



CAMBIOS OCURRIDOS EN LAS POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Thais Maingón*

Resumen

El propósito central del trabajo que a continuación se presenta es analizar comparativamente y documentar el impacto de los procesos de ajuste estructural y de la crisis económica, en general, sobre los servicios de salud. A lo largo del estudio se enfatiza, por un lado, en los efectos de los cambios que han tomado lugar en los últimos cuatro años, con el fin de conocer las

tendencias globales en cuanto a las políticas y estrategias en salud predominantes en la Región de Las Américas. Por otro lado, lo anterior nos revela las diferentes respuestas sociales que en salud dan las diferentes sociedades.

Palabras claves: *Políticas y Estrategias, Sector Salud, América Latina.*

Changes in political and health strategies: tendencies and perspectives

Abstract

The main purpose of this paper is to undertake a comparative analysis and document the impact of the processes of structural adjustment and the economic crisis, in general, on health services. The effects of changes that have occurred during the last four years are emphasized, in order to show global tendencies with

respect to government norms and strategies on health that are predominant in the Americas. These changes show the different social responses to questions of health given by different societies.

Key words: *Politics and strategy, Health sector, Latincamerica.*

Recibido: 14-6-95. Aceptado: 28-08-95

* Sociología. Profesora e Investigadora y Jefe del Area de Desarrollo Social-político del CENDES de la Universidad Central de Venezuela.

El presente estudio analiza comparativamente los cambios ocurridos en las políticas y estrategias de salud en los países de las Américas en el período 1990-1994. El segundo objetivo de este trabajo es el de conocer las respuestas políticas y sociales en salud que las diferentes comunidades y organizaciones sociales dan frente a la crisis que acompaña a la mayoría de los países que componen lo que se ha denominado "La Región de Las Américas".

La base de información y datos que se presentan en este estudio fueron obtenidos de los informes cuatrienales que cada país miembro de la Organización Panamericana de la Salud está obligado a realizar para su inclusión en el documento cuatrienal "Condiciones de Salud de las Américas", en su edición 1990-94. La forma de presentación de la información en este trabajo no corresponde enteramente a los aspectos definidos como político-sociales del documento mencionado.

En las conclusiones se pretende relacionar los diferentes aspectos analizados y expuestos, para estar en condiciones de construir escenarios tendenciales en donde se ubiquen las diferentes respuestas sociopolíticas en salud frente a la crisis presente.

1. Organización y Administración de las Instituciones del sector. Descentralización y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.

En la mayoría de los países de la Región, los servicios de atención a la salud son ofrecidos por diferentes instituciones de carácter público, privadas o mixtas. Es de notar que a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa se observa un incremento en la participación del sector privado, tanto en la prestación de los servicios de atención, como en su financiamiento.

En este cuatrienio, la estrategia más importante adoptada por la mayoría de los países es la de la descentralización político-administrativa y la desconcentración de la acción estatal en el área social, especialmente en los sectores salud y educación.

Los países que habían iniciado este proceso a mediados de la década pasada, dirigieron sus acciones hacia la profundización y el fortalecimiento de estos procesos. Los países que iniciaron estos procesos más tarde, a finales de la

década, comenzaron por la descentralización política, luego pasaron al establecimiento de gobiernos locales o regionales, y por último iniciaron los procesos de descentralización de los servicios de salud y el fortalecimiento y/o creación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) (Bahamas, Barbados, Nicaragua, Guatemala, República Dominicana, Venezuela, entre otros).

En términos generales, pareciera que los procesos descentralizadores a nivel político administrativo se han consolidado en los diferentes países de la Región de las Américas abriendo paso a la desconcentración y descentralización de los servicios públicos. La consolidación de estos procesos va unida a la profundización de la Democracia como sistema político y al incremento de la participación organizada de la comunidad.

Los avances observados en los diferentes países respecto a los procesos de descentralización/desconcentración, a pesar de las limitaciones habidas en el financiamiento de las instituciones de salud, fueron acompañados por transformaciones o cambios significativos en cuanto a la conducción y administración de los servicios de salud. Se iniciaron procesos de modernización y reorganización de los sistemas de salud, reestructuraciones significativas que tienen su expresión en la revisión y discusión de la misión y funciones del Estado en cuanto proveedor de los servicios de salud.

En el mismo orden de ideas la información disponible permite destacar, como uno de los efectos que tiene el proceso de descentralización en el campo de la salud y que se puede apreciar como una tendencia, el fortalecimiento del nivel central de los ministerios de salud en su capacidad técnica asesora y en su capacidad normativa y de supervisión.

Por otro lado, y como parte del proceso anterior, se observó que en algunos países hubo un desarrollo y extensión de los SILOS y en otros, la formación y constitución de estos Sistemas se inició paralelamente a los procesos de reorganización de la red de servicios públicos dentro de los procesos generales de descentralización. También se detectó el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica para identificar factores de riesgo en determinados grupos humanos, identificar problemas y respuestas en espacios de población definidos.

Bajo el contexto anterior, en este cuatrienio los países formularon estrategias orientadoras que guiarían los planes y programas de salud. Estas estrategias estuvieron caracterizadas fundamentalmente por los procesos de Reforma del Estado, de reforma sectorial de los diferentes espacios gubernamentales y por las metas que se formularon dentro de los procesos

de la descentralización. Estas metas fueron básicamente, el aumentar la eficiencia, la eficacia y el mejorar la calidad de los servicios públicos, en especial los de salud. Ello tuvo como consecuencia que algunos países de la Región experimentaran reformas importantes, especialmente en el sector salud (Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela)

A lo anterior se agrega la revisión de los modelos de atención vigentes que algunos países han iniciado acompañándola con el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS y ello porque estas instancias son las que expresan las relaciones entre instituciones centrales, regionales y locales y la atención a las necesidades de la población.

