



Investigación y Educación en Enfermería

ISSN: 0120-5307

revistaiee@gmail.com

Universidad de Antioquia

Colombia

Molina M., Gloria; Rodríguez T., Claudia Milena
Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud, Colombia 2006
Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXV, núm. 1, marzo, 2007, pp. 90-99
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215404010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud, Colombia 2006

Gloria Molina M.^a, Claudia Milena Rodríguez T.^b

RESUMEN

Objetivo: Este artículo pretende aportar al debate sobre la participación pública y privada en la provisión de servicios de salud y discutir los aspectos principales de las reformas de salud en Colombia en el contexto internacional y algunos de sus avances y limitaciones.

Síntesis: En Colombia, la descentralización y el Sistema General de Seguridad Social en Salud han transformado el sistema de salud en todos sus aspectos. Los mecanismos de mercado y la competencia dinamizan las relaciones entre múltiples actores e instituciones, por medio de contratos de prestación de servicios, en un contexto con poca capacidad rectora del Estado y de múltiples intereses económicos. **Conclusiones:** La revisión del tema permite sugerir que la diversidad de actores, la amplia participación privada, la reducción del sector público, el interés de los actores puesto en la rentabilidad económica, los mecanismos de mercado y competencia sin suficiente capacidad rectora del Estado, han generado fallas de mercado y de gobierno que pueden estar afectando el acceso, la calidad, la cobertura de los servicios y la salud pública en general. Se destaca la necesidad de una política de cooperación y alianza interinstitucional, donde los actores públicos y privados trabajen coordinadamente para lograr impactar el desempeño del sistema y la salud de la población.

Palabras clave: *Fallas de mercado, fallas de gobierno, calidad, acceso servicios de salud*

Cómo citar este artículo:

Molina G, Rodríguez CM. Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud, Colombia 2006. Invest Educ Enferm. 2007; 25(1): 90-99.

Recibido: 22 de junio de 2006

Envío para correcciones: 26 de enero de 2007

Aprobado: 6 de febrero de 2007

INTRODUCCIÓN

Con las reformas del sector salud a nivel nacional e internacional han cambiado los sistemas de salud en muchos aspectos, tales como financiación, organización, formas de pago, rol del Estado, de la comunidad y de las instituciones públicas y privadas, entre otros. Las diferentes formas de alianza entre los sectores público y privado han ido tomando fuerza en la última década como mecanismos para aprovechar las fortalezas de ambos y superar las fallas de mercado y de gobierno en la provisión de servicios públicos. Históricamente, la provisión de servicios de salud se ha valido de las redes de instituciones públicas como estrategia para ofrecer servicios integrales, facilitar el acceso, racionalizar costos, recursos y aprovechar economía de escala. Sin embargo, en Colombia, la reforma del sector salud de 1993, sus mecanismos de mercado y de competencia han contribuido a la ruptura de la red de servicios; cada aseguradora organiza su red de instituciones mediante contratación, para proveer

a Ph.D. Health Services Management, Universidad de Birmingham-Inglaterra. Docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: molinag@guajiros.udea.edu.co.

b Gerente en Sistemas de Información de Salud. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: clamil@todito.com.

Public and private participation in Health Services provision in Colombia 2006

Gloria Molina M., Claudia Milena Rodríguez T.

servicios a sus afiliados. Este aspecto ha generado fragmentación y desintegración de la atención, lo cual puede estar afectando negativamente la calidad y el acceso a los servicios con efectos negativos en la salud pública.

Este documento tiene como propósito contribuir al debate sobre algunas características y dificultades que la prestación de servicios de salud enfrenta actualmente en Colombia, relacionadas con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así mismo, plantear experiencias de alianza y cooperación interinstitucional como un camino para reconstruir redes y ofrecer servicios integrales.

Visión general de las reformas del Sector Salud

Desde finales de la década de los 80 se han introducido en los países en desarrollo reformas del Estado para la provisión de servicios públicos, de manera particular a los sistemas de salud¹. Las principales fuerzas que motivan las reformas pueden resumirse en:

- El mayor reconocimiento de los derechos humanos como principio orientador del desarrollo social, político y económico de las naciones².
- La introducción de programas de ajuste estructural y del modelo neoliberal³ el cual enfatiza el mercado y la privatización de la provisión de servicios públicos⁴. El informe

ABSTRACT

Objective: This paper tries to contribute to the debate about public and private participation in the provision of health services and discusses the same issues of the Colombian's health reform, within the international context, some of its achievements and limitations.

Summary: In Colombia, the decentralization process and the Social Security System for Health have transformed the whole health system. Market mechanisms, competition and outsourcing the provision of health services, within a framework of limited state stewardship, generates interplay between several actors, institutions and significant economic interests. **Conclusions:** The review of this topic literature allow us to suggest that the diversity of actors, the wider participation of the private sector, the constraints of the public sector, market mechanisms and competition without enough state stewardship have contributed to market failure provision of health services, damaging accessibility, coverage, quality and public health as a whole. It points out the need of a public policy on inter-institutional alliance and co-operation between the public and private sectors to work together to improve the health system's performance and the health of the population.

