

# REFORMA Y DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN VENEZUELA: ALCANCES, LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS

Jorge Díaz Polanco<sup>1</sup>

## INTRODUCCION

La reforma del sector y una de sus estrategias fundamentales, la descentralización, deben ser entendidas en el marco más general de la reforma del Estado. Esta se trató, sobre todo en la década de los años 90, de un proceso en el que la mira estuvo puesta sobre la eficiencia de la gestión pública, con cambios de enfoque en el tiempo, desde una perspectiva eminentemente neoliberal que proponía procesos de privatización, hasta una revisión en la cual se admite la posibilidad de los países pudiesen introducir importante modificaciones en la dirección de tales reformas.

Si se toma en cuenta que muchos de esos procesos estuvieron apoyados por las agencias multilaterales –fundamentalmente el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM)- es posible seguir esos cambios examinando las diferentes agendas elaboradas para la reforma.

Esa Cooperación Técnica (CT) prestada a través de las agencias multilaterales, excluyó a la OPS por razones muy especiales. Se trataba de invertir ingentes recursos en la modernización de las redes de servicios y en la gestión de las mismas, entendiendo que el principal problema, no era tanto la escasez de recursos financieros, sino su mala administración. Se trataba pues, de una reforma en el marco de la hegemonía de los problemas económicos y las agendas de reforma de los países lo reflejaban claramente en los temas que se seleccionaron como materia de políticas: Costos, mecanismos de asignación de recursos, tarifas, etc, temas todos que reflejaban el predominio de lo económico sobre lo sanitario (Díaz Polanco y Bronfman, 2003). De esta manera, en muchos países, las reformas salud devinieron en reformas financieras. Las negociaciones y los acuerdos rara vez se celebraron en los Ministerios de Salud; se preferían los de finanzas porque la visión que se pretendía imponer, resaltaba la importancia de la cobertura de acuerdo a la disponibilidad de recursos para financiar un sistema de salud. De esa visión surgieron los “paquetes básicos” que expresaron la restricción de la oferta de servicios a la población en función de la capacidad financiera. Una lógica a la inversa se planteaba en otros países: de dónde obtener los recursos para dar la mayor cobertura posible. La primera perspectiva ubicaba las discusiones en los ministerios de finanzas y lo sanitario aparecía como un derivado; la segunda, lo hacía en los ministerios de salud y en ellas la capacidad financiera aparecía como un reto.

Igualmente, se privilegió a provincias que habían recibido, de parte de los gobiernos centrales, las competencias de salud porque se entendía que ello proporcionaba a dichas provincias o estados, autonomía para decidir sobre la forma en que se utilizarían los recursos, organizar instituciones apropiadas y desarrollar iniciativas innovadoras para la prestación de servicios y la reorganización del proceso de trabajo del personal de salud. Estas reformas se pueden sintetizar, en cuanto a sus objetivos, de la siguiente manera:

- ◆ Lograr la universalización de la cobertura mediante la focalización del gasto público en un paquete de servicios básicos dirigido a la población más pobre, fundamentado en la separación entre prestación y financiamiento.

---

<sup>1</sup> Sociólogo. Profesor-Investigador del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela. Coordinador del proyecto: “La Reforma de Salud de Venezuela: El impacto de la descentralización en el desempeño de los sistemas de salud y en las condiciones de salud de la población (RESVEN).”

- ◆ Más equidad al elevar la calidad y eficiencia de los servicios públicos
- ◆ Uso eficiente de los recursos disponibles mediante transformaciones organizacionales que contemplan la autonomía de gestión de sistemas y servicios.
- ◆ Mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud (Díaz Polanco y Maingón, 1999).

Se recalca el uso eficiente de los recursos que, en cierta medida depende de las transformaciones que sufra la gestión, necesariamente autonomizada del gobierno central y que por esa vía, confiere libertad de contratación a los establecimientos. Este esquema supone, en algunos países un cambio radical de la organización del proceso de trabajo del equipo médico para lo cual, entre otras cosas, se pretende mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud.

Por estas razones, la descentralización es una estrategia central de esas transformaciones. Muchos gobiernos definieron esta situación de manera equívoca pues no existía ni la convicción de que la descentralización era una salida adecuada, ni la voluntad política para echarla a andar. Esas posiciones fueron diferentes según los países. En algunos, como es el caso de Venezuela, la reforma del sector nunca constituyó una prioridad para un Ministerio que se concebía a sí mismo depositario de todo el saber y experiencia. Ello se expresó en la definición inicial de la reforma como equipamiento de hospitales y mejoramiento de su infraestructura, de manera que el sistema en su estructura, quedaba incólume.

Una de las consecuencias más importantes de esta experiencia que nunca prosperó en su totalidad, fue la de vincular ideológicamente la descentralización con el neoliberalismo de las propuestas multilaterales iniciales, de manera que en países en los cuales se produjeron cambios importantes en la concepción del Estado, resultaba abiertamente inaceptable.

Son éstas las circunstancias que rodearon las propuestas de reforma de la salud en Venezuela y que revisaremos a continuación.

### **La Reforma de Salud en Venezuela.**

El sector salud venezolano, ya desde los años 40 del siglo pasado, comenzó a fragmentarse, proceso que ha llevado a un conjunto de creciente ineficiencia en su gestión y, sobre todo, a una privatización acelerada a partir de finales de los años 70. Ya para esa época, el mismo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) autorizó a los médicos, a hospitalizar sus pacientes privados en algunos hospitales públicos, pagando una tarifa reducida y gozando, por ello, de trato preferencial. En efecto un decreto de 1977 permite este uso peculiar de los servicios públicos (Revello, 1997).

Aún antes, en 1944, la creación en 1944 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) apuntó en esa misma dirección fraccionadora al conceder el privilegio de la atención médica a los trabajadores asalariados y sus familiares, quienes eran los únicos beneficiarios de este esquema restringido de Seguridad Social. Pronto, diferentes gremios y grupos de interés de la sociedad venezolana comenzaron a diferenciarse del resto mediante el establecimiento de demandas de salud para la creación de servicios exclusivos. Así nacen, entre otros, el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), destinado exclusivamente a prestar servicios médicos a los trabajadores de la educación, y los institutos de previsión del profesorado de las universidades nacionales, entre muchos otros. Estos regímenes son paralelos al IVSS, de manera que sus cotizantes no son contribuyentes de este Instituto y tienen sus propios regímenes de prestaciones socioeconómicas y de salud. Sin embargo, en los casos en que el vínculo laboral con las instituciones cubiertas por estos regímenes especiales es parcial y el beneficiario tiene otras fuentes de ingreso, también cotizan al IVSS y existe entonces la doble y triple tributación. El denominador común de estos regímenes contributivos, es el de captar re-

cursos públicos para asignarlos a un grupo específico, con claros efectos regresivos sobre la redistribución del ingreso pero, sobre todo, con impacto importante en la creciente ineficiencia del sector público de la salud.

Este esquema institucional se complica porque el mercado y creciente deterioro de los servicios públicos de salud, obligó a los ministerios y dependencias públicas, mediante mecanismos de presión sindical y clientelismo, a contratar pólizas privadas de HCM para cubrir a sus trabajadores, incluido el MSAS. No es necesario señalar la consecuencia que ello tuvo y sigue teniendo sobre la creciente ineficiencia del sector público.

Este proceso clientelar aquí brevemente descrito se inicia a partir de finales de los años sesenta y se acentúa progresivamente, en consonancia con el creciente deterioro de la legitimidad del sistema político. En el terreno de la salud, se manifiesta mediante la creación y aprobación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNAS) la cual, en un esquema desconcentrado, proponía la unificación de los regímenes de prestaciones de salud del IVSS y del MSAS. Esta Ley fue aprobada en agosto de 1987 con la abierta oposición de todos los actores afectados e incluso, con la oculta duda de sus mismos proponentes. Estas posiciones coincidentes e los actores obedeció a la percepción de la crisis futura y de la necesidad de proteger los privilegios adquiridos hasta entonces, en un movimiento que demostraba, no sólo la atomización del sector, sino la creciente anomia que se acentuaba en la sociedad venezolana. La evaluación posterior (1989) de los efectos de esta Ley, fue totalmente negativa. Nunca se pudo, como era de esperarse, unificar ningún régimen y, en consecuencia, tampoco se creó ningún Sistema Nacional de Salud. La aprobación de dicha Ley, a nuestro juicio, representó uno de los indicadores del deterioro del sistema político que había venido imperando desde la década de los años sesenta, porque el Congreso Nacional nunca tuvo en cuenta la verdadera viabilidad de la propuesta y tampoco se planteó la necesidad de la negociación para avanzar, si no en la unificación, por lo menos en paliar los efectos de la excesiva atomización e ineficiencia del sistema público de salud (Díaz Polanco, 1990).

Frente a la evidencia del creciente deterioro del sistema político se crea la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE) cuya única virtud, fue poner a marchar los procesos de descentralización porque la más importante de las reformas –la reforma constitucional– nunca se llevó a cabo. La crisis del sistema político se hizo evidente en 1989 cuando se produce la asonada popular espontánea conocida como el “Caracazo” y algunos años después, los intentos de golpe de estado (1992 y 1997).

En diciembre de 1998 se aprueba, apresuradamente, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud cuya fortaleza residía en la propuesta de privatizar la administración de los fondos de salud, a la manera en que había ocurrido en Chile, y en Colombia en cierta forma. A pesar de las innumerables evidencias en contra de la equidad y la eficacia que se pusieron a disposición de los decisores de la época, no hubo manera de que se entendiera el cúmulo de problemas que tal propuesta significaba y, sobre todo, la terrible exclusión que provocaría, dada la informatización creciente del mercado de trabajo y la progresiva pérdida del poder adquisitivo del salario promedio que caracterizaba a la economía venezolana del momento, es decir, de la creciente pobreza.