A pesar de los adelantos experimentados por los países en esta área, se percibe una ausencia o pocos esfuerzos en desarrollar sistemáticamente esquemas y métodos que posibiliten una evaluación del desenvolvimiento y los resultados parciales de las acciones de las reformas y cambios experimentados en el marco de la descentralización/desconcentración. (Es importante mencionar el caso de Guyana, que declara que en una evaluación realizada sobre el sistema descentralizado puesto en práctica desde 1985, se observó que éste ha permitido el deterioro en la calidad de la provisión de los servicios de atención en salud).

De acuerdo con la información disponible, la mayoría de los países de la Región de las Américas, según sus propias circunstancias y características sociohistóricas, han fortalecido en unos casos, y en otros han organizado los SILOS, desde el marco referencial que les ofrece la descentralización.

A continuación se presenta la situación de los diferentes países agrupados por regiones en lo que se refiere a este punto.

- Istmo Centroamericano

En esta subregión, el presente cuatrienio está marcado por importantes hechos sociopolíticos y económicos. En 1992 se firman los Acuerdos de Paz entre el gobierno de El Salvador y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional, lo que permitió, por un lado, generar procesos para finalizar el conflicto armado que por años estuvo presente en este país; por otro lado, permitió impulsar la democratización y reunificar social y económicamente la sociedad salvadoreña. Guatemala, el otro país de esta subregión que presentaba conflictos, entra en una paz concertada parcialmente desde mediados de 1992.

Para el año de 1993 se podría afirmar que el Istmo Centroamericano está transitando el camino de la paz política y el de la integración social y económica.

En el área de la salud, los países de esta subregión, a través de sus gobiernos y especialmente de sus Ministerios de Salud, se proponen alcanzar un mayor grado de eficiencia por medio de la utilización racional de sus presupuestos, de la capacidad y del equipo instalado, de los recursos humanos; así como también, mediante una administración adecuada y una distribución más equitativa de los servicios de salud. En esa dirección, los países están adelantando procesos de reforma de Estado.

Costa Rica, entre otros, centró sus esfuerzos fundamentalmente en impulsar reformas administrativas dirigidas hacia el fortalecimiento de los procesos de regionalización y descentralización y hacia el desarrollo de los SILOS. Por otro lado, se renovaron los convenios de integración entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social. En este marco se pusieron en marcha varios planes pilotos dirigidos a desarrollar un modelo de atención integral y a experimentar nuevas formas de administrar los servicios de salud (Administración de un área de salud por parte de la Cooperativa de Trabajadores de la Salud e impulso de un programa de Medicina Familiar y Comunitaria).

En la subregión continúan los procesos dirigidos hacia la definición de las estrategias básicas para hacer realidad los procesos de descentralización y desconcentración de las funciones gerenciales y administrativas de los Ministerios de Salud. Entre las estrategias mencionadas por los países de la subregión se pueden identificar: 1) La reorganización administrativa del Ministerio de Salud (Guatemala, Honduras y Costa Rica); 2) El fortalecimiento de la capacidad gerencial de los servicios de salud (Guatemala, Honduras, Costa Rica, Nicaragua y Belize); 3) La descentralización administrativa y del manejo presupuestario de los hospitales y centros de salud (Guatemala, Nicaragua) y 4) La extensión de la cobertura con participación de la seguridad social y con participación privada (Guatemala).

Nicaragua adoptó como medida táctica operacional el desarrollo y consolidación de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), que comprende el desarrollo de cuatro modelos principales: un modelo de atención de salud, de gerencia, de formación y capacitación; y por último, un modelo de participación social.

- Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay)

Los países que integran esta área presentan una alta complejidad y fragmentación en sus sistemas de servicios de atención en salud. Sin embargo, la descentralización sigue siendo la estrategia principal a través de la cual se transferiría al nivel local y regional la capacidad política y de gestión necesaria para la resolución de los problemas y de las necesidades. Es decir, que en esta subregión continuaron los procesos de desconcentración/descentralización iniciados en la década pasada, con acento en las acciones de atención primaria e instalación de gobiernos regionales con facultades ejecutivas en todas las regiones del país (Chile).

Argentina ha intentado evaluar los resultados de esta experiencia mostrando que en diversas partes del país se ha desburocratizado la mayoría de las actividades administrativas, se ha adquirido una cierta eficiencia en la utilización de los presupuestos de las áreas sociales, en el uso de ciertos recursos excepcionales y una independencia en el mejoramiento de la infraestructura física.

En el contexto anterior, la Secretaría de Salud de Argentina ha propuesto la creación de un hospital público descentralizado, autogestionado en virtud del cual, los servicios médicos descentralizados del subsector público podrían facturar y cobrar las prestaciones que se realicen a beneficiarios de las Obras Sociales y, en ocasiones del sector privado. En 1992, los servicios públicos de jurisdicción nacional fueron transferidos en su totalidad a las provincias y a la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires.

A partir de 1990, Brasil creó el Sistema Único de Salud que está regionalizado de conformidad con las directrices de la política de la descentralización, con una dirección única en cada nivel de gobierno, una asistencia integral y la participación de la comunidad. A pesar del fundamento jurídico y legal de carácter democrático y universalista, se produjo un movimiento social significativo para dar configuración al sistema de salud. Este movimiento se caracterizó por lo que se denominó la denuncia de "la universalización excluyente", con lo que se denotaba que la expansión de la universalidad del sistema de servicios de salud está acompañada de mecanismos de racionalización, especialmente por la reducción en la calidad de los servicios públicos, estatales y privados contratados, con lo cual se opera un proceso de exclusión de los servicios del sistema público de atención en salud a aquellos segmentos sociales de los estratos medios y bajos, como también de los obreros calificados.

En la mayoría de los países pertenecientes a esta área, a partir del desarrollo de la red de los servicios de salud y de los SILOS, han sido fortalecidas

las regiones sanitarias con el incremento de los recursos financieros y humanos, con lo cual adquieren autonomía y capacidad operativa (Paraguay). Pero en otros países como Uruguay, el desarrollo alcanzado en cuanto a la descentralización y de establecimientos de SILOS ha sido poco.