Key words: Market failure, government failure, quality of health services, accessibility to health services.

Desarrollo Mundial sobre Inversión en Salud, de 1993, establece las directrices para la reforma del sector salud en los países en desarrollo^{5,6}. A propósito del modelo neoliberal, North y Bradshaw³ señalan que existen cuatro tendencias o escuelas de pensamiento en el neoliberalismo tacheriano o "New Right" en las cuales el rol del Mercado es crucial. (a) La Escuela Austriaca que argumenta una mínima intervención del Estado y un mercado libre; (b) La Escuela de Chicago, llamada "monetarismo", postula que la provisión de productos y servicios públicos debe ser regulada por el mercado y que el Estado debe tener un rol residual; (c) La Escuela de la Escogencia Pública argumenta que los intereses de quienes

son administradores de servicios estatales setán mejor amparados por un gran sector público; (d) La Escuela Anarcho-Capitalist, que defiende la libertad sin restricción, la abolición del Estado y una política popular democrática basada en la escogencia individual y un mercado atomizado.

- Políticas de salud internacional producto de acuerdos entre gobiernos y agencias nacionales e internacionales: Declaración de Alma Ata, en 1978; Salud para Todos, en el año 2000; la Carta de Ottawa⁷, Ciudades Saludables, la Declaración de Caracas sobre Salud Mental y Cuidado Psiquiátrico, Objetivos del Milenio, 2001, entre otros.

Deterioro de las condiciones socio-económicas de la mayoría de los países latinoamericanos, donde la iniquidad y la pobreza han sido crecientes, han demandado respuestas más eficaces en la provisión y prestación de servicios públicos. Las estadísticas oficiales de Naciones Unidas revelan que en la década de los años 80, el 10% más rico de la población en América Latina incrementó sus ingresos en 10%, en tanto que el 10% más pobre los redujo en un 15%. Según el Banco Mundial, el número en la población pobre en Latinoamérica y el Caribe (clasificada por un ingreso de dos dólares o menos diarios), se incrementó de 22% en 1987 a 24% en 1993. Adicionalmente las condiciones políticas, económicas y sociales internas de cada país, así como las características del sector salud han demandado soluciones efectivas en los servicios públicos como la salud⁸⁻¹⁰.

Las reformas de salud varían en los diferentes países, pero la mayoría están centradas en mejorar la eficiencia, la efectividad, la equidad y la calidad en la provisión de servicios de salud^{6, 7}. De acuerdo con diferentes autores^{6, 11, 12} las reformas de salud comprenden los siguientes aspectos: ampliación de las fuentes de recursos financieros y reducción del gasto público; cambio de un sistema basado en impuestos, por un sistema basado en seguros de salud obligatorios individuales; cambio en los criterios para la asignación de recursos vinculando el pago al desempeño; compartir riesgos financieros entre los prestadores y los aseguradores; definición de paquetes básicos de servicios bajo el criterio de costo-efectividad; separación del rol de aseguradores y prestadores e introducción de mecanismos de mercado; reestructuración y descentralización de las instituciones del sector público; fortalecimiento del rol de los usuarios en la toma de decisiones involucrando las organizaciones comunitarias en la gestión institucional; estímulo a una mayor pluralidad y competencia del mercado mediante liberalización y desregulación del sector privado y la contratación entre instituciones y organizaciones públicas, privadas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones comunitarias. El sector privado toma una posición relevante en áreas antes consideradas de exclusiva jurisdicción del Estado.

En los años 80 y 90, en la mayoría de los países industrializados (Canadá, Francia, Japón, Alemania, Holanda y el Reino Unido), así como en los del Sur de África y Latinoamérica, fueron implementadas algunas de estas políticas en el sector salud¹³. Sin embargo, homogenizar los sistemas de salud de los países latinoamericanos no ha sido posible. En teoría, casi

todos adoptaron un enfoque neoliberal, pero en la práctica pocos iniciaron reformas significativas siguiendo estos lineamientos. La mayoría no han contado con el soporte político para introducir reformas radicales. En el caso colombiano, la Ley 100 de 1993 sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), generó cambios profundos en la estructura y organización del sistema de salud; esta ley se orienta a lograr equidad, universalidad, calidad, libre escogencia, solidaridad e integridad, e involucra estrategias como: descentralización de la provisión de servicios; focalización de la asignación de los recursos fiscales en la población más pobre; aseguramiento de la población mediante el régimen contributivo o subsidiado como requisito para acceder a los servicios de salud; creación de empresas aseguradoras públicas y privadas, administradoras privadas del régimen subsidiado, quienes son intermediarias entre el gobierno municipal o departamental; separación de roles de aseguradores y prestadores; -reestructuración de las instituciones públicas (Ministerio de Salud, Direcciones Seccionales de Salud y hospitales públicos); cambio del subsidio de la oferta por el subsidio a la demanda como mecanismo de asignación de recursos; amplia participación del sector privado como asegurador y como prestador de servicios públicos y restricción del rol del Estado en estas funciones; introducción de mecanismos de mercado y competencia entre aseguradores y prestadores como formas de mejorar la calidad, controlar los costos y mejorar la eficiencia; definición de paquetes de servicios, plan obligatorio de salud y plan de atención básica.

