

Procesos de reforma y modernización en los sistemas de salud en América Latina.

Pérez Lugo, Jorge Ernesto*

RESUMEN

En el artículo se exploran los procesos de reforma y modernización de los sistemas de salud países latinoamericanos en las últimas décadas, enmarcados en la globalización de la salud, con el propósito de fortalecer su funcionamiento, la equidad y la gobernabilidad, para lograr así la necesaria eficacia, eficiencia y efectividad en el sector salud. Mediante la revisión documental de las investigaciones desarrolladas sobre los sistemas de salud en las últimas décadas, se identifican, mediante un análisis comparativo, experiencias para fortalecer la capacidad de gobierno y lograr con ello mayor equidad y eficacia en el funcionamiento del sector salud en la región.

Palabras Clave: Sistema de salud; América Latina; globalización; gobernabilidad.

Recibido: 06/06/2016 Aceptado: 12/07/2017

* Asistente Administrativo de la Revista de Ciencias Sociales (RCS) en la Universidad del Zulia (LUZ). Venezuela.
Correo-e: jepeleu@hotmail.com

Exploring the functioning of health systems in Latin America

Pérez Lugo, Jorge Ernesto*

ABSTRACT

The article explores the health systems in some Latin American countries in the last decades, which have undergone processes of reform and modernization framed in the globalization of health, with the purpose of strengthening its functioning, equity and governance To achieve the necessary effectiveness, efficiency and effectiveness in the health sector. Through the documentary review of the researches developed on the health systems in the last decades, they are identified through a comparative analysis experiences to strengthen the capacity of government and thus to achieve greater equity and efficiency in the functioning of the health sector in the region.

Keywords: Health system; Latin America; Globalization; Governance.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, una mirada a la acción gubernamental en el ámbito de la salud permite observar el impacto que ha tenido la globalización o mundialización económica en los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo, sobre la gestión de los sistemas sanitarios por una mayor interdependencia y liberalización económica, combinada con una creciente desregularización que afecta las acciones encaminadas a mejorar el estado de salud de la población (Costa-Font y Rubert, 2008); y que complejizan –aún más– la labor de gobernar. En este orden de ideas y dada

la recomposición política que se instauró en América Latina durante las décadas de 1980 y 1990, los gobiernos tuvieron que actuar bajo nuevos esquemas y nuevas formas de organización política. Se iniciaron, entonces, a partir del decenio 1980, procesos de reforma del sector salud en casi todos los países latinoamericanos, que tendieron a favorecer la participación del sector privado en la gestión del financiamiento público y la provisión de recursos (Arriagada, Aranda y Miranda, 2005).

Se registran así en Latinoamérica, desde las últimas décadas del siglo pasado y en las primeras del presente siglo, diferentes

procesos de reforma del Estado y modernización de la administración pública, encaminados a elevar la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los gobiernos para satisfacer las demandas de salud de la población. En este contexto, destacan la descentralización y la participación como procesos que contribuyen a elevar la capacidad y la calidad de gobierno del aparato público, en función de delegar recursos y responsabilidades a los entes regionales y locales para una administración más adecuada de ellos; lo que logra impactar estas estrategias en todos los ámbitos de la gestión pública y especialmente en el sector salud.

Ante la situación expuesta, en el presente artículo se exploran los procesos de reforma y modernización registrados en el sector salud en varios países de América Latina. Para ello se hizo una revisión documental de las investigaciones desarrolladas sobre esta temática en las últimas décadas. Mediante un análisis comparativo se identificaron los alcances y limitaciones de las estrategias implantadas por los gobiernos para fortalecer su capacidad de lograr equidad y eficacia en el funcionamiento de sus sistemas de salud.

1.- El contexto del sector salud en Latinoamérica

En Latinoamérica se ha apreciado con crudeza la crisis económica que han experimentado algunos países de la región en las últimas

décadas; y en cuanto al sector salud se refiere, está ex-presada principalmente en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios asistenciales y en el deterioro progresivo de la salud de la población.

Al respecto, Musgrove (1987, citado por Franco, 2011) desagrega los efectos de las crisis económicas sobre la salud en cuatro categorías, al distinguir entre: a) efectos directos (disminución de los ingresos y reducción de las importaciones) y efectos indirectos (disminución de la inversión, desempleo, incremento de las enfermedades); y b) efectos de largo y de corto plazos (indicadores de salud).