- Subregión Andina

En Colombia, Bolivia, Perú y Ecuador, los Ministerios de Salud son responsables por el reordenamiento sectorial en todo el ámbito nacional. En Venezuela, participan de la conducción sectorial, tanto el Gobierno Central como las gobernaciones estatales.

En la nueva Constitución Nacional Colombiana se ratifica y reconoce la participación social y comunitaria en el contexto de la prestación de atención en salud, por lo cual el proceso de descentralización han tenido un fuerte componente de participación social.

Desde 1989, Venezuela descentraliza políticamente el Gobierno Nacional y para darle continuidad a este proceso está en preparación la puesta en práctica de los convenios aprobados sobre transferencia de las competencias a los diferentes estados y regiones. En la actualidad, hay un total de siete estados en los cuales se ha avanzado más rápidamente y en los cuales se han desarrollado "Comisionados de Salud de la Gobernación". Se están estableciendo estructuras paralelas de vigilancia epidemiológicas y redes ambulatorias. También se está pasando por un proceso de transferencia de los hospitales del Instituto Venezolano de Seguros Sociales y del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en cuanto a la administración de los recursos, por parte de las gobernaciones de estado y de las alcaldías de los municipios.

En otros países, pertenecientes a esta subregión, los avances de los procesos de descentralización de los servicios de atención en salud se vieron obstaculizados por problemas político-sociales (Perú).

- Caribe de habla inglesa y latino

En los países que componen esta subregión continuaron los procesos de descentralización de los servicios de atención primaria, con la posibilidad de que sean gerenciados y manejados por la comunidad organizada, especialmente en las áreas de promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades. También se promueve la coordinación intra e intersectorial (Barbados).

Las deficiencias detectadas en el sistema descentralizado de los servicios de salud en algunos países, se expresan en el deterioro de la calidad de los servicios. Ello porque las administraciones regionales no han puesto en práctica sistemas impositivos y reciben sus fondos del gobierno central. A lo anterior se le añade el que los Ministerios de Salud no cuentan con los mecanismos necesarios para hacer efectiva la contabilidad del gasto en las regiones (Guyana).

En otros países de esta subregión, la descentralización de los servicios de salud ha hecho posible una provisión y manejo eficiente de los recursos, incluyendo la exploración de métodos alternativos para el financiamiento del cuidado de la salud. Se ha profundizado y mejorado la gerencia hospitalaria (Jamaica). En Trinidad y Tobago en 1992, se elaboró un documento sobre la descentralización del Ministerio de Salud que contiene las directrices del proceso de reorganización del Ministerio con el objeto de alcanzar una mejor planificación, análisis y formulación de sus funciones.

En la República Dominicana se creó, en 1991, la Comisión Nacional de Salud la cual identificó algunos problemas relevantes en el sector, como la falta de capacidad gerencial en las instituciones públicas del sistema de salud y la excesiva centralización de las decisiones y recursos disponibles. En respuesta a ello, en abril de 1993, se inició un proyecto de modernización del sector salud.

2. Recursos Humanos: formación y utilización

La crisis económica y las políticas de ajuste estructural instrumentadas en los diferentes países de las Américas, así como también el proceso de descentralización y las reestructuraciones en el área de la salud formuladas y puestas en práctica, han impactado los recursos humanos en salud en un doble sentido. Por un lado, la reorganización del sector de servicios de salud, en particular las reformas realizadas con los servicios de salud públicos, determinaron el surgimiento de modalidades más flexibles de utilización de los recursos humanos en salud. Por otro lado, el aspecto de la formación profesional ha experimentado cambios importantes en lo que respecta a la diversificación de sus fuentes y esquemas de financiamiento, como también en las actividades de enseñanza, investigación y servicio.

Sin embargo, en la mayoría de los países prevalece la estabilidad laboral y la inamovilidad del empleo en las relaciones de trabajo en el sector público. En este período, la política de personal en el sector público se limitó al incentivo del retiro voluntario, al congelamiento de los cargos vacantes, ampliación de los contratos temporales y de los contratos de servicio con terceros y el pago de bajos salarios. Esta política tuvo como consecuencias, entre otras, la fuga de personal capacitado en la producción de servicios y dificultades en la captación de nuevo y joven personal especializado.

Por otro lado, el desarrollo del proceso de descentralización de los servicios de salud abre, en algunos casos, perspectivas más flexibles con la búsqueda de nuevas modalidades de remuneración, con la asignación al trabajador de la salud de un rol más activo y responsable en la producción de los servicios.

Otro elemento importante de mencionar que ha impactado al ejercicio profesional en salud ha sido la tendencia hacia la privatización, que entre otras aspectos tiene como consecuencia directa la informalización de las relaciones de trabajo, a través de diferentes modalidades contractuales.

La crisis también impactó negativamente el sector educativo, lo cual se evidencia en las condiciones precarias en que se da la preparación de los futuros profesionales en salud. En algunos países el ejercicio de las profesiones de salud, deja de tener el atractivo que tuvo en el pasado, teniendo que contratarse en el exterior personal médico especializado (Trinidad y Tobago).

Se observan varias tendencias generales en la Región. La primera, es la disminución de la matrícula en las instituciones formadoras de médicos, enfermeras y odontólogos, altas tasas de deserción y bajo número de egresados. La segunda, es una marcada especialización, debido principalmente a la incorporación de nuevas tecnologías. La tercera, es la disminución de las remuneraciones de los empleados del sector público, salarios no atractivos y bajos en términos del poder adquisitivo real, lo que dificulta la captación de nuevo personal y en consecuencia, una tendencia general hacia la disminución del empleo en el sector público. La cuarta, es el multiempleo, subempleo y trabajo en condiciones precarias. Por último, se observa una tendencia decreciente en la formación de personal de enfermería y otros auxiliares de la salud, en relación a la producción de médicos (Argentina, Uruguay y Venezuela).