Descentralización y participación del sector público y privado en salud

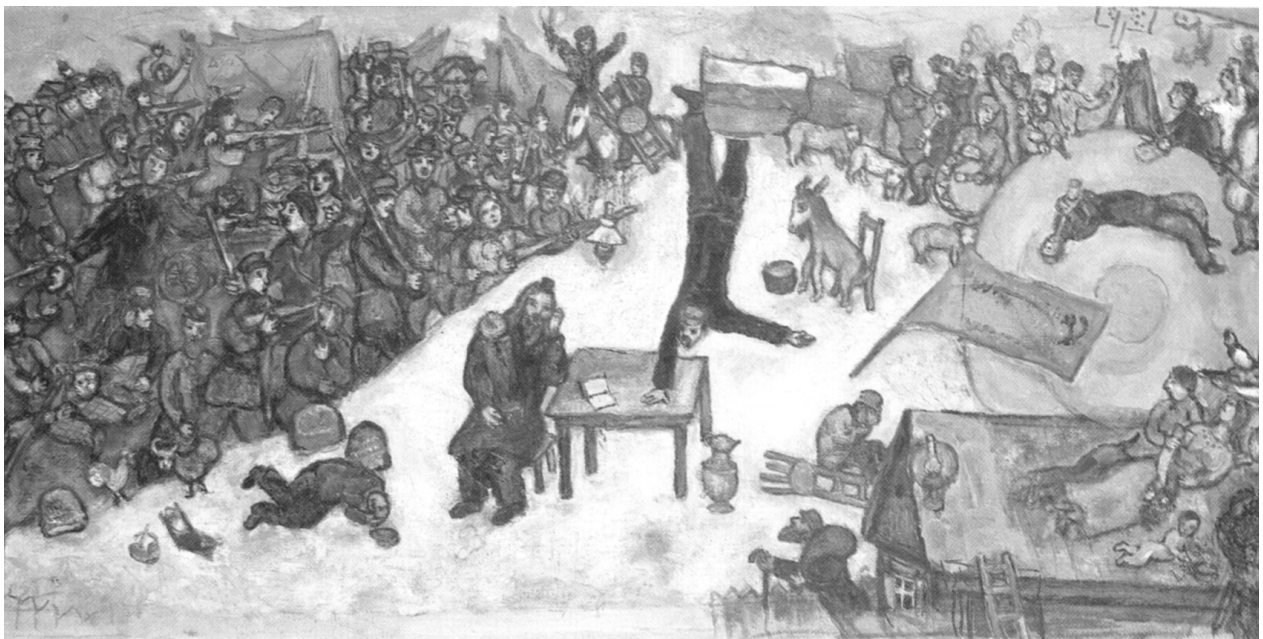
El Estado es responsable de garantizar a la población el acceso a los servicios públicos, para lo cual, desde las décadas de los 60 y los 70, se crearon instituciones públicas centralizadas para la provisión de servicios a gran escala. Sin embargo, las crecientes necesidades de la población ante

la limitada capacidad de estas instituciones, y el predominio de nuevas tendencias en el rol del Estado, han generado cambios en la provisión de servicios, donde la descentralización y la privatización fueron vistas como solución a los problemas que enfrenta el sector público⁶.

La descentralización en salud como política pública¹⁴ implica la transferencia de recursos, funciones administrativas, poder político y toma de decisiones desde el gobierno central a los organismos de gobierno subnacionales y/o corporaciones públicas semiautónomas ubicadas en espacios territoriales y poblaciones determinadas¹⁵.¹⁶ Por tanto, los niveles subnacionales deben fortalecer su desarrollo institucional y los mecanismos de participación de la comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas de la descentralización. El desarrollo institucional implica la capacidad para generar, asignar y utilizar los recursos humanos, materiales y financieros eficiente y efectivamente¹⁷. Por su parte, la participación comunitaria es el proceso por