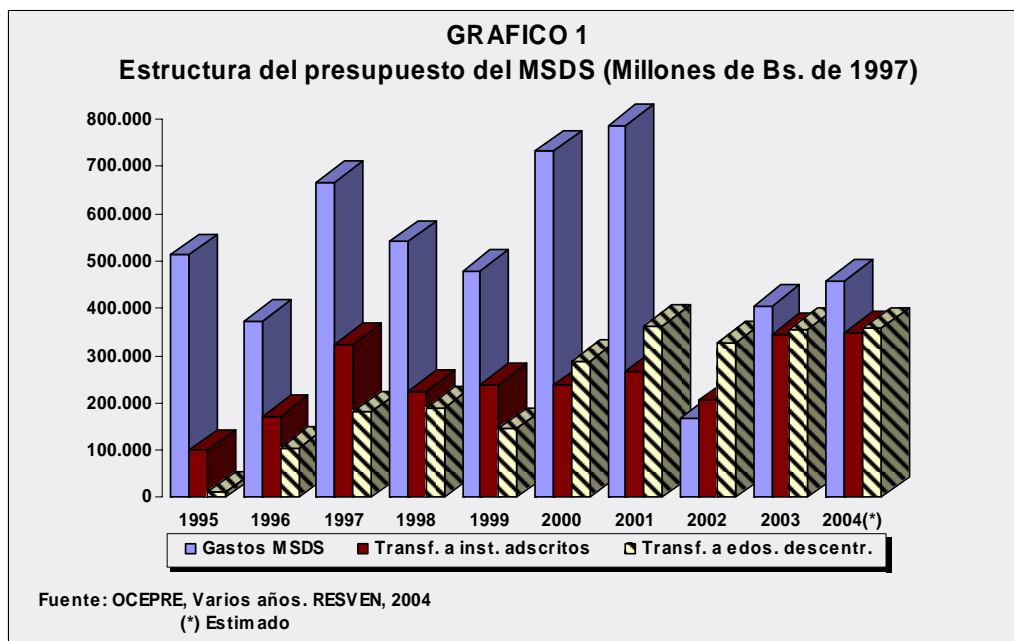
En 1999, con la ascensión al poder por la vía electoral del régimen de Hugo Chávez Frías, esa Ley es engavetada y la Asamblea Nacional Constituyente formula una nueva propuesta la cual quedó definitivamente expresada en los artículos de la Constitución que surgió de ese momento. Sin embargo, salvo los lineamientos generales establecidos en la mencionada Constitución, la Ley de Salud no existe. La propuesta que se había preparado por un cuerpo técnico del MSAS, no es aprobada en el marco de la Ley Habilitante que facultaba al nuevo Presidente

para sancionarla y pasa esa responsabilidad a la Asamblea Nacional que surge como producto de las elecciones posteriores.

Esa Ley, en tanto que expresión de la voluntad política del momento, proponía la desaparición del IVSS y la adscripción de sus diferentes regímenes dinerarios a los Ministerios afines a cada uno, en tanto que los establecimientos de salud dependientes del IVSS pasarían a formar parte del MSAS.

La defensa del IVSS por parte de los asambleístas no se hizo esperar. Diferentes equipos desfilaron por ese Instituto que se caracteriza por ser uno de los más ineficientes y corruptos de toda la historia republicana de Venezuela en los últimos tiempos. Ninguno de esos equipos fue capaz de sanear el IVSS y hoy día se ha sancionado de hecho la atomización secular del sector salud y de sus regímenes porque se concibe que la salud es parte del IVSS y no a la inversa como había propuesto el MSAS.

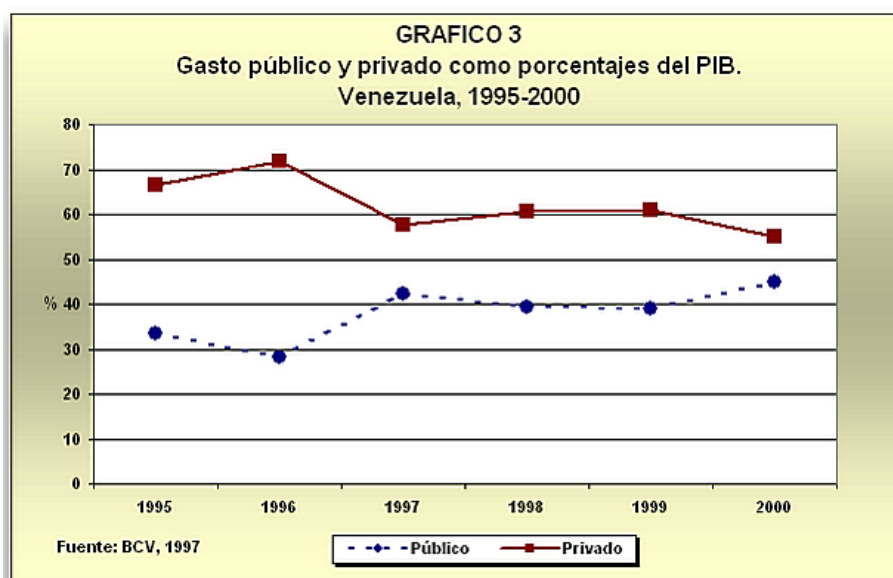
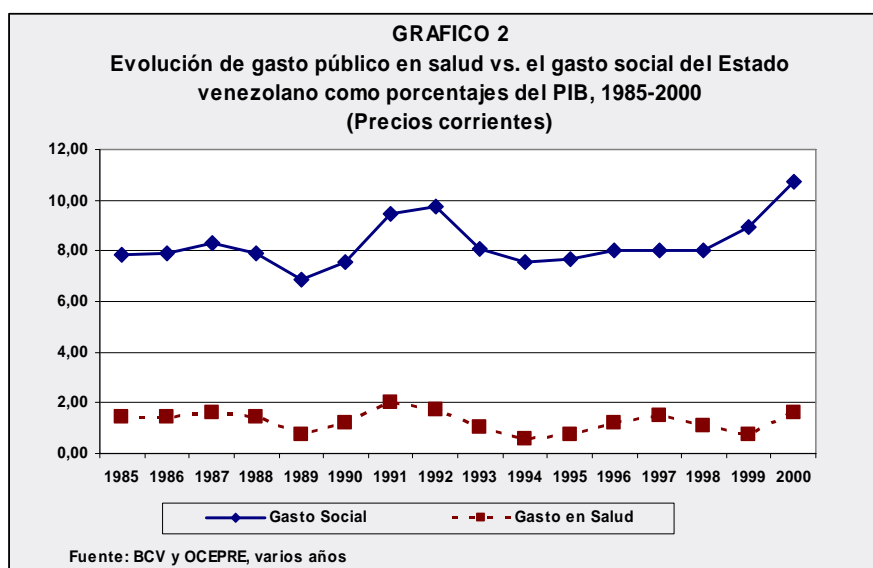
Pero un nuevo tema vino a complicar más el asunto. El MSAS, por expresa disposición del Presidente Chávez se transforma, mediante la adscripción a él de otros ministerios y dependencias de carácter social, en Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y, lejos de racionalizar el gasto corriente y favorecer a las entidades federales descentralizadas, aumentó el gasto burocrático porque se interrumpió el proceso de racionalización a que el MSAS había estado sometido desde el año 2000 y que apuntaba a la reducción de su tamaño, de sus gastos de funcionamiento y a su especialización en el ejercicio de la rectoría de un sistema nacional de salud descentralizado. El siguiente gráfico ilustra la evolución de la estructura del presupuesto de gastos del MSDS (MSAS) a precios constantes de 1997, entre 1995 y 2004.



Como puede observarse, los gastos del Ministerio a partir del año 2000 se incrementan en 80 % con relación al año precedente; por su parte las transferencias a los estados descentralizados, aunque experimentan en general un moderado aumento, éste dependió del número de ellos que había alcanzado ese status para el año 1995 (eran 5 y llegan a 19 en la actualidad). Las reducciones que se observan a partir del 2002 en todo el presupuesto, son producto de la devaluación monetaria y de la profunda crisis fiscal del Estado venezolano. Pero, en todo caso, los

gastos del MSDS crecen mucho más que los de los estados descentralizados, asunto que contradice abiertamente lo establecido en la Constitución y, además, refleja la actual tendencia re-centralizadora del régimen.

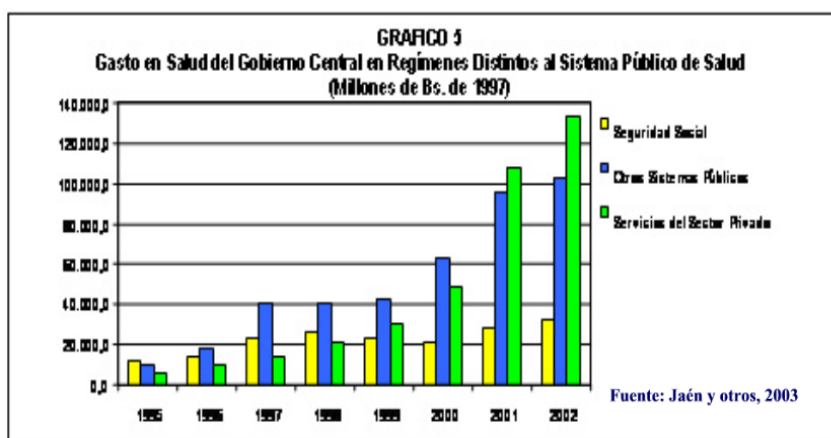
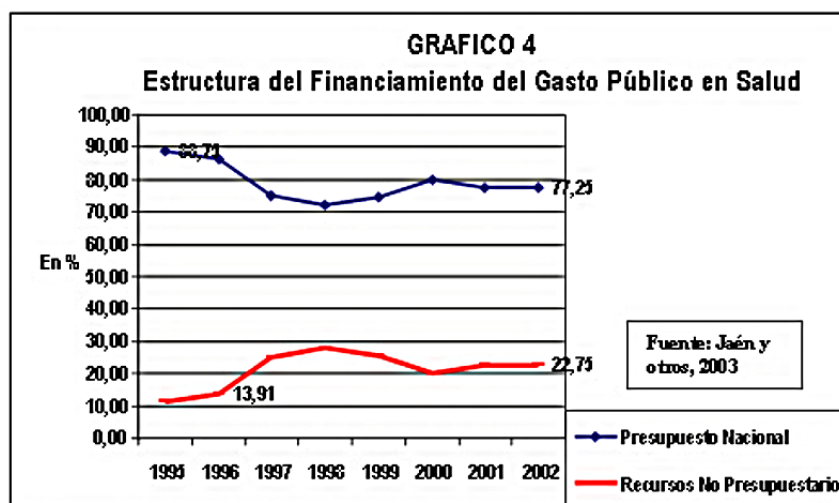
Constitucionalmente está establecido que el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) será descentralizado. El nuevo régimen proclama como sus prioridades a la alud y, sin embargo, las asignaciones presupuestarias al sector, indicador indudable de cómo esas prioridades se cumplen en la práctica, van en sentido contrario. El siguiente gráfico (2) muestra la evolución a precios corrientes del presupuesto público de salud como porcentaje del PIB entre 1985 y 2000



Solamente en el año 1991, el gasto público en salud alcanza algo más del 2 % del PIB lo cual al compararlo con el promedio de la región de América Latina (4 %), es exactamente la mitad (OPS, 2003). Las previsiones presupuestarias del sector para el año 2004, sólo alcanzan al 1,3% para el MSDS, reduciendo dicho porcentaje a los niveles del gasto público en salud correspondientes a 1989. Es importante mencionar que el gasto total en salud para la serie considerada, tiene un promedio de alrededor del 5 % del PIB; en consecuencia, el resto del financiamiento es

eminentemente privado y una gran proporción del mismo, directamente del bolsillo del usuario. El gráfico 3 en la página anterior, muestra la evolución del gasto privado en salud. La tendencia a aumentar el gasto público se ha acentuado pero para el año 2000 aún no había superado el predominio del gasto privado.

Una de las características más importantes de esta particular estructura presupuestaria es la de basarse en un conjunto de transferencias al sector privado, amparadas desde el gobierno central y que se ejecutan como parte de la contratación colectiva de empleados públicos, mediante la compra de servicios privados de HCM. Estos montos aumentaron de Bs. 22.000 millones en 1999 a más de 120.000 millones para el año 2002 (Jaén y otros, 2002).