Sin embargo, y a pesar de lo señalado anteriormente, no hay estudios detallados que revelen con exactitud el efecto real de la crisis económica y las políticas de ajuste en el conjunto

de la fuerza de trabajo en salud. Hay una ausencia de bases de datos al respecto y las que existen son precarias. En algunos países, como resultado de las reducciones del gasto público, se suceden congelamientos de cargos y reducciones del número de empleados públicos. Se observa que el ritmo de crecimiento del número de médicos está disminuyendo, lo que a su vez expresa una reducción del número de puestos vacantes, con las excepciones de Canadá y República Dominicana. Ello nos permitiría afirmar que el mercado de trabajo presenta síntomas de desempleo profesional pero no está cuantificada la fuerza de trabajo en salud que actualmente se encuentra desocupada.

Continúa la tendencia hacia la concentración de los recursos humanos en salud por parte del sector público, así como también su concentración geográfica en las regiones centrales urbanas que a la vez son las de mayor desarrollo económico y social de los países.

La mayoría de los programas de capacitación y educación permanente se imparten a través de instituciones del sector público. En la mayoría de los países, la formación de los recursos humanos en salud está en manos de centros de enseñanza públicos o en una mezcla de público-privado. Es de resaltar el caso de República Dominicana en donde han proliferado las escuelas privadas para la formación de personal de otras profesiones de salud a nivel universitario. (Costa Rica, El Salvador, Argentina, Honduras).

Se detectan déficits importantes de recursos en el campo de la salud pública. En este sentido Costa Rica abrió un postgrado en esta disciplina en 1989 y Suriname introdujo un nuevo curriculum en esta disciplina en 1992.

La mayoría de los países carecen de políticas y programas coordinados que propicien direccionalidad en este campo, lo que trae como consecuencia incongruencias entre la cantidad, tipo de especialización y distribución del recurso disponible, las necesidades de salud de la población y los programas que se están desarrollando y que se requiere desarrollar. Por otro lado, se observa una escasa coordinación entre las instituciones formadoras y las empleadoras. No hay coherencia ni conducción entre los lineamientos de política de formación y de utilización del personal. En algunos países se da prioridad especial a la formación de personal técnico (México), en otros, como en Bolivia se ha iniciado un proceso de definición de políticas de desarrollo de recursos humanos, en especial en lo referente a la formación del personal comunitario en salud.

3. Gasto y financiamiento.

La provisión de la atención en salud, en la mayoría de los países de la Región, es compartida por el subsector público, la seguridad social y subsector privado. Ultimamente, dentro de este último, las ONG's han adquirido una importancia significativa. La tendencia general de los gastos sigue privilegiando a los servicios de hospitalización, la atención curativa, la compra de bienes y servicios y los pagos de salarios.

A pesar de la reducción o estancamiento del gasto público en salud, en la Región de América Latina y el Caribe se han incrementado los niveles del gasto nacional en salud como proporción del PIB. Al mismo tiempo se ha detectado un incremento significativo del gasto privado de los hogares como proporción del gasto nacional en salud.

Las políticas del ajuste estructural y la formulación del nuevo modelo económico han contribuido a la dismoción del gasto público en desmedro de los sectores sociales como el de salud. Lo anterior tiene como consecuencia que los países no cuenten con un presupuesto mínimo que garantice un verdadero desarrollo de la atención en salud a la población en general. Ello hace fundamentalmente que el sector público busque otros mecanismos de financiamiento a la salud a través de organismos multilaterales, bilaterales, ONG's, pago de tarifas, entre otros, con el objetivo de recuperar los costos y generar recursos propios.

Las tendencias generales, en cuanto al financiamiento, son hacia la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento interno y promoción de la recuperación de costos y el autofinanciamiento de las instituciones (Nicaragua, El Salvador). En lo que respecta al sector público, la principal estrategia de los países de la Región es la participación de los gobiernos estatales, de las entidades federales y municipales en el financiamiento de la atención a la salud.

Por otro lado, se observa un esfuerzo por definir los procesos administrativos tendientes a racionalizar el gasto y a facturar los servicios que presta el sector público a los usuarios. Ello tiene que ver más con los sistemas de atención social que están incrementando las tarifas de cobro por servicios prestados. Por otro lado, se está incrementando también la cifra de cotizantes, especialmente con los grupos que no tienen relación obrero-patronal (Panamá).

Muchos países desarrollan fondos con el objetivo de financiar la ejecución de proyectos de inversión social en diferentes áreas como empleo, salud, alimentación, educación, saneamiento; para completar la acción de los sectores sociales afectados por las políticas de ajuste estructural. Esta es una estrategia que se ha venido observando con mucha frecuencia en la Región.

En otros países, como en Chile, se intenta incorporar incentivos para fomentar la eficiencia de los programas y del manejo de los recursos en lo referente al pago directo de las prestaciones a través del mejoramiento de los sistemas de recuperación de costos. Por otro lado, también se están emprendiendo iniciativas como la compra venta de los servicios que vinculen con mayor eficacia a los sectores público y privado y contribuyan a perfeccionar el sistema de libre elección a cargo del Estado. Otros países, como Uruguay, han liberado y desregulado las cuotas de los seguros pre-pagos de ciertos servicios. Otros países han introducido sistemas de recuperación de costos por vía del cobro al usuario, como parte del Esquema del Seguro Nacional (Santa Lucía), o como cuotas de recuperación diferenciales no reglamentadas en los establecimientos no gubernamentales y la expansión de planes privados (República Dominicana).