el cual la comunidad participa en la planeación, organización, ejecución y evaluación de servicios a la comunidad¹⁸. Con la privatización, los actores no gubernamentales tienen una participación progresivamente mayor en la financiación y prestación de servicios públicos¹⁹, que ha sido estimulada por el Banco Mundial, aunque sin suficientes evidencias en salud^{20, 21}. La privatización requiere eficaces mecanismos legislativos y de regulación, implica un proceso político que involucra individuos y grupos con sus diferentes intereses, quienes intentan influir en su favor el proceso legislativo y de reglamentación. Aún en países desarrollados como Alemania, Holanda, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos, donde el Estado tiene un rol predominante, ha habido participación de diferentes proveedores y prestadores públicos y privados en salud^{13, 22, 23}. Este enfoque también opera en países en desarrollo como Chile, Argentina, Colombia, Perú y el Salvador entre otros^{24, 25}. Son varios los argumentos esgrimidos para justificar la mayor participación privada en la provisión y prestación de servicios. Por un lado se supone que el sector privado es más eficiente que el sector público; sin embargo, esto no ha sido demostrado⁶. Por otro lado, el sector privado puede, entre otras cosas, ofrecer mejor atención, disponibilidad de horarios, y mejor infraestructura física.

Sin embargo, la participación del sector privado puede generar fallas de mercado por su tendencia a seleccionar la población de más bajo riesgo y con más altos ingresos y a controlar la demanda de servicios mediante barreras administrativas y económicas^{23, 26, 27}, lo cual se ha hecho evidente en países como Brasil, Colombia y Chile entre otros. Según Bertranou²⁷, las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) chilenas han limitado



Marc Chagall. La revolución, 1937.

la accesibilidad. Un 70% de sus afiliados están por debajo de los 40 años y sólo el 2% tienen más de 65. Así, el sector público debe hacerse cargo de la población con enfermedades crónicas, de los ancianos y los más pobres. Además, por costos, entre 11% y 53% de los afiliados a las ISAPRE utilizan los servicios ambulatorios de las instituciones públicas. En Brasil se ha dado una inadecuada regulación del sector privado, lo cual ha acarreado inflación y selección adversa. Los planes privados de seguro excluyen los servicios de aborto, odontología, enfermedades infecciosas, crónicas o catastróficas

El sector privado también exige mayores gastos administrativos en los procesos de contratación y auditoría; hay costos que se transfieren a otro sector del gobierno como costos ocultos de la privatización²⁸ (un ejemplo en Colombia es el costo que ha significado para el sector judicial el trámite de tutelas en salud).

Las fallas de mercado y de gobierno tienen como trasfondo el desencuentro de principios y propósitos entre los diferentes actores; mientras la entidad pública busca el beneficio social, el sector privado busca beneficio económico, lo que genera relaciones interinstitucionales conflictivas y complejas.

Existen muchas formas de participación pública y privada en la financiación, el aseguramiento y la prestación de servicios. Algunas de las más comunes en los países latinoamericanos, son la financiación pública y la prestación privada. Sin embargo, la estructura más apropiada de participación depende del contexto y la magnitud de las imperfecciones que se desea corregir²⁹. Se requiere encontrar la más apropiada en cada contexto para cosechar responsabilidad pública y cumplir las funciones del Estado.

Aspectos relevantes de la implementación de reformas de Salud en Colombia

En las reformas de salud de Colombia, iniciadas con la descentralización en 1987 y 1990, y luego con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en 1993, se han dado concomitantemente la descentralización y la privatización, lo que ha hecho más complejo el proceso. Se han utilizado diferentes formas de descentralización^{15,30}, predominando la devolución a partir de 1987 con la elección popular de alcaldes. Con este proceso, las autoridades de los municipios descentralizados han quedado como responsables de la provisión de servicios de salud a la población no afiliada al régimen contributivo, mediante la asignación de subsidios para salud. Igualmente es responsable de la provisión de los programas de promoción y prevención, de vigilancia y control del sector, entre otros. Algunos estudios realizados sobre la descentralización del sector salud colombiano han señalado el limitado desarrollo de la capacidad administrativa en los municipios³¹⁻³³, el incremento del clientelismo en los cargos del sector salud a nivel municipal, que ha conducido a vincular personal no calificado, sin ninguna o escasa formación en salud y con alta rotación. Por ello, la capacidad técnico-administrativa del municipio para dirigir el sector salud es muy limitada, lo que afecta su habilidad para movilizar la comunidad, su credibilidad, liderazgo y capacidad de

negociación, circunstancias que permitieron al sector privado lograr mayor posicionamiento y dominio dentro del sector. Estudios realizados en algunos municipios indican un desequilibrio de poder político, económico y técnico entre los actores, lo cual finalmente afecta el cumplimiento de los principios que inspiraron la ley, como son la mejora de la cobertura, el acceso, la calidad y la eficiencia³²⁻³⁴. En cuanto a participación comunitaria, se han creado organizaciones para jugar un papel en la gestión en salud, pero su efectividad en la toma de decisiones se ha visto limitada, por la falta de capacitación e información de los líderes y la comunidad sobre asuntos de salud, y por la falta de apoyo por parte del gobierno municipal^{33,35-37}. La política de privatización se fundamenta en que las entidades públicas crean oportunidades para el clientelismo político, endémico en el sector público, lo cual restringe su capacidad de operación; por tanto, debe privilegiarse el sector privado para corregir fallas de gobierno. Sin embargo, las empresas privatizadas también ofrecen posibilidades más lucrativas que las entidades públicas³⁸. Por ejemplo, en el Reino Unido la privatización ofrece a los políticos un medio para comprar votos y lograr prebendas para sus amigos. La venta de activos públicos a entidades privadas por valores por debajo del mercado constituye una contribución potencial para las campañas electorales.