Por las situaciones de crisis registradas, la reforma de los sistemas nacionales de salud, sobre todo en América Latina, ha cobrado importancia entre los distintos gobiernos de la región debido, tanto a la ineficiencia en la asignación de recursos como a las condiciones de desigualdad económica; si se considera, además, que durante los años 1990 la desregulación del sector en América Latina privilegió la participación del sector privado en la prevención y financiamiento de los servicios sanitarios (Lechuga y Mayen, 2009).

Se hace imperante entonces la necesidad de observar los sistemas de salud en latinoamérica, considerándose como sistema de salud

el 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 servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles (Manzanilla, 1989: 10).

En el contexto abordado vale destacar que los procesos de descentralización y participación son considerados fundamentales por lograr elevar el nivel de vida y de salud de la población. Además, estos procesos políticos 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 los 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, entre otros factores que pueden ser considerados para un análisis de mayor alcance.

2.- Reformas a los sistemas de salud en Latinoamérica en las últimas décadas

Marques (1999) plantea que – en general la trayectoria de los diferentes sistemas de salud en América Latina se ha caracterizado por un desenvolvimiento problemático. En lo que se refiere al funcionamiento de los mismos en las últimas décadas "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 sub-nacionales. 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 luego 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 sino hasta 1998 que se registró, 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).

Al respecto, señalan Dávila y Guijarro (2000) que en el nuevo milenio los elementos para una reforma al sistema de salud mexicano abarcan: la ampliación de la cobertura; ampliación de la seguridad social; racionalización institucional; mejora en la calidad de los servicios y abatimiento de costos, entre las principales estrategias por desarrollar.

En El Salvador, como otro ejemplo, la situación de la salud de la población 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, éstos han sido reactivos, desacertados e insuficientes. Las últimas epidemias de dengue registradas allí, al final del milenio pasado, así lo evidencian y cuestionan la eficacia de todos esos planes. Al analizar el es-tado 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: 573).

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). El Ministerio de Salud se ha concentrado en labores de rectoría y la Caja Costarricense del Seguro Social constituye el principal proveedor de servicios de salud del país (Rodríguez, 2006). Vale destacar, en este caso, el papel del sector privado que se ha incrementado significativamente desde la última década del anterior milenio, tanto en la provisión como en el financiamiento de los servicios.

En contraposición, en Nicaragua el sector salud es una de las áreas en las que más se ha avanzado y donde se han impulsado reformas con resultados relevantes y cierta posibilidad de sostenerse en el tiempo. El principal proveedor de servicios de salud es el Ministerio de Salud, mientras que el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social no posee establecimientos proveedores de servicios de salud, sino que los compra para sus asegurados. Se trata del único caso de la región con una clara separación entre la función de financiamiento y compra, por un lado, y la función de provisión de servicios por el otro. En este país la reforma de salud ha sido especialmente exitosa en materia de expansión de la cobertura, tanto horizontal como vertical, y en cuanto a modernización hospitalaria (Rodríguez, 2006).

Similar situación se ha observado en Honduras, cuyos indicadores de salud son expresión de las condiciones de indigencia en que vive una gran proporción de la población. Aun así, se ha registrado éxitos en el sector salud, en materia de extensión de la cobertura y experiencias innovadoras con amplia participación comunitaria, además de logros respecto de la modernización hospitalaria (Rodríguez, 2006).

En el caso de Guatemala, según Bitrán (2006), se ha experimentado la aplicación de una reforma que comprende tres modelos de provisión de la asistencia médica. El primero consiste en la contratación de organismos no gubernamentales (ONG) por parte del Estado para la provisión de servicios básicos de salud a la población. El segundo también contempla la contratación de ONG's para cumplir funciones administrativas financieras del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y el modelo tradicional gestionado por el MSPAS para reforzar la atención médica en las Postas de Salud.

Por su parte, 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). 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 lograr 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 y et al., 2001).

En el caso de Brasil, con la democratización en los años 1980, por primera vez fue posible discutir la introducción de transformaciones en el sector salud, con el diseño de 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). Por otra parte,

la década de 1990 fue marcada por el debate en torno de 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 ins-titucional dejado por la Constitución Federal de 1988, que determinó la ins-titución del Sistema Único de Salud (Rocha da Costa, 2002: 49).

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).

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 presión 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. En febrero de 1998 se promulga el Decreto 19.966 que reglamenta la descentralización y la participación social en el

sector salud, lo que constituyó una revolución en términos de descentralización y promoción del protagonismo de la sociedad civil (Rojas, 2000).

En el caso de Chile, las reformas iniciadas a finales de 1970 y comienzos de 1980 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 (ISAPRES); además de la descentralización y municipalización de la atención primaria (Titelman, 2000). 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).