Asimismo, la falta de planificación y la insuficiencia de los recursos presupuestados se puede apreciar en el gráfico 4 en el cual se muestra que más de una quinta parte (22,75 %) de los gastos de salud para el año 2002, corresponden a recursos no presupuestados

Las consecuencias de este particular arreglo del sector público se aprecian en la tendencia que muestra el gasto en renglones distintos al sistema público de salud y que se observan en el gráfico 4. Obsérvese cómo se mantienen los gastos de la seguridad social pero, a partir del 2001, aumentan los dedicados al sector privado.

## El Financiamiento como proceso político

Es útil detenernos por un momento en el tema del financiamiento, no sólo para examinar su estructura y características generales, sino para entender el papel de dicho proceso en la organización, estructura y funcionamiento del sistema de salud. Las evidencias presentadas, así como muchas otras existentes acerca de la estructura del financiamiento del sistema de salud apuntan a entender que este proceso tiene un lugar muy especial en los sistemas de salud.

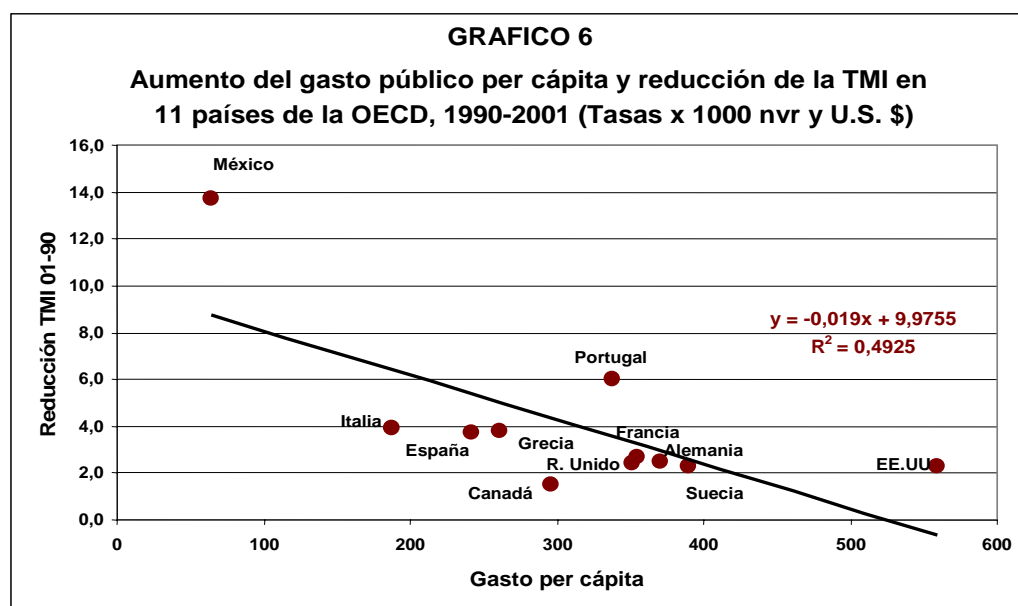
**Tabla 1: Gasto Total en Salud, Gasto Público y Privado como % del PIB; Gasto Per. Cápita. Comparación Internacional, año 2.000**

Países	Gasto Total en Salud como % del PIB	Gasto Público		Gasto Privado como % del PIB	Gasto Total Per. Cápita (US \$)
		% del PIB	% del Gasto Total		
Alemania	10,7	8,3	77,5	2,5	2.727
Canadá	9,2	6,4	69,5	2,8	1.855
EE.UU.	13,9	6,5	46,7	7,5	4.080
España	7,4	5,6	75,6	1,8	1.001
Francia	9,6	7,1	73,9	2,5	2.287
Grecia	8,9	5,3	59,5	3,6	1.016
Inglaterra	6,8	5,9	86,8	1,0	1.480
Italia	7,6	5,3	69,7	2,3	1.511
Portugal	7,9	4,7	59,4	3,2	803
Suecia	8,6	7,2	83,7	1,4	2.220

Fuente: Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo del Mundo, año 2.000

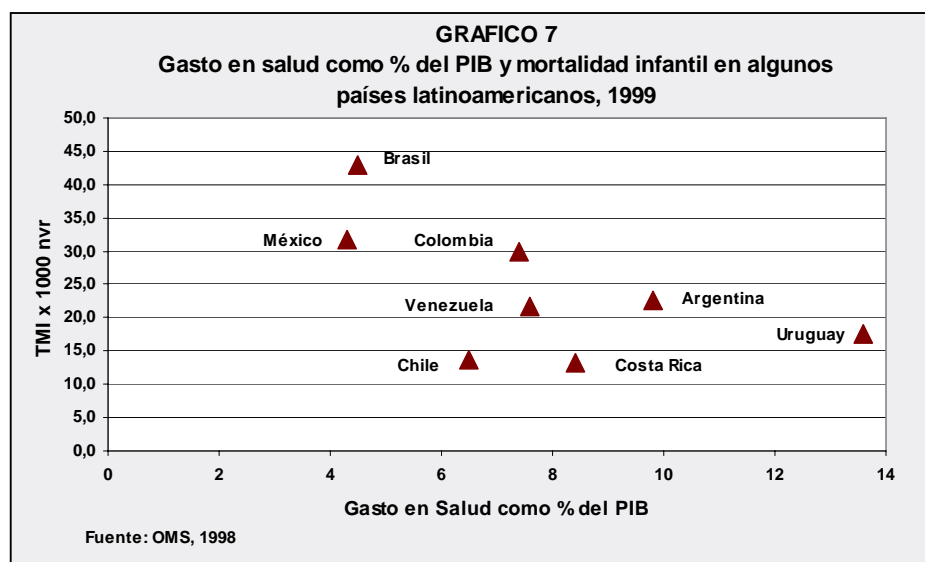
Las experiencias internacionales muestran que aquellos países con sistemas de salud públicos son más eficaces, eficientes y equitativos, que aquellos otros cuyo financiamiento proviene fundamentalmente de fuentes privadas. Las comparaciones hechas entre países desarrollados,

miembros de la OECD arrojan que incluso aquellos que disponen de sistemas públicos financiados con recursos fiscales, muestran mejores resultados que los que poseen un esquema contributivo. La tabla 1 muestra algunos de estos países y en ella se resalta el porcentaje del gasto público sobre el total del



gasto, como porcentaje del PIB para el año 2000.

De entre estos países, Inglaterra, España, Canadá, Suecia, Portugal, Grecia e Italia, son sistemas nacionales de salud, financiados con recursos fiscales y con evidente predominio del gasto público sobre el privado. Son, además, los que tienen un gasto per cápita más bajo y, de acuerdo a lo que se muestra en el siguiente gráfico (6) en relación con indicadores de salud infantil, los que obtienen mejores resultados en el lapso 1990-2001. Estas diferencias son estadísticamente significativas a un nivel de probabilidad de 0.05 ( $t = 2,95$ ). Los mismos resultados se obtienen cuando se compara la mortalidad de menores de 5 años con el gasto en salud como porcentaje del PIB (Capriles y otros, 2001).



Obviamente que no se trata aquí de asociaciones mecánicas y unilineales con la composición del financiamiento. Estas tendencias son inversas en los países de América Latina, según se muestra en el siguiente gráfico (7) en el cual aún cuando tales diferencias no tienen significación, sí muestran tendencias en relación con la magnitud del gasto público y los resultados en

salud, así como en la eficiencia de dicho gasto, como puede observarse en el caso de Costa Rica y Chile, especialmente.

**Tabla 2: Gasto Total, Público y Gasto Privado como porcentaje del PIB, Comparación de una muestra de países de América Latina y el Caribe, año 2.000**

Países	Gasto Total en Salud como % del PIB	Gasto Público como % del PIB		Gasto Privado como % del PIB
		Gasto Público como % del PIB	Gasto Público como % del Gasto Total	
Argentina	9,7	4,3	44	5,4
Brasil	4,6	1,8	40	2,8
Chile	6,2	2,5	40	3,7
Colombia	7,4	2,9	40	4,5
Costa Rica	8,5	6,3	74	2,2
México	4,2	2,4	56	1,8
Uruguay	13,4	7,0	52	6,4
Venezuela	7,5	3,0	40	4,5

Fuente: El Reporte de la Salud del Mundo, Haciendo la Diferencia, OMS, 1.999

En ambos casos -países OECD y países latinoamericanos- no necesariamente los que más gastan obtienen mejores resultados. Se trata, más bien de la composición de ese gasto. Como se observó en la tabla 1, en los países de la OECD predomina el gasto público, mientras que en nuestros países, es a la inversa, como puede observarse en la tabla 2 (pagina anterior).

Un examen más detenido de la composición del gasto nos indica, además, que de entre los países de la OECD, los sistemas más eficientes (medidos por la relación gasto/indicador utilizado), son los aquellos que disponen de un sistema nacional de salud, financiado con recursos de origen fiscal.

Bástenos estos argumentos para entrar en el asunto que realmente constituye, en el caso del financiamiento, nuestra premisa fundamental: el financiamiento del sector salud determina su organización. Enfatizamos nuevamente en la no linealidad de nuestro planteamiento. Cuando nos referimos a la relación de determinación, no estamos afirmando una relación causal entre los factores que se vinculan; se trata de una relación prescriptiva según la cual, y con base en las evidencias hasta ahora disponibles, para que un sistema de salud propenda a la eficacia, la eficiencia y la equidad, debe haber coherencia entre los diferentes momentos que componen el proceso del financiamiento, es decir, el origen, la administración y el destino de los fondos. Esta asunción, se basa en el postulado de coherencia de las organizaciones (Testa y otros, 1983) y establece que si un sistema se financia con fondos públicos, la administración y el destino de esos fondos (las prestaciones de salud) deben tener el mismo carácter (Díaz Polanco y Bronfman, 2003; Díaz Polanco, 2001; Testa y otros, 1983).

De esta forma, los sistemas de salud no son públicos o privados porque los establecimientos dependan administrativamente de uno u otro sector, sino por el origen de los fondos que los financian. Por otra parte, no existe ningún sistema que sea puramente público o privado e independientemente de quién realice la prestación de salud, quien financia establece las reglas del juego para el funcionamiento de la organización del sistema en su totalidad. En otras palabras, la función rectora del sistema de salud, reside en quien financia dicho sistema, independientemente de quiénes son los prestadores, y su naturaleza -pública o privada- resulta de cómo esos elementos se combinan en los gastos finales del sector. Por estas razones, tampoco puede entenderse el financiamiento como un simple flujo de recursos, sino, fundamentalmente, como un instrumento de regulación del sistema de salud en su conjunto.