Algunos estudios adelantados en Colombia se han ocupado de analizar aspectos específicos de los avances y resultados de la implementación del SGSSS. Al parecer, la equidad y la accesibilidad de los servicios de salud han mejorado para algunos grupos de población, dado que una mayor cantidad de población pobre ha sido afiliada al SGSSS que pasó así de 3.1% a 43.7%^{39,40}; no obstante el estar afiliado no ha constituido una garantía de acceso⁴¹. También el proceso de descentralización ha contribuido a la equidad en la asignación de recursos entre los municipios más pobres y los más ricos⁴². Sin embargo, las

iniquidades persisten en aspectos como la falta de cobertura universal, la existencia de un paquete diferencial de servicios para el régimen contributivo y el régimen subsidiado, la oferta de servicios y la distribución regional del recurso humano^{1, 41}. Además, los mecanismos de mercado, la mayor participación privada, la disminución de la oferta pública, han mostrado fallas de las redes de servicios, fallas de mercado, como la selección adversa de población, conflictos entre aseguradoras y prestadoras, barreras económicas,⁴³ geográficas y administrativas que han afectado el acceso a los servicios y pago de tarifas por debajo del costo lo que ha ocasionado crisis en los prestadores^{17, 18, 20, 32, 44}. En muchas localidades, las aseguradoras no contratan los servicios de primer nivel con el hospital público del municipio, aun cuando allí estén disponibles, obligando a sus afiliados a desplazarse a otro municipio para acceder a ellos; se crean así barreras geográficas, se aumentan los costos de desplazamiento y se desestimula el uso de los servicios^{32,33}. Batley²⁸ argumenta que la evidencia de mayor eficiencia y efectividad en la provisión de servicios públicos a través de la privatización es débil; no ha habido capacidad de los gobiernos para manejar la relación público-privada. La rápida privatización ha creado serias preocupaciones sobre la regulación, que requiere mecanismos y habilidades administrativas complejas de los gobiernos si se quiere asegurar la equidad y la calidad de los servicios⁴⁵.

Como se mencionó previamente, la reforma de salud en Colombia incluyó cambios significativos en la estructura y organización del sector. Se ha cambiado un sistema basado en la oferta por uno basado en la demanda, con mecanismos de mercado sin una efectiva regulación del Estado; se dio una amplia participación al sector privado como asegurador y como prestador de servicios, lo cual ha significado un crecimiento de la infraestructura privada, principalmente en las grandes ciudades, a la par que se ha desestimulado el crecimiento del

sector público. Sin embargo, la participación del sector privado como prestador es muy limitada o inexistente en los municipios medianos y pequeños^{32, 33}. Varios informes de evaluación del SGSSS han señalado resultados controvertidos, porque a pesar del incremento en los recursos asignados al sector durante la década, éstos no se ven reflejados en mejores logros en materia de prestación de servicios, acciones de salud pública y condiciones de salud^{46, 36}. Antes de introducir el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en 1993, la cobertura de la población con servicios de salud era aproximadamente del 75% de la población, de la cual cerca del 20% estaba asegurada⁴⁴. Con el SGSSS¹ el porcentaje de población afiliada al régimen contributivo o subsidiado llega al 56-62% pero no hay datos claros sobre el porcentaje que accede efectivamente al servicio cuando así lo requiere. Por otro lado, la crisis de los hospitales públicos del país, relacionada con los problemas de flujo de recursos entre los actores del sector, las bajas tarifas, el no pago oportuno de las aseguradoras a las instituciones públicas por los servicios prestados a sus afiliados y las bajas condiciones laborales, ha sido una constante durante toda la década. Adicionalmente, las deudas del Estado con los hospitales por los servicios prestados por urgencias a población no afiliada al sistema, la subutilización de infraestructura instalada por falta de contratación con las aseguradoras privadas y las administradoras del régimen subsidiado también han contribuido a esta crisis⁴⁷⁻⁴⁸. Otro aspecto preocupante ocasionado en el SGSSS es la ruptura de las redes de servicios y la fragmentación de la atención, aun de servicios básicos y preventivos⁴⁶.