En Argentina, por su 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: 39).*

Además, en el contexto latinoamericano, Tafani (1997: 91) plantea que el sector público está privatizado de hecho. Hay una captura prestacional que debería ser neutralizada por una política que estaticé lo público y haga estrictamente privado el sector privado... El sector público debe ser redimensionado. Ajustarse a la restricción presupues-taria, cerrar áreas que no tienen ra-zón 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 desorganiza-ción organizada que lo caracteriza, entonces se debe gestionar en forma eficiente.

En este contexto, Venezuela, al igual que otros países de América Latina, ha reformado la estructura y funcionamiento de su aparato administrativo; y en este proceso, el sector salud constituye uno de los escenarios más importantes para que la acción gubernamental en el país muestre capacidad y calidad, por ser éste prioritario para el bienestar individual y colectivo de la ciudadanía.

En este sentido, la gestión pública de salud en Venezuela 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

de diferentes fuerzas políticas y sociales que generan conexiones de poder que actúan sobre el sistema de salud. 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).

En Venezuela, la crisis económica da origen a las políticas de ajuste implantadas en los años 1990-92, lo que contribuye con agravar la crisis del sector salud, que se evidenciaba tanto por las tendencias negativas de los indicadores de salud, como por los problemas de eficiencia, eficacia, cobertura, accesibilidad y legitimidad que confrontaban para la época las instituciones prestadoras de los servicios médico-asistenciales, algunos de los cuales se mantienen en las últimas décadas.

Se inició 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, que destacó 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 (González, 2001).

Entonces, respecto del desarrollo de la práctica médica en el país, en las últimas décadas se observa que ésta se ha adelantado bajo una concepción asistencialista de la salud, dentro de un sistema de administración que funciona con base en deficientes procesos de planificación, organización y control de los recursos asignados al sub-sector público de salud, que no está en capacidad de dar respuesta a la complejidad de la relación gobierno-gestión; sobre todo, en un sector atravesado por diferentes conflictos de poder.

Por otra parte, esta crisis ha estado relacionada con la forma y manera como se han formulado e implantado las políticas y programas asistenciales centralizados en décadas pasadas, que en la generalidad de los casos

no han tomado en cuenta las necesidades particulares de cada región del país en materia de salud, considerando los cambios en cuanto al gasto y sostenibilidad financiera del sistema de salud (Jaén et al., 2006).

Sin embargo, se registraron, en la última década del siglo XX algunos modelos de gestión, como los Sistemas Locales de Salud, las microempresas de servicios de salud, las fundaciones, y los servicios autónomos, entre otros; y 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 (Zárraga, 2001).

Además, con el cambio de gobierno que se instaló en el año 1999 se transformó totalmente el escenario político y se definió en la Constitución Nacional un nuevo marco regulatorio para el sector de ese mismo año, por lo que se revierte el proceso de descentralización hacia una nueva centralización del sistema de salud en el país, en la que destaca la aparición de nuevos actores y la redefinición de los espacios público privado (Jaén, 2001).

Así, para autores como Jaén (2001), Venezuela ha hecho cambios importantes en el diseño de su organización sanitaria, asociados al proceso de

conversión de un Estado unitario a uno con diferentes niveles de gobierno; y luego de más de 10 años de avance, existen ganancias estratégicas importantes en el sector salud. De acuerdo con la citada autora (Jaén, 2001), las gobernaciones han desarrollado nuevas modalidades de gestión y atención, pero, a pesar de los avances de la descentralización de los servicios de salud, todavía en el país no se ha logrado un consenso político y técnico que defina cuáles son las funciones que ejerce cada uno de los niveles (central, estatal, municipal) en el sistema de servicios. Sobre todo en la coyuntura actual cuando el gobierno de turno ha llevado a cabo la recentralización del sistema de salud.

Ante todo lo planteado, se considera que las reformas del sector salud en América Latina fueron parte de las políticas destinadas a modernizar el Estado, y se desarrollaron en el marco de los ajustes estructurales promovidos por los organismos internacionales desde los años 1980, como respuesta a la crisis de la deuda externa (Uribe y Abrantes, 2013).

En este contexto, la descentralización emergió 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 ha contribuido con elevar la eficiencia, eficacia y efectividad de la administración pública de salud y con minimizar las profundas disparidades existentes debido, entre otras razones, al aumento de la pobreza, la inadecuada administración de los recursos y a la crisis de gobernabilidad de los sistemas de salud latinoamericanos. Así, en las últimas décadas, las políticas de descentralización del sector de la salud se han planificado e implementado –en gran escala– en el mundo en desarrollo (Bitrán, 2006).