La comprensión del financiamiento y de su papel en la organización del sistema de salud pasa por la necesidad de identificar los diferentes "momentos" por los cuales atraviesa. Es ampliamente conocido que el volumen de recursos asignado al sector puede ser utilizado como un indicador de prioridad política concedida al mismo. De esta manera, la decisión inicial, es casi totalmente política, matizada quizá, por algunos elementos de orden técnico que brotan de las limitaciones fiscales del gobierno. De ahí en adelante, ese componente político de las decisiones comienza a perder peso, sin desaparecer completamente. Cuando, en un sistema descentralizado de salud se asignan recursos a las gobernaciones regionales o provinciales, se lo hace de acuerdo a criterios que pueden ser más o menos fundados técnicamente y que pueden, en el mejor y más democrático de los casos, responder a las negociaciones que se desarrollen entre el gobierno central o el Ministerio de Salud y los Gobernadores o sus responsables de salud, pero sobre la base de algunos criterios técnicos como podrían ser los poblacionales. Finalmente, cuando las regiones deben asignar recursos a la red de establecimientos, éstos se transfieren mediante criterios fundamentalmente técnicos (per cápita, presupuestos, etc) sin que ello necesariamente implique la desaparición de los espacios de negociación, pero si su reducción.

Este gradiente técnico-político muestra el proceso constituido por la prioridad política concedida por el gobierno central al sector salud, la capacidad de negociación de los diversos actores en diferentes momentos y la capacidad técnica de los involucrados para sustentar decisiones.

Pero lo más resaltante es la manera en la cual puede evidenciar la capacidad rectora de los Ministerios de Salud, especialmente cuando se trata de sistemas descentralizados. Ello es así porque, como se ha señalado anteriormente, este proceso aquí brevemente descrito influye de manera decisiva en los logros y limitaciones del sistema de salud y, sobre todo, establece las reglas de juego entre los diferentes niveles de gobierno.

Como puede verse en las cifras anteriormente presentadas, los sistemas de salud en América Latina son predominantemente privados y por eso, excluyentes de población. Tal característica es compartida por los Estados Unidos de Norteamérica, sólo que el volumen de recursos per cápita funciona como cobertura para un alto porcentaje de la población con alta capacidad adquisitiva.

Es bueno aclarar que no se quiere dar a entender que solucionado el tema de la estructura del gasto, los sistemas de salud solucionarán los problemas. No es necesario recalcar que la salud sólo depende en pequeña medida de la calidad y cobertura de los servicios médicos; ella es el producto de un complejo de variables que han sido ampliamente descritas en toda la epidemiología, independientemente de cuáles sean las tendencias que se adopten. Y aquí surge entonces, el otro elemento clave para entender el tema del desempeño de los sistemas de salud en el contexto de la descentralización, como es la capacidad institucional.

### El desempeño institucional de los sistemas descentralizados de salud: El caso de Venezuela

En algunos países, estudios realizados muestran que, aparte de las capacidades técnicas desarrolladas por una determinada región en materia de servicios de salud, la eficacia y eficiencia de éstos depende de otras variables vinculadas al proceso de descentralización y de reforma sectorial (RESVEN, 2004). Entre éstas, se destacan: la continuidad político-administrativa del gobierno regional, su voluntad política para priorizar el sector salud, la historia regional y la construcción de una visión de futuro del sistema regional de salud.

En Venezuela, la comparación entre estados y regiones que muestran contrastes entre las características anotadas, arroja importantes diferencias a la hora de evaluar los resultados obtenidos, antes y después de la transferencia de competencias. La siguiente tabla (3), compara las tasas medias de reducción anual (TMRA) de la mortalidad postneonatal (MPNN) de seis estados, antes y después de la transferencia de competencias en salud y que difieren en relación a su desempeño, siendo los estados "a" (Aragua, Yaracuy y Sucre) los de mejor desempeño y los "b" (Nueva Esparta, Bolívar y Mérida) los de más bajo desempeño. En el grupo "a" Sucre y Yaracuy son estados pobres y en el grupo "b" Nueva Esparta y Bolívar son estados relativamente ricos.

**TABLA 3: TMRA de la MPNN en seis estados de Venezuela, antes y después de la firma del convenio de transferencia de los servicios de salud**

	Estados "a"			Estados "b"		
	Aragua	Yaracuy	Sucre	Nva. Esparta	Bolívar	Mérida
Antes	-0,197	0,159	0,404	0,208	0,177	0,188
Después	0,447	0,281	0,660	-0,009	0,282	0,343
<i>Diferencias</i>	0,250	0,122	0,256	-0,217	0,105	0,155

Fuente: Base de datos RESVEN, 2003

Obsérvese cómo las diferencias son mayores en el grupo "a" (Aragua, Yaracuy y Sucre), independientemente de las distancias socioeconómicas. Así, en el grupo "a" la TMRA más alta es la de Sucre y en el grupo "b" esta cifra corresponde a Nueva Esparta. Los estados "a" tuvieron un mejor desempeño, no así los estados "b". Por supuesto que cada uno de estos casos tiene características muy peculiares y que es difícil simplificar los resultados de esta manera. Lo que estas

evidencias permiten es sustentar la hipótesis que, en lo relacionado con los impactos sobre la salud, medidos por el comportamiento de la Tasa de Mortalidad Postneonatal (TMPNN), tiene más peso el desempeño y la existencia de condiciones favorables para la descentralización, que el status económico de una entidad federal particular. Nuevamente, insistimos en que ello no significa que se solucionan en esos estados de mejor desempeño los problemas de salud, sino que la red de servicios pública, cumplió eficaz y eficientemente con su cometido y que ese logro está asociado al manejo autónomo de sus sistemas de salud.

Para el análisis del desempeño de los sistemas regionales de salud hemos adoptado la categorización elaborada por Bossert (1993, 1996, 1998,1999, 2000a, 2000b) en torno a los “espacios de decisión”, en el sentido de buscar evidencias acerca de los indicadores que midan el uso de tales espacios que se generan con la descentralización desde el gobierno central hacia las entidades federales. Al respecto, es conveniente distinguir entre los espacios de decisión como categoría de análisis y el uso efectivo que los estados hacen de dichos espacios. Ese uso, medido a través de cinco grandes categorías, nos permite entender el mayor o menor uso de ellos en temas tales como la gestión de los recursos humanos y fiscales, las reglas de acceso y participación en el sistema de salud, la gobernabilidad y organización del sistema de salud. Este conjunto de dimensiones aquí considerado no tiene influencia directa sobre la salud de la población sino que tal influencia es apreciada a través de las iniciativas que se generan en los aumentos y mejoramiento de las coberturas de programas y medidas sanitarias. Así, en los estados “a” es notorio el mejoramiento de estos indicadores después de la descentralización. En Aragua, la red ambulatoria aumenta más del 20 % entre 1985 y el año 2000, mientras que la red hospitalaria sólo crece en algo más del 1 %. Si se analiza el caso de un estado “a” pero pobre, como lo es Yaracuy, la cobertura de los ambulatorios más que se duplica a partir de 1998, año en que se firma el convenio de transferencia en ese estado entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y la gobernación del estado. Una dirección similar muestra el indicador de consultas por 1000 habitantes (RESVEN, 2003).

No se trata simplemente de que se mejore la gestión por la vía de aprovechar mejor los “espacios de decisión” sino como ello se traduce en la puesta en marcha de medidas efectivas de cobertura y cuidado de la población. Lo que se postula es, pues, que el desempeño de los sistemas regionales de salud es el proceso mediador entre las capacidades institucionales que conllevan al mejor uso de los espacios de decisión y los resultados que se obtienen en el cambio de los indicadores de salud. Debe destacarse que, entre esos indicadores se ha seleccionado, preferente pero no exclusivamente, la Tasa de Mortalidad Postneonatal ya que, en opinión de algunos expertos (Gutiérrez y Bertozzi, 2003; Starfield, 2001), ésta tasa es la más afectada por la calidad y cobertura de los servicios de salud. Otra medida posible del desempeño, es analizar y evaluar el cumplimiento de las funciones de un sistema de salud.

A los efectos de la investigación, estas funciones han sido resumidas básicamente entres: rectoría y regulación del sistema de salud, financiamiento (que incluye la administración de los recursos y el aseguramiento de la población) y la prestación. Veamos en detalle cada una de ellas.

**Rectoría y Regulación:** Esta función es clave para el sistema de salud porque en su ejercicio, se expresa y consolida la autoridad sobre el sector. En los procesos de descentralización, es corriente observar lapsos de transición en los cuales esa autoridad no está definida con claridad porque sobrevive la anterior, dependiente del gobierno central, y se comienza a instaurar la nueva, dependiente de la gobernación regional. Por eso, la rapidez con que esta dualidad pueda ser superada, implica mejores niveles de eficiencia en la administración del sistema de salud en su conjunto. Pero, además, esta autoridad única del sistema de salud, ejerce sus funciones, no sólo en los establecimientos que fueron transferidos, sino en toda la red de servicios – públicos y privados- del estado o región de que se trate. Ello implica liderazgo y capacidad de negociación, visión intersectorial y amplia de la salud, así como capacidad gerencial de parte

de la nueva autoridad regional. Es común observar que en regiones en las cuales esta autoridad se consolida con mayor fuerza, sus sistemas regionales están dirigidos por Juntas Directivas, en las cuales están representados prácticamente todos los actores relevantes del sector y, en algunos casos, desafortunadamente los menos, los usuarios del sistema.

Este último aspecto nos remite a la participación de la sociedad civil, ya que parte importante del liderazgo puede fortalecerse mediante esta figura. Muchas veces no existe una política nacional definida a este respecto y es común encontrar múltiples y contradictorias interpretaciones de lo que significa la participación social en el sistema de salud. Desde el punto de vista de la función de rectoría, la incorporación de la sociedad al gobierno de salud implica su injerencia en los procesos de toma de decisiones, es decir, su participación política. Para muchas autoridades regionales ello no necesariamente es así y la participación social queda restringida a una noción técnica o puramente instrumental mediante la cual se contribuye a asegurar la integridad física de los establecimientos de salud, su mantenimiento y cuidado; en otras ocasiones se trata de apoyar las iniciativas desarrolladas desde la organización de salud del estado o región. Una de las consecuencias de esta visión no-política de la participación, es la búsqueda de mayor eficiencia, de reducir costos por la vía de incrementar conductas saludables y reducir los riesgos de enfermar, además de abaratar los mecanismos de ejecución de programas y distribución medicamentos, por ejemplo.

Son escasas las oportunidades en las cuales la comunidad tiene acceso al diseño y seguimiento de políticas de salud, siendo que uno de los argumentos utilizados para impedirlo, es la escasa capacidad técnica de muchas comunidades para entender los problemas de salud en toda su complejidad. Sin embargo, el desarrollo de algunas metodologías para la formulación de proyectos ha hecho posible que aún en comunidades con muy bajo nivel educativo y poca información, sea posible trabajar para incorporarlas en la identificación, diseño y seguimiento de programas específicos. Uno de los ejemplos más claros al respecto, fue, en la década de los noventa, la aplicación del llamado "Marco Lógico" por parte de la cooperación técnica nórdica, adoptada más tarde por el BID y otras agencias multilaterales. Este enfoque privilegia la incorporación de los afectados ("stakeholders") en estos procesos de diseño y seguimiento de políticas y programas, constituyendo una modalidad de la planificación participativa en la cual es posible identificar problemas, prioridades y formas de evaluar y dar seguimiento a iniciativas locales y regionales.