Las actuales reformas a los sistemas de salud implican una nueva conceptualización de red de servicios de salud, dada la amplia gama de actores e instituciones privadas involucradas en el sector. En el caso colombiano, la nueva concepción de red de servicios de salud hoy debe incluir una diversidad de actores e instituciones, tales como las aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados, así como las autoridades de salud locales y regionales, las organizaciones comunitarias y los centros de investigación en salud, entre otros. Según Alexander⁴⁹ y otros, una red de servicios es, en la actualidad, una estructura voluntaria relativamente flexible que reúne profesionales y organizaciones autónomas de la salud, públicas y privadas, de una territorialidad, que deben trabajar juntos para coordinar y proveer una amplia gama de servicios de salud a su comunidad, con el fin de lograr un propósito común; aunque los miembros de la red planean y toman decisiones juntos, cada institución mantiene autonomía para operar. La confianza, el compromiso, la interrelación e interdependencia son la amalgama de la acción colectiva en las redes de salud. La red debe lograr igualdad y equidad en las políticas, reconociendo las diferencias en las contribuciones de sus miembros, debe atender las necesidades de sus organizaciones sin usurpar su autoridad y proveer directrices estratégicas claras⁵⁰.

Los argumentos planteados anteriormente señalan la necesidad de establecer nuevas políticas, estrategias y procesos que permitan articular

las instituciones y sincronizar los intereses de los diferentes actores del sector salud involucrados en la provisión de servicios de salud en el ámbito municipal y regional. El buen desempeño del sector no se mide por la suma del desempeño de cada institución en particular, sino por el logro de las metas comunes.

Experiencias de alianza y cooperación público-privada

Algunas de las políticas que han venido ganando importancia a nivel internacional son aquellas que conducen a crear alianzas y mecanismos de cooperación interinstitucional. Varios países desarrollados y en vía de desarrollo han optado por introducir este tipo de políticas con el fin de racionalizar recursos, asegurar la integridad de la atención, armonizar los objetivos, intereses y potencialidades de cada institución. La estrategia de trabajo entre diferentes agencias es una manera de contribuir al desarrollo de capital social. Heller⁵⁰ y otros argumentan que la democratización de la vida organizacional está relacionada con el crecimiento de la competencia internacional y la adversidad financiera, lo que ha llevado a muchas compañías a implementar nuevas formas de organización en alianza con otras. En los países desarrollados y los subdesarrollados es posible identificar varias formas de cooperación y de redes de trabajo, que se entienden como colaboración interempresarial. Ejemplos de ello son las alianzas estratégicas, los grupos de trabajo conjunto, de asesores y/o consultivos, sociedades, grupos de planeación, colaboración multi e intersectorial, contratación, asociaciones o *partnership*, en los cuales el sector privado y público, la comunidad, las ONGs, etc., están involucrados en trabajos conjuntos⁵⁰. En países como Inglaterra, la mayor participación privada en salud ha generado la necesidad de nuevas formas de organización y de alianzas (*partnership*) entre los sectores público y privado, las ONG y las organizaciones comunitarias para asegurar el derecho a la salud de todos los ciudadanos, racionalizar los costos y mejorar la calidad^{51,52}, superando con ello las fallas de gobierno. Otras experiencias internacionales son las siguientes: Partnership for Health Information Standards, de Canadá, en el cual convergen importantes instituciones del sector salud y de tecnología en sistemas; Asian and Pacific Islander Partnership for Health, que se ocupa de organizar y proveer información sobre servicios de salud a los emigrantes de Asia y el Pacífico en la ciudad de Washington; Partnership in Health and Social services, en el Reino Unido, para mejorar la calidad de los servicios, racionalizar los recursos y evitar duplicidad en las acciones; Public Health Improvement Partnership, del Departamento de Salud de Washington. La Junta de esta organización ha desarrollado un menú de servicios de salud críticos, como acceso a servicios generales, riesgos de comportamiento en salud, enfermedades infecciosas, cuidado materno y prenatal y salud mental, entre otros; Partnership for Health Reform (PHR) ha estado vinculada a procesos de reforma de los sistemas de salud y mejoramiento de los hospitales en Malawi-África, en varios países de Latinoamérica y el Caribe (Bolivia, República Dominicana, Ecuador, el Salvador, Guatemala, México), el Medio Oriente y Norte de África (Egipto, Jordania, Marruecos, Irán, Yemen) y en el Sur de África (Kenia). En esta asociación han participado el gobierno, el sector

privado, las ONG y las organizaciones comunitarias; En cuanto a Partnership for Health Development, fue creado en los países del Sureste de Asia, está liderado por el Ministerio de Salud de Myanmar y sus socios son organismos internacionales como la Fundación Japonesa de SIDA, la Asociación Médica Asiática, el Comité internacional de la Cruz Roja; En lo que se refiere a Community-Campus Partnership For Health, funciona en Washington y Oregon y su finalidad es la promoción de la salud mediante la asociación de la comunidad e instituciones educativas de alto nivel.