En Venezuela, la COPRE establece:

la descentralización debe ser en-tendida, 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 el Estado y permitir su eficiencia (1989: 60).

Aunado a ello, la participación como proceso implica y combina

un conjunto de elementos que condicionan y afectan el desarrollo del proceso democrático. Está vinculada al amplio proceso decisional 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.

Para Cunill (1999: 208-209), *la participación social tiene dos expresiones básicas que, a su vez, es preciso considerar interrelacionadamente; control y producción social. El control social representa la voluntad de la sociedad de intervenir de manera directa en la conformación de las políticas públicas y de la opinión pública. La producción social constituye un campo donde crecientemente la sociedad expresa su voluntad de construir espacios auto-organizados para la satisfacción de necesidades colectivas.*

Por tanto, los procesos de descentralización y participación dentro del sector salud son considerados fundamentales para elevar el nivel de vida y de salud de la población.

3.- Análisis comparativo

Al realizar, por tanto, una observación de las situaciones y de los procesos que caracterizan el funcionamiento del sector salud

en algunos países de América Latina, incluido Venezuela, entre la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI, se evidencian los efectos de las crisis económicas así como la pérdida de legitimidad y eficacia de los sistemas de salud, 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 dentro de un ambiente de gobernabilidad en escenarios donde se registra la descentralización y la participación (Bronfman y Herrera, 2000).

En este contexto, la gobernabilidad es entendida como el conjunto de condiciones que aseguran y facilitan el ejercicio del poder en la sociedad, en el Estado y en la administración pública, puesto que, 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 gobernabilidad está constituido, básicamente, por el grado de legitimidad y eficacia con que cuentan las instituciones. Además, se agregan la credibilidad, la eficiencia y efectividad como condicionantes para alcanzar y consolidar la capacidad de gobierno (Alcántara, 1995).

Entonces, para fortalecer la capacidad de gobierno y mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud en Latinoamérica, se

desarrollaron estrategias de modernización. De acuerdo con Cercone (2006), a pesar de que dichas reformas de salud son particulares para cada país, es posible extraer ciertos patrones comunes. En primer lugar, las reformas del sector salud iniciaron en la década de 1990.

En segundo lugar, entre los aspectos que se puede tomar como los factores que propiciaron las reformas en la región, se consideran: los procesos de modernización del Estado y del sector público; medidas de ajuste estructural ante las crisis económicas; necesidad de mejoramiento de la administración del sector salud, de la calidad y de la equidad de la atención, así como de la búsqueda de sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

En tercer lugar, entre los objetivos principales de las reformas se consideró la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios de salud, la mejora en la calidad de la atención, la búsqueda de la equidad y la justicia social en la prestación del servicio y el fortalecimiento de la capacidad de gobierno de los sistemas de salud.

Aunado a ello, se puede considerar que las estrategias de modernización se enmarcaron en el fenómeno de la globalización de la salud y se apoyaron en los procesos de descentralización político-administrativa y de

participación de la sociedad, para la implantación de nuevos modelos de gestión en salud que se registraron en algunos países con éxito y en otros con resultados no satisfactorios.

Consideraciones finales

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. En este contexto, ante 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.

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, al enlazar localidades como proceso histórico de cambio en el tiempo y como unificadora de los órdenes sociales.

Esta situación, junto a otros problemas, condujeron a las crisis de gobernabilidad que el sector salud ha experimentado en las últimas décadas 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.

En este contexto, se observan y analizan algunos procesos clave 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, en la actualidad la mayoría de ellos se encuentra viviendo un conjunto de reformas y transformación del Estado.

Al respecto, 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. 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 en mediano y largo plazos, 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, plantea una serie de interrogantes: ¿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 de 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, M. (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.

Arriagada, I.; Aranda, V. & Miranda, F. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Serie Políticas Sociales N° 114. CEPAL. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile. Diciembre. Pp. 67.

Arroyo, J. (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. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Pp. 291-309.

Bitrán, R. (2006). Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 177. Secretaría Ejecutiva. CEPAL. Santiago de Chile.

Bronfman, M. & Herrera, C. (2000). Descentralización y participación en salud: nuevos aportes para la discusión. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Roberto Briceño-León, María Cecilia de Souza y Carlos Coimbra (Coordinadores). Universidad Central de Venezuela. Laboratorio de Ciencias Sociales. Editora FIOCRUZ. Río de Janeiro. Brasil. Pp. 243-262.