La discusión anterior nos lleva a la necesidad de definir, para la participación de la sociedad en los sistemas de salud, ámbitos y contenidos de la misma. Desde este punto de vista, los ámbitos representan espacios (físicos o no) en los cuales es posible encontrar participación de la sociedad. No es lo mismo encontrar esta participación en un ambulatorio, que en la Junta Directiva del gobierno de salud de la región. Igualmente, no basta el lugar en que se participa, sino cómo ocurre esa participación. Así, una comunidad puede evaluar en el ámbito de un ambulatorio rural, el ejercicio del médico y la enfermera que allí están y puede o no recomendar su permanencia; también es posible encontrar que la comunidad se ocupe de mantener en buen estado las instalaciones de las oficinas del gobierno regional de salud. En ambos casos se combinan ámbitos diferentes con contenidos igualmente diferentes. A nuestro juicio, es ésa combinación peculiar de ámbito y contenido, lo que ubica en el espacio político la participación de la sociedad. La siguiente tabla esquematiza lo que estamos planteando, en la cual los ámbitos se ordenan por su poder político y los contenidos de la misma forma: lo instrumental se refiere a la utilización de la participación como apoyo para abaratar costos, lo técnico se entiende como el apoyo a las iniciativas del gobierno de salud y lo político como participación en los procesos de toma de decisiones.

Ámbitos	Contenido		
	Instrumental	Técnico	Político
Ministerio de Salud			
Organización Estatal de Salud (OES)			
Municipio			
Establecimientos de Salud			

Pero no sólo la participación constituye un elemento central para el ejercicio de la rectoría y la regulación. Es necesario disponer de instrumentos que permitan, faciliten e informen los procesos de toma de decisiones. La elaboración y seguimiento de un plan, de salud resulta indispensable para organizar y evaluar el funcionamiento del sistema de salud. Por otra parte, un marco legal que recoja y exprese las especificidades de la región de que se trata, debe soportar la gestión de la salud. Igualmente la toma de decisiones requiere un sistema de información que mantenga actualizado al decisor acerca de las realidades epidemiológicas y administrativas de su región y que, además, le permita interactuar eficientemente con el gobierno central.

La función rectora requiere, pues, para su ejercicio de un conjunto de instrumentos técnicos, de capacidades políticas y de cualidades personales que aseguren la autoridad sobre el sistema de salud en su conjunto. Pero estos elementos están mediados por el ejercicio efectivo de esa función que se expresa, en última instancia, en el apoyo que recibe el sistema de la autoridad regional. Ello nos remite a la siguiente función.

El Financiamiento: Como se ha señalado anteriormente, el financiamiento no es sólo el volumen y suficiencia de recursos para el funcionamiento de la red, sino el instrumento político por excelencia que soporta el ejercicio de la rectoría y le confiere coherencia al sistema en su totalidad. Es una función enormemente compleja que abarca varias sub funciones: volumen y asignación de recursos, la administración y el aseguramiento de la población. Aquí es especialmente importante cómo los estados o regiones que han asumido las competencias de salud, logran financiar el funcionamiento del sistema. Usualmente, hay una porción de los recursos que proviene del fisco nacional o del tesoro público y que se conoce, en el caso venezolano como Situado Constitucional. Según la ley correspondiente, parte de se situado es de cada estado, porque ha sido de alguna menara generado por él. Esas transferencias se efectúan según cierta periodicidad y deben conformar, junto con el resto de los aportes, un presupuesto de gastos consolidado. De esta forma, el concepto “dependencia fiscal” designa la medida en que un estado o región depende de las transferencias del gobierno central, mientras que se supone que la capacidad institucional, está vinculada, entre otras cosas, a la facultad del estado para generar ingresos propios destinados al sistema de salud.

En aquellos países en los cuales los estados, provincias o regiones tienen facultades impositivas, ello no representa mayor problema porque el esquema impositivo queda localmente definido dentro de los límites de las leyes generales. Sin embargo, en muchos países estas facultades no están desarrolladas y los gobiernos regionales, aún en el marco de la descentralización, están en gran medida supeditados a las transferencias del gobierno central para el financiamiento de la salud. Vale la pena destacar que el concepto “dependencia fiscal” enmascara una situación injusta en la medida en que, como se ha señalado, gran parte de los recursos transferidos, son producto de la actividad económica regional que va a parar a las arcas del tesoro nacional, de manera que se trata de una “devolución” de recursos y no de una transferencia. En otras palabras, el gobierno central no puede no adjudicar esos recursos porque, en rigor, pertenecen a las regiones y son producto de su propio esfuerzo económico. La dependencia fiscal

hace más bien referencia al gobierno central en la medida en que éste, dentro o fuera del marco legal, puede disponer de tales recursos según lo que sea definido como prioridad nacional y no necesariamente una decisión de tal naturaleza toma en cuenta las prioridades de las regiones como ellas mismas las definen. De esta manera la "dependencia fiscal" de los estados debía ser entendida como "centralismo fiscal" porque en esos sistemas, en última instancia, el acceso a los recursos depende de la voluntad política de los gobiernos y de sus niveles de autoritarismo, legitimidad y voluntad política<sup>2</sup>. Uno de los casos más típicos es el de Venezuela, sobre todo durante el gobierno de Hugo Chávez, en el cual, como se ha mostrado en el gráfico 1, aumentan los recursos de salud destinados al gasto corriente de nivel central, en relación con las transferencias a los estados, independientemente de las disposiciones legales al respecto. De esta manera, tratamos de mostrar cómo ese concepto de dependencia fiscal de los estados, encubre a veces realidades que no dependen del estado o región, sino del gobierno central y por ello proponemos el uso de centralismo fiscal como sustituto, de manera de reflejar esas realidades que van más allá de las disposiciones formales que amparan las transferencias de recursos desde el gobierno central a las regiones.

Pro otra parte, el complemento de ese centralismo fiscal, es el "esfuerzo fiscal" que, respondiendo a la misma lógica, separa aquellos recursos que provienen del tesoro nacional, de los que siendo generados directamente por el estado, no ingresan al tesoro nacional sino que son administrados localmente. En Venezuela, algunos impuestos han sido dejados para la administración local, como es el caso de los peajes de carreteras y autopistas, los timbres fiscales y el papel sellado. Esos recursos que, como puede suponerse, son escasos, pueden ser complementados en términos del presupuesto consolidado por "esfuerzos" adicionales que el estado realice para acceder a fondos extraordinarios, muchas veces concursables. En Venezuela son conocidos los que provienen del Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) y la Ley de Asignaciones Económicas Especiales (LAAE). Sobre todo los primeros (FIDES) constituyen porcentajes de la renta petrolera que, por Ley, son destinados a dicho fondo y son concursables mediante la elaboración de proyectos que deben ser revisados y evaluados. Eventualmente, y en forma no muchas veces clara desde el punto de vista legal, la realización de obras de infraestructura, remite a la necesidad de conseguir financiamiento internacional vía acuerdos del gobierno regional con los organismos correspondientes. Sin embargo, tales acuerdos, deben ser aprobados a nivel del Ministerio de Planificación, de manera que siempre encontrarán un filtro político al final del camino. Así también el concepto de "esfuerzo fiscal", aparentemente neutro, coloca a los estados en una situación de minusvalía, en el sentido de que tales esfuerzos no se corresponden con la realidad, cuando se los considera la contrapartida de la "dependencia fiscal", es decir, aquellos fondos que no provienen del gobierno central o de los ingresos ordinarios de los estados, son "esfuerzo fiscal" identificándolos como producto de las insuficiencias del estado, en lugar de entenderlos como producto de las iniciativas o de la creatividad. Aún cuando no disponemos de un término mejor que el de esfuerzo fiscal, queremos simplemente deslastrar el concepto de su contenido peyorativo y situarlo en el plano de las capacidades institucionales de las regiones o estados, en lugar de colocarlo como contrapartida de la ideología centralista que dignifica la magnanimidad del gobierno central.

En todo caso, los estados y las regiones tienen la capacidad y la oportunidad para generar ingresos adicionales y muchas veces las insuficiencias presupuestarias les obligan a decidir entre cerrar los establecimientos o cobrar a los usuarios utilizando diferentes criterios. Estos criterios

---

<sup>2</sup> No se trata de no integrar los recursos públicos. En países como Venezuela, con profundas diferencias socio-económicas entre los estados, esta función puede ser importante en términos de una redistribución más equitativa de tales recursos entre los estados; sin embargo, ello requiere del uso de criterios técnicos y políticamente bien fundado tradición que no existe en Venezuela. En otros países con sistemas descentralizados de salud, las diferencias regionales se atacan mediante la creación de Fondos Interterritoriales de Compensación.

varían desde las “contribuciones voluntarias” hasta la provisión de insumos para la atención y tarifas de acuerdo a las posibilidades de pago de cada usuario. En los hospitales es común el surgimiento de “Fundaciones”, generalmente por iniciativas de grupo o personales, que se suponen están destinadas a financiar la prestación de servicios de alto costo, como es el caso de las tomografías o la imagenología en general. Estas “Fundaciones” han proliferado en aquellos establecimientos que carecen de recursos suficientes y se combinan con diversos esquemas de auto-financiamiento de manera de cubrir costos. Ello represente, a nuestro juicio, un proceso de privatización encubierto, al asimilar el esquema de prestaciones a las que ofrece el sector privado. En ocasiones, tal desarrollo de esquemas de financiamiento y de generación de ingresos propios, es desconocido por las autoridades regionales, en el sentido de no poseer ningún control sobre la administración y destino de los recursos así generados.

En relación con la administración de los fondos, es posible encontrar básicamente dos esquemas. Uno en el cual los recursos son transferidos a administradoras privadas las cuales contratan los servicios para los usuarios que se inscriben en ellas (caso Chile y Colombia). Otro, en el cual la autoridad pública del estado o región es la encargada de dicha administración y puede o no, contratar la prestación de servicios, dependiendo del esquema legal bajo el cual funcionan y de los niveles de autonomía con la que se gestiona el sistema de salud. Puede, incluso existir, como en Chile, una combinación de sistemas de administración de fondos de salud de carácter público y privado. Los problemas aquí surgen cuando los costos de administración aumentan geométricamente en relación a los costos de las prestaciones, asunto que está ligado a la naturaleza especulativa de las administradoras privadas de fondos y a la dinámica internacional de los mercados de la tecnología. Como puede verse, este esquema en el cual predomina la administración privada, introduce en el sistema público de salud incongruencias, atribuibles a la naturaleza de los fines de las empresas privadas, las cuales generalmente, se encuentran vinculadas a la banca comercial o a las compañías de seguros pre-existentes a la decisión de introducir este esquema de administración.