Finalmente, es importante mencionar que en varios países de la Región se está discutiendo la posibilidad de privatizar las prestaciones de algunos servicios de salud. Siguiendo la experiencia de Chile, se está proponiendo la creación de intermediarios financieros para la administración de las contribuciones a los fondos de los seguros médicos con la posibilidad de elegir entre diferentes tipos de proveedores de servicios de salud. Bajo estos novedosos esquemas de seguros de salud, los consumidores o usuarios tendrían la capacidad de elegir entre el tipo de servicios cubiertos por los nuevos esquemas, las primas y montos máximos de coberturas sobre las cuales se adquieren estos seguros.

4. Recursos físicos para la atención y cuidado de la salud individual: Hospitales y Centros de Salud.

Sobre este aspecto, a pesar de la diversidad de experiencias, se pueden identificar tres tendencias importantes. La primera, es la concentración de los servicios de salud en las regiones centrales urbanas con más desarrollo económico. La segunda, es el hecho de que la infraestructura física, pese haber

crecido a lo largo del período en términos absolutos, ha bajado en términos relativos como, por ejemplo, el número de camas por habitante.

Este indicador tiene una tendencia decreciente en el sector público y creciente en el sector privado. En los países del Istmo Centroamericano las cifras hospitalarias sobre el número de camas, de egresos y de rendimiento se matienen estables durante el período 1989 y 1990. En cuanto al número de camas por 1.000 habitantes, Costa Rica presenta una razón de 1,4 camas por 1.000 habitantes, El Salvador de 1,7. Guatemala presenta una tendencia descendente y la razón más baja de la subregión de 0,98 camas por 1.000 habitantes. Nicaragua también presenta una tendencia descendente, en 1990 tenía una razón de 1,34 camas por 1.000 habitantes, en 1991 desciende a 1,24 y en 1992 la razón está en 1,20 camas por 1.000 habitantes.

Con respecto a los países del Cono Sur, Uruguay tiene una relación de 2,8 camas por 1.000 habitantes y Chile de 2,5 para 1991. Los países del área Andina también han registrado una tendencia hacia la baja en sus razones de número de camas por habitantes. Venezuela baja de 2,74 camas por 1.000 habitantes en 1985 a 2,61 camas por 1.000 habitantes en 1992. Ecuador presenta un valor estable desde 1988 de 1,6 camas por 1.000 habitantes. En Perú y Colombia la tendencia es hacia la baja. La razón en el primero es de 0,79 camas por 1.000 habitantes y en el segundo es de 1,44. En Bermuda y las Islas Caimán la tendencia es también hacia la baja. La razón en la primera bajó de 8,6 camas por 1.000 habitantes en 1987 a 4,0 por 1.000 habitantes y la segunda de 3,0 a 2,4 por 1.000 habitantes.

Cuba sigue teniendo una de las razones más altas de la Región de las Américas de 6,0 camas por 1.000 habitantes.

La tercera y última tendencia es la creciente incorporación de las comunidades organizadas de la sociedad, las cuales juegan un papel importante en las actividades de promoción, provisión y prevención de los servicios de salud.

5. Alimentación y Nutrición

La mayoría de los países de la Región han instrumentado políticas tendientes a mejorar los niveles de alimentación y nutrición de su población, ya que sus condiciones y calidad de vida sufrieron un franco deterioro a lo largo

de la década de los ochenta. Con la profundización e incrementos significativos de la pobreza se han agudizado las diferencias entre los grupos humanos.

En algunos países los programas de nutrición y alimentación están siendo preparados e instrumentados conjuntamente por los Ministerios de Salud, de Agricultura y de Educación.

Por lo señalado anteriormente, los países han realizado esfuerzos institucionales para garantizar la seguridad alimentaria de la población, con preferencia al grupo materno-infantil con daño nutricional agudo. A este grupo se le hace entrega de alimentos para completar su dieta que incluyen el vaso escolar, comedores populares para niños en edad preescolar, entre otras acciones. Por otro lado se están mejorando los programas nutricionales dirigidos hacia la población escolar con énfasis en la áreas urbano-marginales y rurales más deprimidas. Se están impulsando con intensidad programas de lactancia materna y protección al amamantamiento del niño, educación nutricional, fortalecimiento de los programas de vigilancia alimentario-nutricional y de higiene y conservación de los alimentos. Se están haciendo todos los esfuerzos para institucionalizar la fortificación de los alimentos básicos, especialmente la yodización de la sal, vitamina A y hierro al azúcar.

En otros países, a pesar de señalar incrementos de la población en pobreza, señalan no tener una política nutricional definida (Paraguay, Perú y República Dominicana).

6. Agua potable, saneamiento y otros problemas ambientales que afectan la salud.

Las tendencias que se observan en la Región son hacia el aumento en la acumulación de desechos sólidos y de la contaminación del aire, principalmente, por la acción de los vehículos automotores, la contaminación del agua por desechos químicos industriales y el uso indiscriminado de plaguicidas y el incremento de la contaminación ambiental en general. En respuesta a esta situación en los países se están promoviendo planes nacionales de salud que contemplan programas de salud ambiental con la participación de la comunidad.

En cuanto al abastecimiento de agua se observa un incremento en su cobertura y mejoramiento en la calidad de la misma. Sin embargo, en muchas comunidades, sobre todo rurales, la calidad del agua no es la óptima para el consumo humano. Un porcentaje bastante alto del agua, en el medio rural no es clorada y actualmente esta actividad está siendo delegada a las comunidades a través de las juntas administradoras del agua.

En lo que se refiere a la recolección de aguas servidas y su disposición sanitaria, la cobertura es deficiente pero con tendencia a incrementarse. En cuanto a la disposición de excretas, aproximadamente el 90% de las redes de acantarillado público desembocan en ríos, lagos o en el mar, sin ningún tipo de tratamiento. Luego esta agua es utilizada en regadíos que se responsabilizan por diversas endemias. En relación a este punto es importante mencionar que la mayoría de los países no cuentan con programas de vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos, así como tampoco cuentan con sistemas de información al respecto.