CONCLUSIONES

El SGSSS y la descentralización del sector salud en Colombia, como otras reformas de salud en el mundo, han ampliado la gama de actores, la participación del sector privado y han introducido mecanismos de mercado, tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios, con el objeto de mejorar la eficiencia, eficacia, calidad, cobertura y el control de costos en la provisión de servicios. La descentralización supone desarrollo de capacidad administrativa e institucional del gobierno municipal para dirigir el sector salud y proveer servicios a la comunidad. Sin embargo, en los escenarios municipal y regional, se han detectado debilidades en la capacidad administrativa del gobierno, mayor posicionamiento del sector privado y limitada participación de la comunidad lo que hace difícil el desarrollo desequilibrado del sector. En la práctica, la fragmentación de responsabilidades entre los actores, y de los servicios, las barreras para el acceso, el ánimo de lucro, los crecientes costos administrativos de los procesos de autoría, han vulnerado los principios fundamentales del SGSSS. Esta situación urge introducir nuevas políticas nacionales tendientes a crear mejores formas de relación y equilibrio entre los actores del sistema, públicos y privados, con nuevos valores que den soporte al propósito de sistema de

salud, el cual debe centrarse en contribuir efectivamente a mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de la población. En este sentido es importante reconocer que la dimensión multi-sectorial es inherente a casi todas las intervenciones en salud, y que los rápidos avances de la tecnología, y los sistemas de comunicación a través del mundo hoy, han hecho, irrevocablemente, de todas las naciones, regiones y localidades una parte de la aldea global. Ningún país, región, localidad o institución es inmune a las consecuencias de las acciones de otros. El mundo de los servicios es hoy un mundo de redes de trabajo conjunto y cooperativo, lo que para los países en desarrollo puede significar un mecanismo, una oportunidad para fortalecer su capital social. En el caso del sector salud colombiano, urge el desarrollo de la investigación y la generación de una política nacional de alianza y cooperación de instituciones públicas y privadas que cree nuevos valores en las relaciones interinstitucionales, que hagan contrapeso, eviten y controlen las fallas de mercado y de gobierno que han venido vulnerando los principios en que se fundamenta el Sistema de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Granados RT, Gómez MC. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Rev Salud Pública*. 2000; 2(2): 97-120.
2. Bloom G. Equity in health in unequal societies: meeting health needs in context of social change. *Health Policy*. 2001; 57(3): 205-224.
3. North N, Bradshaw Y. *Perspectives in health care*. London: MacMillan; 1997. 194 p.
4. Vega R. Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Rev Salud Pública*. 2001; 3(2): 1-26.
5. The World Bank. *World Development Report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press; 1993. 335 p.
6. The World Bank. *World Development Report 1997: the State in changing world. The international bank of reconstruction and development*, The World Bank. New York: Oxford University Press; 1997. 291 p.
7. Griffiths R, Crump C. A public health perspective. En: Spurgeon P. *The new face of the NSH*. 2ª ed. London: The Royal Society of Medicine Press; 1998. p.69-120.
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre el desarrollo humano*. New York: UNDP; 1999.
9. Castañeda T, Beeharry G, Griffin C. Decentralization of health services in Latin American countries: issues and some lessons. En: *Annual world conference on development in Latin America and the Caribbean*. Washington: The World Bank; 2000.
10. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997; 41(1): 1-36.
11. Mills A, Bennett S, Russell S. *The challenge of health sector reform: what must government do?*. Oxford: MacMillan Press; 2001. 245 p.
12. Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, Saxenian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bull World Health Organ*. 1994; 72(4): 653-662.
13. Ham C. Population centred and patient focused purchasing: the UK experience. En: Spurgeon P. *The New Face of the NSH*. 2ª ed. London: The Royal Society of Medicine Press; 1998. p.1-20.
14. Dye TR. *Understanding public policy*. New Jersey: Prentice-Hall; 1972.
15. Rondinelli DA. Decentralizing Urban Development Programs: a framework for analyzing policy. En: Finger JM, Messerlin PA. *Policy and research series*. Washington: Agency for International Development; 1998. p.31-52.
16. Lopez MR. *Fiscal decentralization in Latin America*. Washington: The World Bank; 1995. 95 p.
17. Montiel L. *Institutional Development of local government in a developing country: the case of Venezuela [tesis doctoral]*. Birmingham: University Birmingham; 1998. 230 p.
18. Penagos G. *Descentralización administrativa*. 3ª ed. Bogotá: Librería del profesional; 1994. 186 p.
19. Kumaranayake L, Lake S, Mujinja P, Hongoro C, Mpembeni R. How do countries regulate the health sector? evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health Policy Plan*. 2000; 15(4): 357-367.
20. Bennett S, McPake B, Mills A. *Private Health providers in developing countries*. London: Zed Books; 1997. 320 p.
21. Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la revista internacional de salud pública: recopilación de artículos 2000*; (3): 163-172.
22. Scott C. *Public and private roles in health care systems*. Buckingham: Open University Press; 2001. 184 p.