Esta consideración nos remite a lo que se ha entendido como aseguramiento que no es otra cosa que la garantía de la cobertura de la población. En los sistemas nacionales de salud, a diferencia de los de naturaleza contributiva, esta cobertura se supone universal; en los sistemas contributivos hay modalidades en las cuales se puede tener cobertura universal o restringida según sean la naturaleza de los grupos beneficiados. En el esquema de Seguridad Social laborista, se trata de mantener la fuerza de trabajo en condiciones de productividad y por ello, estos esquemas se desarrollan básicamente en torno a proyectos predominantemente curativos y restauradores de la salud, que en este caso quiere decir, de las condiciones físicas para la realización de las tareas exigidas al trabajador. Cuando la cobertura de los servicios de salud dependientes de la seguridad social se extiende a los ciudadanos, nos encontramos en esquemas de aseguramiento contributivo dentro de los cuales pueden abrirse diferentes opciones para financiar los costos, pero siempre con aportes compartidos entre el Estado, el usuario y el patrono. En ellos se asume el empleo formal como condición para la prestación, independientemente de que se cubra también a los familiares de los afiliados a tal sistema. En América Latina este esquema laborista de la seguridad social, entró en crisis, debido al crecimiento del empleo informal. Para el año 1997 en Venezuela, más del 50 % de la fuerza de trabajo se encontraba en dicho sector, sin posibilidad alguna de financiar este tipo de esquemas de cobertura cuyos costos, además, resultaban imposibles de cubrir por parte del Estado (Díaz Polanco y Walter, 1997). Este porcentaje de informalidad ha ido creciendo hasta superar ampliamente la mitad de la fuerza de trabajo, siendo que los niveles de desempleo abierto llegaron en el año 2002 al 20 % (BCV, 2003).

Los estados descentralizados al gerenciar el financiamiento, se enfrentan quizá al tema más sensible y que articula todo el sistema de salud porque, como se ha insistido, establece las líneas maestras para la organización del sector y para el cumplimiento de la función de prestación.

La prestación de servicios: Es éste el espacio en el cual las autoridades regionales en un sistema descentralizado de salud, pueden o no disponer de autonomía para decidir, según sea el esquema político en el cual actúan. Entendiendo esta función como el resultado de la articulación de prestadores, proveedores y usuarios, puede verse la diversidad de intereses que se entrecruzan al momento de organizar la cobertura de servicios para la población. Es, además, el espacio en el cual la capacidad rectora y reguladora del sistema público de salud debe ejercerse con mayor cuidado y habilidad política. Las decisiones que aquí se tomen pueden marcar definitivamente el destino del sistema, en el sentido de particularizar o universalizar la cobertura. La demanda de servicios de salud está asociada al perfil epidemiológico de la población pero también a factores más subjetivos enraizados en las concepciones de salud y enfermedad que tienen los usuarios como producto de su experiencia cultural. Es común en América Latina en virtud de la desorganización y fragmentación de los sistemas públicos, que la demanda se dirija prioritariamente hacia los hospitales de gran complejidad. Así, la red primaria de atención queda rezagada y relegada al un segundo plano y este patrón de uso tiene indudable impacto sobre los costos y la productividad de la red asistencial. En algunos países se entiende que es posible contratar los servicios privados cuando hay insuficiencia o inexistencia en el sector público de salud; en otros, ese esquema es más flexible. El temor al aumento de los costos por el carácter especulativo que se atribuye al sector privado de prestadores, está asociado a la capacidad rectora de manera inversamente proporcional: a medida que esa capacidad es mayor, disminuyen los costos y viceversa. Ello porque la naturaleza del sistema financiado con recursos públicos permite a la autoridad regional, definir los términos de la compra de servicios, bien sea que ésta se haga a hospitales o servicios autónomos de carácter público, o al sector privado.

Esta interpretación sería adecuada si el financiamiento de los establecimientos públicos y de la red asistencial en general, fuese suficiente y bien administrado. No es ése el caso en la mayoría de los países. Tanto la insuficiencia presupuestaria como la limitada capacidad institucional muchas veces llevan a la necesidad de introducir mecanismos de privatización, como los descritos más arriba, con la consecuente exclusión de población que puede resultar, sobre todo en los sectores sociales más empobrecidos. De esta forma, la rectoría y la prestación se encuentran mediadas por el financiamiento, de manera que su suficiencia y la eficiencia de su administración, son elementos a tener en cuenta a la hora de analizar la prestación de servicios. Lo que se afirma para los recursos públicos, en general, es aplicable a las transacciones que se realizan entre el ente rector y los proveedores.

En resumen, los espacios de decisión, son conceptos operativos que nos permiten apreciar el uso que se hace de la relativa autonomía que significa la gestión descentralizada de los servicios de salud y están en relación con el cumplimiento de las funciones de dicho sistema que acabamos de describir las cuales, representan las realidades con las cuales se enfrentan cotidianamente los sistemas de salud y, en ese sentido, son categorías de análisis de los procesos de gestión de tales sistemas.

La interpretación anterior, si bien esquemática, ayuda a entender y sistematizar las relaciones entre los complejos y variados componentes que entran en el proceso de gestión de servicios descentralizados. Pero el tema fundamental, siguen siendo las relaciones con el gobierno central, es decir, las relaciones de poder entre esos niveles de gobierno.

### **Las Relaciones de poder: Descentralización y Rectoría**

En el caso venezolano, uno de los espacios institucionales más importantes para el logro de la transferencia de los servicios de salud del gobierno central hacia los estados, fue el llamado Consejo Territorial de la Salud (CTS), que surgió como iniciativa de seis de los estados que recla-

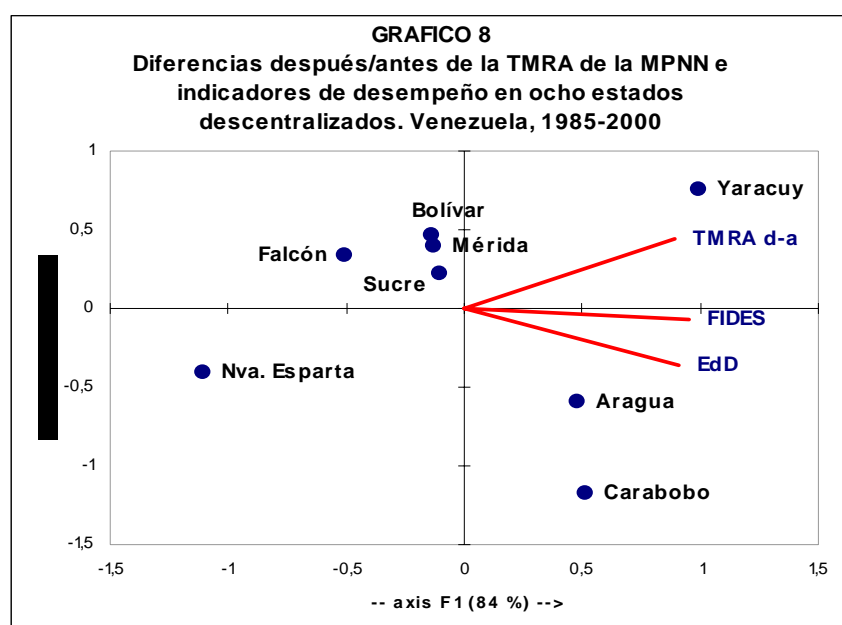
maban las competencias de salud en 1992 y que plantearon una seria oposición frente a las resistencias del MSAS para hacer efectivas las transferencias.

Sin embargo, la descentralización se desarrolló, a pesar de la oposición del gobierno central. Ello fue producto de la lucha que esos estados pioneros desarrollaron a partir del año señalado. Posteriormente, ese espacio desapareció porque, erróneamente, a nuestro juicio, fue definido como el ámbito en el cual los estados luchaban contra el Ministerio. Hoy día se experimenta un proceso de re-centralización en un gobierno cuyas tendencias políticas apuntan en esa dirección.

En un marco como el descrito, el proceso de descentralización pero, sobre todo, su puesta en marcha en los estados que recibieron las competencias, dependió de variables anteriormente señaladas y que poca relación tuvieron desde su comienzo, con las capacidades e interés del MSAS en participar en el proceso, como no fuera de manera obstructora. En consecuencia, cada estado diseñó sus propias estrategias, muchas veces en contradicción con la política oficial la cual, por otra parte, nunca se ha expresado de manera coherente. De esta forma, la Rectoría del sistema de salud, una cuarta función fundamental para su funcionamiento, nunca existió y, lo más grave nunca contó con el reconocimiento de aquellos quienes debían seguir sus lineamientos. Pero si bien eso ocurrió en el gobierno central, no siempre fue así en los estados algunos de los cuales lograron identificar y ejercer tal función con relativa eficacia. Por ello es necesario entrar en el análisis de detalles acerca de lo que pasó con el ejercicio autónomo de las competencias de salud entre 1985 y 2000.

### Descentralización, Desempeño Institucional y Salud

Es necesario destacar y caracterizar algunos casos en los cuales, lo que habíamos señalado anteriormente acerca de las condiciones que están presentes en estados venezolanos que lograron aprovechar sus espacios de decisión, se cumple y se consolida. Nos referimos al liderazgo, la continuidad político-administrativa y la visión de futuro del sistema de salud.

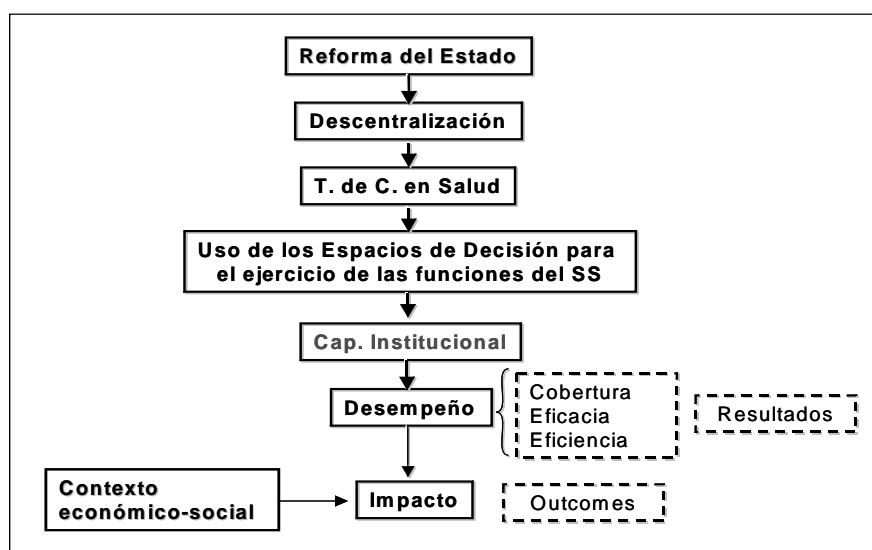


Nuestros resultados en el caso venezolano muestran que en aquellos estados en los cuales el uso de estos espacios de decisión fue mayor, se lograron avances más significativos y ese uso, a su vez, dependió de las características organizacionales, gerenciales e históricas anteriormente mencionadas. El gráfico 8 es un análisis de componente principal de tres factores: Uso de los espacios de decisión, acceso a recursos FIDES para fortalecimiento institucional y diferencias después/antes de la TMRA de la MPNN. Aragua y Carabobo, además de ser estados relativamente "ricos", muestran una asociación importante pero más baja de la esperada entre las variables consideradas; asimismo, son estados "pione-

rabobo, además de ser estados relativamente "ricos", muestran una asociación importante pero más baja de la esperada entre las variables consideradas; asimismo, son estados "pione-

ros”, con marcado liderazgo en salud y con reformas importantes –aunque diferentes- en sus sistemas de salud. Mientras Aragua enfatizó en la atención primaria, Carabobo se centró en la reforma de su red hospitalaria. Por otra parte, Yaracuy, de los ocho estados considerados, es el último que recibió las competencias (1998) y uno de los más pobres; los tres tuvieron y desarrollaron instituciones regionales autónomas de salud con proyectos específicos. La gestión política de estos estados, además, fue continua en el tiempo. Lo contrario sucede con los otros cinco estados, especialmente en el caso de Nueva Esparta que es, además un estado “rico”. De los estados a la izquierda, Mérida fue el que invirtió más recursos en fortalecimiento institucional y Sucre el que más reducción de la MPNN logró en el lapso en consideración (1985-2000). Estos resultados hay que ponderarlos por el peso que tiene la pobreza; es decir, en aquellos estados más pobres (Yaracuy, Sucre, Falcón y Mérida) las condiciones de vida de la población implican tasas más altas al inicio del período, de manera que la TMRA tiende a ser más elevada en esos estados que en aquellos otros en los cuales las tasas iniciales fueron más bajas.