Castaño, R.; Arbeláez, J.; Giedion, U. & Morales, L.(2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 108. CEPAL. ECLAD. Santiago de Chile. Mayo. 52 págs.

Cercone, J. (2006). Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 185. Unidad de Estudios del Desarrollo. CEPAL. Santiago de Chile. Pp. 179.

Comisión para la Reforma del Estado/COPRE (1989). La reforma sanitaria integral en Venezuela. Una Política Social para la Reafirmación de la Democracia. Editorial Arte. Volumen 8. Caracas, Venezuela.

Costa-Font, J. & Rubert, G. (2008). ¿La globalización económica perjudica la salud? En Revista Comercio Exterior. Volumen 58. No. 2. México. Febrero. Pp. 93-105.

Cunill, N. (1999). Significado de la participación ciudadana en el diseño de programas y proyectos sociales. En Álvarez Lourdes y otros (coord.) Política Social: exclusión y equidad en Venezuela durante los años noventa. Nueva Sociedad/CENDES/ILDIS/FONVIS. Caracas. Venezuela. Pp. 203-219.

Dávila, E. y Guijarro, M. (2000). Evolución y reforma del sistema de salud en México. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 91. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Enero.

Finot, I. (2001). Descentralización en América Latina: teoría y práctica. En Serie Gestión Pública N° 12. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). CEPAL. Santiago de Chile. Pp. 133.

Franco, A. (2011). La crisis actual y la salud. Serie Población y Desarrollo No. 104. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-CELADE. División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile. Pp. 37.

González, M. (2001). Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas. En Serie Financiamiento del Desarrollo. No. 111. CEPAL. Santiago de Chile.

Jaén, M. (2001). El sistema de salud en Venezuela: Desafíos. Ediciones IESA C.A. Caracas, Venezuela.

Jaén, M.; Salvato, S.; Daza, A. & Rivas, J. (2006). Costo de la salud en Venezuela. Gasto y sostenibilidad financiera del sistema de salud. Ediciones IESA. Caracas, Venezuela.

Labra, M. (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. Pp. 259-274.

Lechuga Montenegro, J. & Mayen Herrera, E. (2009). El gasto en salud en América Latina. Revista Comercio Exterior. Volumen 59. No. 2. México. Febrero. Pp. 85-96.

Manzanilla, L. (1989). "Un Sistema Nacional de Salud". En: Salud para todos...en Venezuela. Volumen I. Fundación Fondo Editorial Acta Científica Venezolana. Caracas, Venezuela.

Marques, R. (1999). O financiamento do sistema público de saúde brasileiro. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 82. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Pp. 68.

Rocha Da Costa, R. (2002). Descentralizajao, financiamento e regulajao: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Revista de Sociología e Política. N° 18. Departamento de Ciencias Sociais da Universidade Federal do Paraná.

Rodríguez Herrera, A. (2006). Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. Serie Financiamiento del Desarrollo. No. 171. CEPAL. Santiago de Chile.

Rojas, M. (2000). Participación civil en el proceso de descentralización del sector salud pública en Paraguay. Revista de Ciencias Sociales. Vol. VI N° 2. Mayo-Agosto. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Zulia. Maracaibo, Venezuela. Pp. 275-290.

Ruíz, E. (1999). Actualidad prospectiva de la descentralización de los servicios de salud pública en el Estado de México. En Revista IAPEM. N'42. Abril-junio. Toluca. México.

Selva Sutter, E. (2000). Al oído de aquellos interesados en la reforma en salud. Revista de Estudios Centroamericanos. ECA. Año 55, 619-620 Mayo-Junio. Año LV Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". San Salvador. El Salvador.

Sojo, A. (2000). Reformas de gestión en salud en América Latina: cuasi-mercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas Sociales 39. División de Desarrollo Social. CEPAL. Santiago de Chile.

Tafari, R. (1997). Reforma al sector salud en Argentina. En Serie Financiamiento del Desarrollo N° 53. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Julio.

Titelman, D. (2000). Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. En Serie Financiamiento del Desarrollo N° 104.1 CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Septiembre.

Uribe, M. & Abrantes, R. (2013). La reforma a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? Revista Perfiles Latinoamericanos. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede México. Año 21. No. 42. Julio-Diciembre. Pp 135-162.

Zárraga, P. (2001). 20 experiencias exitosas en gestión de salud pública. Fundación POLAR. Editorial ARTE. Caracas, Venezuela. .