23. Di Matteo L. The determinants of the public – private mix in Canadian health care expenditures 1975-1996. *Health Policy*. 2000; 52(2): 87-112.
24. Franco A. Sistemas previsionales: salud y reformas en América Latina. *Rev Salud Publica [revista en Internet]* 2001[citado octubre de 2002]; 3(3). Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistasp/v3n3/v3n3e2.htm>
25. Fiedler JL. The privatization of health care in the Latin American social security systems. *Health Policy Plan*. 1996; 11(4): 406-417.
26. Puhorit B. Private initiative and policy options: recent health system experience in India. *Health Policy Plan*. 2001; 16(1): 87-97.
27. Bertranou FM. Are market – oriented health insurance reforms possible in Latin America? the cases of Argentina, Chile and Colombia. *Health Policy*. 1999; 47(1): 19-36.
28. Batley R. 1996 Public – Private relationships and performance in service provision. *Urban Stud*. 1996; 33(4-5): 723-751.
29. Start D. Recombinant property in East European Capitalism. *J Am Soc*. 1996; 101(4): 993-1027.
30. Kutzin J. Experience with organisational and financing reform of the health sector. Geneva: World Health Organization; 1995. 56 p.
31. Departamento Nacional de Planeación. Informe de coyuntura desempeño laboral en el 2000 y perspectivas para el 2001. Bogotá: DNP; 2001.
32. Ministerio de Salud de Colombia, Municipio Centinela. Evaluación de la implementación del Sistema General de Seguridad en Salud 1997–1999. Bogotá: Minsalud; 2001.
33. Molina G. An examination of the process of decentralization of the health sector in Colombia [tesis doctoral]. Inglaterra: Universidad de Birmingham; 2003. 414 p.
34. Molina G, Rodríguez C. Características de la descentralización en salud en tres municipios: Itaguí, La Ceja y Balboa. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2002; 20(2): 7-22.
35. Yépez F, Sánchez LH. La descentralización de salud en Colombia: estudio de casos y controles [sede Web]. Bogotá: ASSALUD; 2002 [acceso 20 de agosto de 2006]. Disponible en: http://www.idrc.ca/en/ev-68272-201-1-DO_TOPIC.html
36. Silva L, Herrera V, Agudelo C. Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud en siete municipios colombianos. *Rev Salud Pública*. 2002; 4(1): 1-20.
37. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Varela A. Strengthen user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan*. 2001; 16 Supl 2: 52-60.
38. Marangos J. A post keynesian critique of privatisation policies in transition economies. *J Int Dev*. 2002; 14(5): 573-589.
39. Castaño RA, Arbeláez JJ, Giedion U, Morales LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. En: Series CEPAL. Financiamiento del desarrollo No. 108. Santiago de Chile: Naciones Unidas. CEPAL; 2001. p.42-59.
40. Céspedes JE, Jaramillo I, Reynales J, Martínez R, Olaya S. Reforma de la seguridad social en salud en Colombia efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública*. 2000; 2(2): 145-164.
41. Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition: lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy Plan*. 2001; 16 Supl 2: 44-51.
42. Bossert TJ. La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un estudio comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. Boston: Harvard School of Public Health; 2000. p.75-86.
43. Eastman J, Orozco A. La Salud es un negocio que discrimina según la capacidad de pago [sede Web]. Bogotá; 19 de septiembre de 2005 [acceso 22 septiembre 2005]. Disponible en: www.portafolio.com.co.
44. Cardona A, Nieto E, Arbeláez P, Agudelo B, Chávez BM, Montoya A et al. Impacto de la reforma colombiana de Seguridad Social sobre la dinámica y características del aseguramiento en salud. *Rev Facultad Nacional de Salud Pública*. 1999; 16(2): 9-29.
45. Sen K, Kouvisalo M. Health care reforms and developing countries: a critical overview. *Int J Health Plann Manage*. 1998; 13(3): 199-215.
46. Arbeláez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis Control and Managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Manage*. 2004; 19 (Supl 1): 25-43.
47. Arango Londoño G, Tobón Londoño G, Colaboradores. Hospitales piden pago oportuno por los servicios de salud. *Portafolio*. Jueves 9 de marzo de 2006; Dos minutos: 2 (2-4).
48. López Ortiz S. Vida y la muerte. *El Colombiano*. Domingo 17 de Julio de 2005; Vida y Sociedad: 6 (2-6).
49. Alexander J, Lee SY, Bazzoli G. Governance forms in health systems and health networks. *Rev Health Care Mange*. 2003; 28(3): 238-242.

50. Heller F, Taket A. The organisational participation: mit and reality. En: Taket A, White L. Partnership and participation: decision making in the multi-agency setting. England: John Wiley and Sons Ltda.; 2000. p.21-35.
51. Taket A, White L. Patherhship and Participation: decision – making in the multiagency setting. England: John Wiley and Sons Ltda; 2000. 256 p.
52. Department of Health, the United Kingdom. Partnership in action: health and social services care joint unit [sede Web]. London: Department of Health U. K; 1999 [Acceso 20 de agosto de 2003]. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/hsmc/library/partnership.htm>