Es importante aclarar que la variable espacios de decisión, es cualitativa y se llevó a una escala producto de sesiones de trabajo, tanto con los investigadores responsables, como con las autoridades y demás actores vinculados al sector salud de los estados. Sin embargo, mientras las otras dos variables representan escalas numéricas y reflejan un proceso de dieciséis años, no hay certeza que la escala correspondiente a espacios de decisión, esté apuntando en la misma dirección, aunque se trató de resumir el proceso de esos años en una sola apreciación de los paneles de expertos consultados. La variable espacios de decisión, es muy compleja y abarca cinco dimensiones: organización del sistema de salud, financiamiento, gestión de los recursos humanos, reglas de acceso y gobernabilidad del sistema de salud y gobernabilidad. A su vez, cada una de tales dimensiones es apreciada a través de indicadores específicos con respecto a los cuales los paneles de expertos evalúan en una escala el caso de cada estado. El puntaje final, ponderado por el peso que los mismos expertos atribuyen a las diferentes dimensiones, expresaría el uso diferencial de los espacios de decisión, teóricamente vinculado a las variables de contexto histórico y político anteriormente mencionadas. De esa forma, es de esperar que en aquellos estados en los cuales se dan condiciones (continuidad, proyecto, liderazgo, cultura sanitaria) favorables, mejoren igualmente la eficiencia y la eficacia lo cual condicionaría un mejor desempeño (cobertura) y, en consecuencia, de podría observar un impacto en indicadores sensibles a corto plazo y dependientes mayormente de la calidad y cobertura de los servicios de salud (TMPNN). La secuencia lógica aquí expresada puede observarse en el siguiente gráfico:

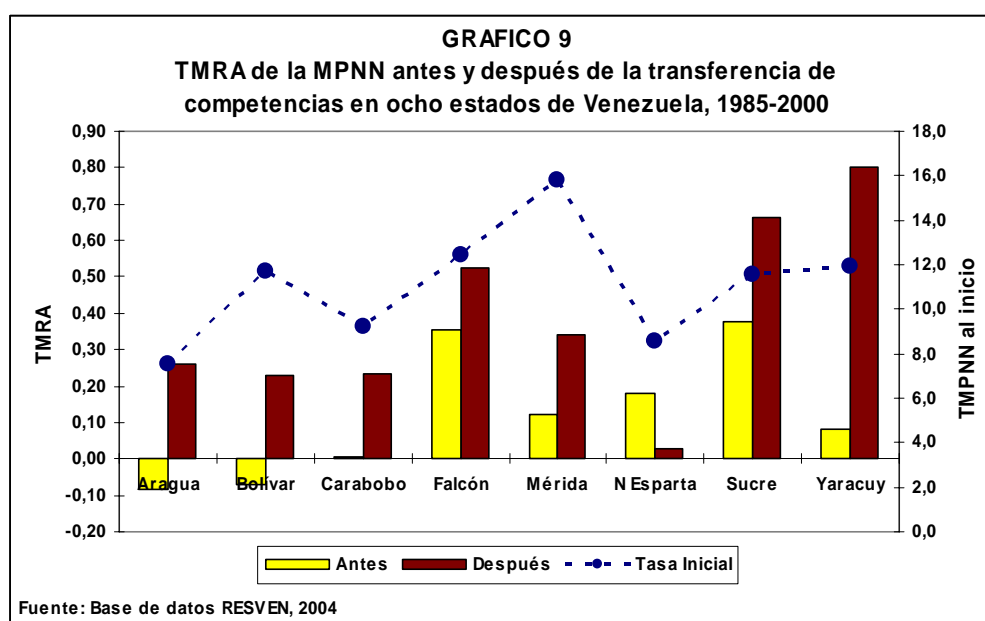


Igualmente, el acceso a los recursos FIDES y el uso de los espacios de decisión por parte del estado, son utilizados como indicadores de desempeño del sistema regional de salud.<sup>3</sup>

Cuando estos resultados se examinan a la luz de los desempeños específicos del sector en cada estado, puede observarse que coinciden estados con alto desempeño con mayores TMRA y viceversa y, sobre todo, que tales resultados son independientes de las variables de contexto, específicamente, la actividad económica, la cobertura deservicios de saneamiento ambiental y de agua potable. Conviene aclarar que la variable actividad económica fue medida por la cartera de créditos e inversiones y las captaciones del público por parte de la banca. Esta variable está en estrecha relación con la pobreza de manera inversamente proporcional, de manera que en un análisis fragmentado, ella puede sustituirla sin problemas. Por estas razones, en el gráfico anterior, el contexto económico-social viene definido por las tres variables que acabamos de identificar.

Usualmente los mejores niveles de desempeño también están significativamente relacionados con los indicadores de cobertura y en este caso se usaron los indicadores correspondientes a la atención institucional del parto, tanto como porcentaje de los partos totales, como los "odds ratio" de ese indicador, antes y después de la transferencia de competencias a cada una de las entidades federales aquí reseñadas. El gráfico 9 ilustra las diferencias en la reducción de la MPNN después/antes de la transferencia de competencias a cada estado, y las TMPNN al inicio (1985).

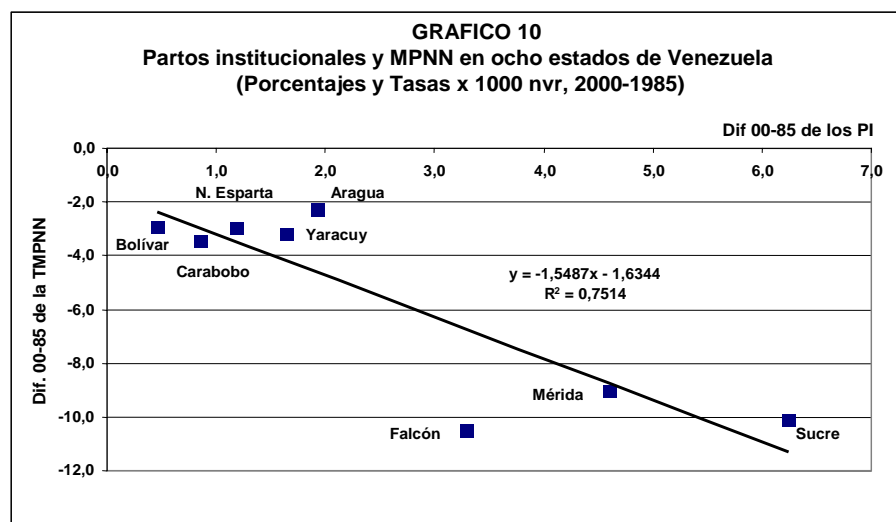
Puede observarse cómo, a diferencia de Yaracuy, las reducciones son menores en aquellos estados en los cuales las tasas iniciales fueron más bajas. Por eso, una evaluación de resultados deberá ponderar tales resultados por el peso específico de las tasas iniciales en la reducción total lograda.



De igual forma cuando se comparan estos estados con relación a indicadores de desempeño (cobertura institucional de partos) vinculados a la MPNN, se observa cómo ambos indicadores están significativamente asociados entre sí y cómo esta asociación es inversamente proporcio-

<sup>3</sup> Recuérdese que los fondos FIDES son concursables y requieren de la formulación y aprobación de proyectos específicos. Asimismo es útil tener en cuenta que de estos proyectos, fueron seleccionados sólo los que estaban dirigidos a favorecer el desarrollo de las capacidades institucionales de las OES.

nal a la situación socioeconómica de los estados, siendo que 3 de los más pobres (Falcón, Sucre y Mérida) logran mayores puntajes tanto en la reducción de la TMPNN como en la cobertura de los partos, entendidas ambas variables como las diferencias entre ellas en el año 2000 y al inicio del lapso considerado (1985). Igualmente, con la diferencia de Yaracuy, se agrupan en dos polos de la recta de regresión, los más ricos en la parte superior y los más pobres en la inferior (véase gráfico 10). Estas diferencias entre los estados son significativas ( $t = 4,26$ ) a un nivel de probabilidad de 0,05.



Estos resultados muestran, además del desempeño en el marco de la descentralización, la necesidad de entender cómo se acortan las distancias entre las entidades federales que mostraron cifras altas en el indicador de MPNN pero, además, la manera en que el uso de los espacios de decisión, catapultó los indicadores de desempeño de manera diferente y de acuerdo a las especificidades de

cada estado. Esta variedad y especificidad, es una de las razones por las cuales se hace necesaria la consideración de casos en el momento de tratar de evaluar impactos de procesos de cambios sociales y gerenciales sobre las condiciones de salud. Es necesario comprender, como hemos insistido, que no es posible establecer relaciones lineales y simples entre la descentralización como proceso socio-político y tales impactos. A menos que consideremos mediaciones capaces de transformar decisiones políticas en acciones sanitarias concretas -lo que llamamos desempeño- tales relaciones serían espurias y carentes de significación.

Los logros del sistema de servicios de salud en el marco de la descentralización no pueden ser atribuidos al mejoramiento de las condiciones del contexto, sino a los esfuerzos deliberadamente desarrollados por las Organizaciones Estadales de Salud (OES) para mejorar sus coberturas y su desempeño en general. Esta afirmación es tanto más contundente cuanto que tales condiciones en Venezuela, para el lapso considerado, lejos de mejorar empeoraron significativamente, proceso que se acentúa aún más a partir del año 2000, cuando las cifras de pobreza alcanzan a más del 70 % de la población total para el año 2002 (PNUD-INE, 2000).