La recolección y disposición de desechos sólidos es muy irregular y deficiente, incluyendo la disposición sanitaria final de los desechos industriales y hospitalarios. La recolección es efectiva sólo entre un 35 y un 45 % aproximadamente y se estima que sólo el 30% del total recolectado alcanza una disposición adecuada. Sin embargo, en muchos países se han iniciado acciones para el control de la contaminación ambiental, de la industria petrolera, el transporte, la industria privada y los establecimientos de servicios y termoeléctricos.

En otros países la recolección de residuos domiciliarios es compartida por un grupo importante de la población marginada que acumula y clasifica los materiales recuperados, especialmente los de aluminio y vidrio (Uruguay).

En cuanto al desarrollo de políticas generales, la tendencia es hacia la privatización total o parcial de las instituciones comprometidas con la prestación de los servicios básicos de saneamiento y abastecimiento de agua. Las funciones que tienden a privatizarse son los mecanismos de facturación y cobranza, el diseño y construcción de los sistemas, la producción de agua y los servicios de aseo urbano, la recolección, transporte y disposición de los residuos sólidos. En este punto es interesante recordar que, al lado de los procesos descentralizadores, las autoridades regionales trabajan conjuntamente con

organizaciones comunitarias en la protección del ecosistema y de la calidad de la vida de la población.

Sigue habiendo marcadas desigualdades urbano-regionales en la cobertura de agua, disposición de aguas servidas y sistemas de alcantarillado, en la disposición de excretas y recolección de los desechos sólidos.

Resalta la ausencia de políticas y normas técnicas sobre la calidad del agua, del aire y del suelo. En la planificación ambiental se observa la tendencia a establecer como requisito los estudios de impacto ambiental y salud, aunque este instrumento no es adecuadamente entendido por los involucrados. Por último, cuando se presentan epidemias nacionales o regionales es cuando se realizan los estudios y se toman las precauciones necesarias sobre saneamiento básico y se instrumentan las políticas.

7. Drogas y productos inmunobiológicos.

Durante el cuatrienio, y principalmente durante los dos últimos años, las medidas instrumentadas por los gobiernos para ampliar la disponibilidad y acceso a los medicamentos, se han caracterizado por tres grandes tendencias. La primera de ellas, es la revisión y actualización de la legislación sobre medicamentos, que en muchos casos tiene un fuerte componente de desregulación. Algunas de sus expresiones son la liberación de los precios de los medicamentos, promoción de la importación eliminando las barreras arancelarias, reconocimiento automático del registro de medicamentos de otros países, modificaciones estructurales de las oficinas reguladoras dirigidas a la simplificación y reformulación de procedimientos de registro y la expansión de la comercialización de medicamentos a establecimientos no farmacéuticos. Dentro de estas estrategias es importante señalar la adopción de programas de medicamentos genéricos que han desarrollado diferentes países (Argentina, Brasil, Colombia y Venezuela) como alternativa sanitaria dentro de las opciones económicas. A pesar de los esfuerzos realizados en este sentido, las medidas no han tenido el efecto esperado de ampliar la accesibilidad y la disponibilidad de los medicamentos a los segmentos más necesitados de la población.

La segunda tendencia, es la instrumentación de medidas dirigidas a promover el uso racional de los medicamentos y mejorar la calidad de la atención farmacoterapéutica. Las estrategias en este sentido han incluido la definición de áreas prioritarias de atención y

orientación de programas a los sectores socioeconómicos más deprimidos, fortalecimiento de los servicios farmacéuticos, desarrollo de farmacias hospitalarias, creación de comités de farmacología en hospitales y a nivel de los sistemas locales de salud, actualización de la lista básica de medicamentos, promoción y desarrollo de estudios de utilización de medicamentos. También está la elaboración y actualización de las listas básicas de medicamentos esenciales que se publican en formularios terapéuticos (Panamá).

La tercera, es que los procesos de descentralización administrativa conllevan a una disminución del poder adquisitivo de los niveles nacionales; son cada vez menos los países donde el proceso de compra de medicamentos se realiza a nivel central, disminuyendo las ventajas de compras a gran escala. Ante lo anterior, algunos países ha desarrollado la estrategia de creación de cooperativas o de procesos de negociación conjunta para el mejoramiento de la capacidad de compra de las instituciones participantes (Colombia, Guatemala).

Entre otras tendencias se pueden destacar el deterioro de la calidad y capacidad productiva de los laboratorios públicos, ausencia de sistemas de datos confiables para evaluar la situación de los medicamentos, así como también la ausencia de instrumentos de evaluación de los programas de medicamentos y servicios farmacéuticos en términos de calidad, eficacia y eficiencia.

8. Recursos especiales de diagnóstico y terapéutica.

El análisis de los sistemas de salud en la Región pone de manifiesto que en sólo unos pocos países han existido políticas para el desarrollo de recursos especiales de diagnóstico y terapéutica que integren los diversos componentes, tanto públicos como privados, de los servicios de salud. Por esta razón, la incorporación de los avances tecnológicos en el diagnóstico por imágenes y en el tratamiento con radiaciones ionizantes, no ha sido, en los países de América Latina y del Caribe, un proceso normado y menos aún equilibrado para las diferentes categorías de establecimientos de atención de la salud.

Los vacíos en la adopción de políticas en esta área se proyectan en deficiencias en la selección y adquisición de equipos y en la adecuación de éstos al tipo de servicio o modalidad diagnóstica o terapéutica que requieren las diferentes situaciones epidemiológicas de las regiones o localidades de los países. Otras de las expresiones de este vacío es la liberación, por parte del Estado, del control en cuanto a la fijación de precios que pasa a ser regulada por la oferta y

la demanda y el monopolio de la comercialización y producción por empresas transnacionales.

