, Félix (1995): Una nueva gerencia en los servicios públicos de salud en Venezuela. Fundación Polar . Caracas, Venezuela; y en Zárraga, Pedro (2001): 20 experiencias exitosas de gestión en salud pública. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.

tiempo fueron creadas más de treinta de ellas. Luego, a partir de estas se fueron formando otro tipo de asociaciones cooperativas, de crédito (UNICRED) y de usuarios (USIMED). El complejo intercooperativo tomó el nombre de UNIMED y en él participan los tres tipos de cooperativas (Richer, 2000: 21-22).

En resumen, el estudio de la situación actual de los Sistemas de Salud Latinoamericanos permite evidenciar que se experimentan significativas transformaciones en este nuevo milenio, 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. 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, 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 donde 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. Habrá 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.

Además, se debe considerar el alcance del macro-proceso de reforma en este contexto por todos los elementos y variables involucradas, tales como nuevos actores dentro y fuera del sector salud, que ahora participan en los procesos de planificación, ejecución y financiamiento de las políticas y programas en el área; nuevos procedimientos y mecanismos para el desarrollo de la gestión, incorporando paradigmas y técnicas que han dado resultados satisfactorios en el ámbito de la prestación de servicios dentro del sector privado; redefinición de los espacios políticos territoriales además de la redistribución del poder entre los agentes involucrados en la gestión de salud.

En este sentido, se deben distinguir aquellas alternativas de gestión implantadas en el sector y reconocidas por la opinión pública como exitosas, para identificar sus ventajas competitivas y trasladarlas a otros entornos que necesitan ser reformados y perfeccionados. Aunado a ello, es importante continuar y profundizar las reflexiones e investigaciones para contribuir con el fortalecimiento y consolidación de la descentralización, la participación y la democratización en salud, para optimizar el funcionamiento de los Sistemas de Salud en América Latina, puesto que observar y analizar las experiencias que se pueden identificar en este nuevo milenio, en lo que a la prestación de salud se refiere, permite profundizar los conocimientos acerca de modalidades de gestión que podrían constituir un modelo replicable en diferentes instituciones médico-

asistenciales, modificando el funcionamiento de las mismas, implantando nuevos mecanismos y procedimientos para elevar la calidad del servicio que prestan y solventar muchos de los problemas que las caracterizan.

Bibliografía citada.-

- 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.
- 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.
- ECA (2000): Editorial La salud de la pobreza y la pobreza de la salud. Revista ECA. Estudios Centroamericanos. 623 Septiembre. Año LV. Universidad 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 2000. 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.

- 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.
- Richer, Madeleine (2000): Las Cooperativas de Salud: experiencias internacionales. Cuadernos de Economía Social N° 3. Centro Interdisciplinario de Investigación, Formación y Documentación de la Economía Cooperativa, Social y Pública (CIRIEC – 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 Ciencias 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 2000. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- Ruíz, 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.
- Tafani, Roberto (1997): Reforma al sector salud en Argentina. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 53. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile.
- Titelman, Daniel (2000): Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 104. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile.
- Zárraga, Pedro (2001): 20 experiencias exitosas de gestión en salud pública. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.