Nada de lo aquí descrito puede interpretarse como que en Venezuela existe un sistema de salud adecuado. Todo lo contrario. Las condiciones del contexto socio-político, sobre todo a partir del año 2000, han sido adversas a procesos de reforma y, bajo la apariencia de procesos de transformación revolucionaria, nada ha cambiado y la fragmentación, ausencia de rectoría y "desfinanciamiento", son rasgos que continúan acentuándose por la incapacidad de dar respuestas técnicas y políticas apropiadas a las demandas y necesidades reales de la población y de las OES.

## Conclusiones

En el caso venezolano es indispensable abordar el tema de la descentralización de la salud en el nuevo escenario político abierto a partir de 1989, con la elección directa de Gobernadores y Alcaldes que marco el inicio de dicho proceso. La significación que ello tuvo en los acontecimientos que caracterizaron posteriormente al sistema de salud, es indudable.

Mientras la economía nacional, eminentemente rentista pudo financiar el desarrollo del país, fue creciendo, a veces en forma no muy evidente pero segura, un proceso de privatización de los servicios que, al producirse el incremento de la pobreza y la marginalidad como consecuencia de la inestabilidad de los precios petroleros, fue haciéndose cada vez más excluyente de población. Esta privatización no se refiere en modo alguno al crecimiento del sector privado, el cual ha mostrado una tendencia natural esperable, sino al secuestro creciente de que fueron objeto los servicios públicos de salud vía la adopción de esquemas gerenciales que propiciaron la mencionada exclusión, sobre la base de que los mejoramientos en la gestión debían darse con base en los esquemas privados asumiendo, de esta manera, la ineficiencia e ineficacia del sector público de la salud. Esta interpretación se encuentra atada a la que correspondientemente, se hacía del Estado en general. Era la primacía de los modelos neoliberales y de los ajustes económicos, cuyos resultados son ampliamente conocidos en nuestro continente.

Esa convicción de la ineficiencia de la administración pública, contagió al sector salud y la moda de la descentralización, en un contexto en el cual se desdibujó el papel del gobierno central, condujo a entender que una de las estrategias más beneficiosas para afianzar los modelos creados, era la descentralización.

De esa forma se consolidó la fragmentación del sistema de salud y se reforzaron los intereses de aquellos grupos que lograron mantener sus prebendas sanitarias, a costa de los más necesitados. Las incoherencias así introducidas, son sólo una muestra de lo que estaba ocurriendo en el resto del país y en todos los sectores. Ese arreglo particular no dejó de tener consecuencias. Las demandas insatisfechas, el costo creciente de los servicios mayormente "out of pocket" incluso en los establecimientos públicos, el "desfinanciamiento" público y el clientelismo instaurado en el MSAS, han desembocado en una profunda crisis que trajo como consecuencia que muchos actores comenzaran a pensar en cómo transformar esa situación para mejorar.

Leyes, disposiciones y diversas formas de mercantilización de la atención a la salud fueron puestas en marcha entre 1990 y 1998, sin que ninguna de ellas diera respuestas eficaces a los problemas planteados.

Para 1998 se producen transformaciones políticas importantes en el país. Un nuevo régimen con una visión más interventora en cuanto al papel del Estado, asume el poder y comienza a desgastarse en su afán por consolidar un modelo de dominación basado en una clara tendencia al centralismo, una retaliación social en función de las exclusiones que históricamente se habían generado a comienzos de los años 60 en virtud del pacto democrático que excluyó a los partidos de izquierda y, sobre todo, en un marcado autoritarismo presidencialista. De aquí que la descentralización especialmente en salud porque fue el sector que más avanzó en ese terreno sea vista como una rémora neoliberal que debería ser extirpada y sustituida por un Estado benefactor, proveedor de todos los servicios. Las prioridades de este nuevo régimen político fueron expresadas especialmente, en el terreno de salud y educación.

Era clara la necesidad de retomar el proceso de transformación del sector salud en función de los principios de equidad y justicia y tales principios fueron las banderas que justificaron posiciones re-centralizadoras, en la medida en que se entendía que la descentralización era la responsable de todos los problemas que exhibía el sector salud. Estos principios quedaron establecidos

en la Constitución de 1999, producto de la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente y, más tarde, a la elección popular de la Asamblea Nacional, unicameral, que sustituyó al Congreso Nacional. Nació así, la V República, la República Bolivariana de Venezuela.

Cinco años después, no ha habido cambio alguno. El sistema público de salud continúa fragmentado, desfinanciado y desasistido y, lo que es aún peor, hay un claro intento de crear a un costo no conocido, un sistema de salud paralelo basado en la creciente importación de médicos cubanos para fortalecer la atención primaria. En bueno recordar que una de las condiciones de infraestructura más favorables de América Latina para la atención primaria, es la venezolana y que el desempleo y sub empleo médicos, según cifras de la Federación Médica Venezolana, ronda el 12 %, lo cual equivale a un número aproximado de 6000 médicos que no están desarrollando sus capacidades profesionales.

Últimamente, el régimen ha desarrollado fuertes mecanismos de represión en contra de quienes se atrevan a cuestionar su gestión, tema que ha sido de amplia difusión en todo el mundo. Estamos, pues, al borde de una nueva dictadura en Venezuela.

Es interesante recordar el papel que, según la Fundación Rockefeller, desarrollaron los médicos y las enfermeras en la guerra en Filipinas, llegándose a reconocer que en casos en que se trataba de rebeliones populares, "...la medicina demostró ser más eficaz que las ametralladoras" <sup>4</sup>. El símil es pertinente y valga la pena destacarlo porque no podemos dejar de ver estos procesos articulados a los cambios generales en el contexto socio-político.

¿Qué va a ocurrir con la descentralización de la salud en Venezuela?. Lo que aquí hemos tratado de mostrar es que, a pesar de todos los obstáculos e inconvenientes por los cuales atravesó dicho proceso, cuando se cumplieron ciertas condiciones, y aún en aquellos casos en que tales condiciones no se cumplieron, los estados descentralizados, mejoraron su desempeño y ese mejoramiento está relacionado con la asunción y ejercicio de las competencias transferidas en materia de salud. A pesar de la diversidad de experiencias, las realidades aquí examinadas muestran claramente esa tendencia. Por esa razón en muchos casos, las comunidades mismas han sido las mejores defensoras de esta forma de prestación de servicios y han enfrentado las tendencias hacia la re-centralización. Existe un movimiento de Gobernadores y Alcaldes que está enfrentando tales amenazas y al final, los resultados no podrán estar desvinculados de lo que ocurra en el gobierno general y en su creciente deslegitimación. Porque, al final de cuentas, la salud gestionada por la sociedad es una forma de construir una mejor y más profunda ciudadanía.

---

<sup>4</sup> Se trata de la afirmación de un analista de esa Fundación en el libro publicado a finales de los años 70, "The Rockefeller Medicine Men"

## Referencias bibliográficas

BANCO CENTRAL DE VENEZUELA (BCV, 2003): Informe Económico. Caracas.

BOSSERT, Thomas. (2000a), Guidelines for Promoting Decentralization of Health Systems in Latin America. N° 30. *Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative*. Harvard School of Public Health, June 2000.

\_\_\_\_\_(1998) "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance." Social Science and Medicine 47 (10): 1513-27.

\_\_\_\_\_(1999) Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance.. N° 17. *Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative*. Harvard School of Public Health, november 1999.

\_\_\_\_\_(2000b), Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia. N° 29. *Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative*. Harvard School of Public Health, June 2000.

Bossert (1998, 1999, 2000a

\_\_\_\_\_(1993): "Lessons from the Chilean Model of Decentralization: Devolution of Primary Care to Municipal Authorities". Policy Report N° 1, USAID, Washington, DC: LAC Health and Nutrition Sustainability.

\_\_\_\_\_(1996): "Decentralization." in Katja Janovsky, ed. Health Policy and Systems Systems Development: An Agenda for Research. Geneva: World Health Organization, pp. 147-160.

CAPRILES, Edgar, DIAZ POLANCO, Jorge, FERNANDEZ, Yajaira y PEREIRA, Zegri (2001): "La Reforma del Sistema de Salud de Venezuela: Opciones y perspectivas", en: DIAZ POLANCO, Jorge (Coordinador): La Reforma de Salud de Venezuela, CENDES/IESA/CIID/MSDS/COPORSALUD. Ediciones de la Fundación Polar. Caracas

DIAZ POLANCO, Jorge y BRONFMAN, Mario (2003): "La Cooperación Técnica Internacional y los Procesos de Reforma del Sector Salud en América Latina" Ponencia presentada en el VII Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Angra dos Reis, Brasil.

DIAZ POLANCO, Jorge y MAINGON, Thais (1999): "¿Adónde nos llevan las Políticas de Salud? La Reforma del Sector Salud: ¿Un cambio positivo?", en:

DIAZ POLANCO, Jorge (2001): "El Papel del Financiamiento en los Procesos de Reforma del Sector Salud: El caso de Venezuela", en: DIAZ POLANCO, Jorge (Coordinador): La Reforma de Salud de Venezuela, CENDES/IESA/CIID/MSDS/COPORSALUD. Ediciones De la Fundación Polar. Caracas

DIAZ POLANCO, Jorge y WALTER, Carlos (1997): "Consideraciones en torno al proyecto de Ley Especial del Sub-Sistema de Salud de la Seguridad Social Integral". Informe presentado ante la Comisión de Salud del Senado del Congreso Nacional. Caracas

DIAZ POLANCO, Jorge (1990): "El Proceso de toma de decisiones en políticas de salud en la década de los ochenta: El caso de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNAS)". OPS/OMS Informe Técnico.

GUTIÉRREZ, J.P. y BERTOZZI, S. (2003) "La brecha de la salud en México medida a través de la mortalidad infantil". Salud Pública de México. Vol. 45, N° 3. pp. 102-109.

JAEN, María H.; SALVATO, Silvia y DAZA, Abelardo (2003): Costo Fiscal y Sostenibilidad Financiera del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela. Versión preliminar. IESA. Caracas.

PNUD-INE (2001): Índice y Entorno del Desarrollo Humano. Venezuela 2001. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo e Instituto Nacional de Estadística. Caracas.

RESVEN (2003): Informe parcial de investigación del proyecto: "La Reforma de Salud de Venezuela: Impacto de la descentralización en el desempeño del sistema de salud y en la salud de la población venezolana". FONACIT, Agosto 2003.

REVELLO, Waldo (1997): "La Privatización de la Salud en Venezuela. Trabajo de ascenso. Facultad de Medicina, UCV. Caracas.

STARFIELD, Barbara. (2001): "Improving equity in health: a research agenda". International Journal of Health Services. Vol. 31, N° 3. pp. 545-566.

TESTA, Mario, DIAZ POLANCO, Jorge, GOLDFELD, Ricardo y VERA, Sara (1983): Estructura de Poder en el Sector Salud. CENDES-UCV. Caracas.

Este artículo fue publicado en:

*Política y gestión, vol. 7. Santa Fe, Argentina. Pp147-169. 2004*