9. Investigación y desarrollo de tecnología en salud.

Muy pocos son los países que tienen políticas definidas sobre este punto. Estados Unidos y Canadá desarrollan investigación aplicada, fundamentalmente, hacia productos farmacéuticos, biomedicina y salud. Cuba mantuvo, para el período 1991-95, las mismas líneas de investigación definidas para el quinquenio anterior (1986-1990). Estas líneas de investigación se estructuran alrededor de los siguientes temas: 1) el conocimiento y promoción del nivel de salud de la población; 2) la protección de grupos poblacionales con riesgo; 3) la disminución de la morbilidad y mortalidad por causas que más afectan a la población y 4) la introducción de nuevos métodos y medios diagnósticos y terapéuticos.

En general, en lo que se refiere a este campo, los países de América Latina y el Caribe desarrollaron políticas dirigidas al fortalecimiento de la oferta. Es decir al apoyo de proyectos y grupos de investigación, sin gran preocupación por establecer una organización institucional que facilite el desarrollo de conocimientos y tecnologías relacionadas con la producción de bienes y servicios de salud.

Las incipientes comunidades científicas que se crearon a través de este tipo de políticas, están caracterizadas por su aislamiento de otros sectores de la sociedad, por su dependencia casi absoluta de los recursos públicos y por el deterioro de las instituciones y de las condiciones de trabajo de los investigadores. Contrariamente a este proceso, se observa el surgimiento de nuevos mecanismos y consorcios financieros de las actividades de investigación en ciencia y tecnología en salud, como por ejemplo, el crecimiento de los consorcios universidad-empresa.

Ante la debilidad de los sistemas de información y de las estadísticas sobre ciencia y tecnología en salud, algunos países de la Región adelantan actividades dirigidas hacia el mejoramiento o creación de unidades de información (bibliotecas, centros de documentación e información)

En la mayoría de los países las actividades de investigación se originan por la iniciativa personal de los investigadores o relacionados con los requerimientos

de las agencias financiadoras. Se observa la ausencia de la multi e interdisciplinariedad necesarias para un enfoque integrado de los diferentes niveles de análisis que requieren los problemas de salud. La investigación en este campo, está fuertemente marcada por un predominio de las ciencias médicas y biológicas. Por otro lado, se detecta una importante participación de las mujeres en el trabajo científico en salud.

Por último, es significativo señalar que los países de la Región muestran una debilidad acentuada de la investigación en salud pública. Ello parece indicar, en términos generales, que los cursos de postgrado buscan satisfacer a las demandas de operación de los servicios, respondiendo más a las necesidades de la administración de los mismos que a buscar respuestas a los problemas que surgen de la interacción entre la teoría y la práctica de la salud pública.

10. Programas de salud y grupos de población prioritarios.

En la década de los noventa se pueden distinguir dos ejes en las políticas generales sobre programas y grupos prioritarios. El primer eje lo constituyen las políticas económicas tendientes a estabilizar la balanza de pagos. El segundo eje, enfatiza las políticas del ajuste sectorial en el cual está el sector salud.

Un primer cambio que viene operando desde la década pasada es la reducción de la inversión y gastos públicos, lo que tiene como consecuencia la reducción del gasto y de la inversión en salud. La racionalización del gasto tiene su máxima expresión en la focalización del mismo y en la deficiencia e identificación de grupos prioritarios o vulnerables. A este paquete de políticas de ajuste sectorial se le llamó, de manera general, programas de compensación social. Estos programas están dirigidos a compensar los impactos de las medidas del ajuste macroeconómico sobre ciertos sectores de la población que fueron los más negativamente afectados por estas políticas estructurales.

La mayoría de los países de América Latina y del Caribe crearon y pusieron en marcha a partir de 1989, una variada gama de programas de compensación social que inciden en el sector salud y que de una u otra forma han ayudado a aumentar la cobertura de los servicios de atención en salud. Estas políticas priorizan tres conjuntos de esfuerzos. Primero, compensar el efecto negativo de las medidas del ajuste sobre los ingresos de los grupos más pobres; segundo,

proporcionar atención nutricional a los grupos vulnerables y tercero, dotar a las comunidades más necesitadas de infraestructura social básica para mejorar su calidad de vida.

Los programas en términos generales, están dirigidos a combatir la pobreza y a mejorar las condiciones de vida. Se pueden mencionar entre otros programas, los de solidaridad social, asignaciones familiares, bono de la mujer jefe de familia, bono materno-infantil, bolso escolar, el vaso escolar, fortificación de alimentos, comedores populares y vacunaciones.

Los grupos prioritarios son básicamente la mujer embarazada y madres lactantes, niños en edad escolar, los ancianos y en general la población pobre.

Paralelamente se desarrollan programas para controlar el SIDA, el cólera, diarreas, prevención del tabaquismo, planificación familiar, entre otros.

Así como también, se desarrollan planes de acción en salud y medio ambiente y algunos países de la Región introducen como estrategia la educación de la población sobre la importancia de la protección del medio ambiente.

11. Promoción de la salud.

Se están realizando importantes esfuerzos dirigidos hacia la educación sanitaria y la formación en la población de una cultura de la salud que tenga como principio la prevención de las enfermedades. Varios países están incluyendo en los currícula de educación primaria y secundaria asignaturas que den una visión comprensiva de la educación de la vida familiar. Ello aparece como una estrategia que promete tener un impacto positivo en el tiempo.

Cada vez más las acciones de promoción de la salud se concentran en la comunidad y la participación de las ONG's en estas actividades es altamente significativa.

12. Legislación en salud.

Varios son los elementos que caracterizan las tendencias en cuanto al desarrollo de las legislaciones en salud de los diferentes países de la Región.

La primera ellas, es la tendencia a generar disposiciones y normativas legales para facilitar el desenvolvimiento de los procesos de descentralización/desconcentración (Argentina, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela).

La segunda tendencia es el desarrollo de legislaciones en salud incluyendo la participación comunitaria y popular, y la tercera es la incorporación de este componente y de otros como la protección del medio ambiente, la calidad de vida, los intereses del consumidor, en los textos constitucionales (Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá y Paraguay). Así como también, se incluyen disposiciones dirigidas a evitar la contaminación industrial y urbana y del ambiente en general (Argentina, Belize, Bolivia, Chile, Dominica, Grenada, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía).

Colombia, desde 1990 viene estipulando la participación comunitaria en diversos aspectos relacionados con la salud (Decreto 1416); en 1991 se reafirma, reconoce y ratifica en la Constitución Nacional la participación social y comunitaria en salud. El 1992, se crea el Consejo Nacional Comunitario como organismo del nivel nacional que agrupa a los delegados de los Comités de Participación Comunitaria de los diferentes niveles departamentales (Resolución 10842).

En 1992, Cuba incluye una reforma a su Constitución que enfatiza la igualdad de la mujer y la protección de la salud de la trabajadora y de su descendencia.

La Constitución de México, en 1991, reformó uno de sus artículos para incluir algunas proposiciones sobre restricciones a la propiedad privada con el fin de proteger el interés público en lo relacionado con la ecología y el medio ambiente.

En este orden de ideas, Panamá, está haciendo un proyecto de reforma del Código Sanitario y Paraguay incluyó una proposición para el capítulo de salud en la nueva Constitución Nacional.

Ante la progresiva reducción de las funciones sociales del Estado y de la reorganización de los sistemas de salud, algunos países han establecido normas referentes a reglamentar, regular y articular la prestación de los servicios con el sector privado (Argentina, Colombia, Brasil, Perú, Uruguay).

En el Salvador, se encuentra en el Poder Legislativo un proyecto de reformas al Código Penal en Delitos Contra el Medio Ambiente. La Asamblea Legislativa aprobó la Ley de Yodación de la sal y se está preparando el anteproyecto de Ley para la comercialización de sucedáneos de la leche materna. El 1992, en este mismo país, se inició una recopilación de las leyes relacionadas con la protección de la salud de los trabajadores.

En Honduras, el Código Sanitario vigente fue aprobado en 1990 y el Código Penal, incluye una disposición sobre la salud física y psíquica de la mujer que pudiese verse afectada como resultado del maltrato doméstico. En tal sentido, se destacan las disposiciones destinadas a proteger y promover los derechos de las mujeres en diversos aspectos y de otros grupos vulnerables como los niños y ancianos, como por ejemplo, prevención del cáncer cervical y de mama (Estados Unidos), protección del niño y de los jóvenes (Canadá), de la tercera edad (Ecuador), de personas minusválidas (Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua y Venezuela).

En la mayoría de los países hay adelantos hacia el establecimiento de programas encaminados a combatir y prevenir el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas y sustancias psicotrópicas, así como también hacia la prevención y control del SIDA.

Balance general: tendencias y perspectivas

Entre las políticas y estrategias más importantes adoptadas por la mayoría de los países de la Región de Las Américas están los procesos de Reforma del Estado que incluyen, entre otras cuestiones, la reforma de los espacios institucionales. Uno de estos procesos, quizás el más relevante por las consecuencias que de él se derivan, es el de la descentralización político-administrativa y desconcentración de la acción estatal nacional. Se observó en este cuatrienio que este proceso presentó avances significativos en algunos países y fortalecimiento y desarrollo en otros. Ello es relevante para el sector salud, ya que este proceso abre paso a la descentralización de los servicios públicos de atención en salud.

Es importante anotar que la consolidación de los procesos descentralizadores abonan el camino hacia la participación organizada de la comunidad, cuestión que se ha señalado en el presente estudio. Al mismo tiempo,

lo anterior acompaña cambios significativos en cuanto a la organización, administración y financiamiento de los servicios de atención en salud.

Las reestructuraciones mencionadas obligan a revisar y discutir sobre las funciones y responsabilidades del Estado en cuanto proveedor y financiador de los servicios de atención en salud. La tendencia que se observa es hacia el fortalecimiento del nivel central (Ministerios de Salud) en cuanto a su capacidad asesora, normativa y de supervisión y un desarrollo de la gestión local en buscar soluciones a sus problemas de salud.

Otra de las consecuencias de la reestructuración institucional es su impacto en los recursos humanos en salud. Estos procesos han puesto en práctica modalidades más flexibles de contratación, a veces más precarias, así como también informalización de las relaciones de trabajo.

Las consecuencias de las políticas de ajuste estructural y los intentos de formulación de un nuevo modelo económico, junto con los procesos de reforma del Estado hacen posible dibujar una segunda gran tendencia: la privatización de los servicios de salud. Esta tendencia es observada en los distintos países que conforman la Región de las Américas de diferentes formas, todas ellas se podrían resumir en la búsqueda de mecanismos de financiamiento a la salud por parte del sector público que permitan la recuperación de los costos y el autofinanciamiento. Así mismo, se observa como tendencia general la privatización total o parcial de las instituciones responsables de la prestación de los servicios de saneamiento y abastecimiento de agua.

La última gran tendencia general detectada y que en cierto sentido es consecuencia de los procesos privatizadores de los servicios de salud es la creciente incorporación de las comunidades organizadas de la sociedad civil en ocupar los espacios que el nivel nacional deja vacíos. Algunos de los espacios que están siendo retomados por las comunidades son las actividades de promoción, provisión, prevención y atención en salud.

Referencias

Informes preparados por los países de la región de Las Américas para condiciones de Salud en Las Américas. Edición 1994.

- Sobre la organización y administración de las instituciones del sector; descentralización y desarrollo de los SILOS. OPS. 1994 (mimeo).
- Sobre los recursos humanos: utilización y formación. OPS. 1994 (mimeo).
- Sobre el gasto y el financiamiento. OPS. 1994 (mimeo).
- Sobre medicamentos y productos inmunobiológicos. OPS. 1994 (mimeo).
- Sobre recursos especiales de diagnóstico y terapéutica. OPS. 1994 (mimeo).
- Sobre investigación y desarrollo de tecnología en salud. OPS. 1994 (mimeo).
- Sobre Legislación en salud y medio ambiente. OPS. 1994 (mimeo).

