



Cuadernos del CENDES
ISSN: 1012-2508
cupublicaciones@ucv.ve
Universidad Central de Venezuela
Venezuela

Díaz Polanco, Jorge
La reforma de salud de Venezuela - Resven -
Cuadernos del CENDES, vol. 23, núm. 61, enero-abril, 2006, pp. 165-170
Universidad Central de Venezuela
Caracas, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40306109>

- 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

La reforma de salud de Venezuela - Resven -

JORGE DÍAZ POLANCO* pp. 165-170

Antecedentes

Durante cuatro años, el equipo 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 -» estuvo explorando el tema de la descentralización en doce estados de Venezuela. Nuestro empeño fue siempre encontrar en esa búsqueda los elementos que nos ayudaran a entender cómo se vivieron los procesos de transferencia de competencias en los estados, así como identificar sus problemas, obstáculos y logros.

Los problemas se refieren a aquellos escollos propios del sistema de salud estatal, por los cuales determinadas metas se alcanzaron sólo parcialmente o no se alcanzaron en absoluto. Los obstáculos están relacionados con aquellos factores de orden institucional que tiene que ver con la estructura del sistema de salud nacional, especialmente los referidos a las relaciones que se establecen con el gobierno central, específicamente con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Los logros muestran que, a pesar de los dos elementos mencionados, los estados que pudieron avanzar en la construcción de un sistema de salud a futuro lograron impactar con mayor fuerza en los indicadores tradicionalmente utilizados para medir estos desempeños, especialmente los referidos a la salud materno-infantil, por ser esos los que más rápidamente reflejan los efectos de las acciones sanitarias planificadas.

Es bueno, antes de entrar en esas consideraciones, hacer un breve recuento de la forma en que este proyecto se desarrolló a lo largo del lapso mencionado.

Inicialmente esta fue una idea que nació de la conjunción de puntos de vista entre el MSDS y el Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela (UCV), a propósito de la necesidad de poner en marcha, dentro del Ministerio, una unidad que hiciese un seguimiento y una evaluación de lo que había ocurrido con las

* Profesor-investigador del Cendes-UCV. Coordinador del Proyecto Resven.

iniciativas desarrolladas por el Proyecto Salud con base en los créditos otorgados por la banca multilateral, con el objeto de financiar la reforma del sector. Por su parte, y en respuesta a la invitación del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID/IDRC) del Canadá, el Cendes había preparado un proyecto para el análisis de la política social el cual, luego de varias discusiones con los proponentes, logramos centrar en torno al sector salud. De esa manera y con la aprobación del entonces ministro de Sanidad, Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, conseguimos echar a andar el proyecto en aquellos estados que, habiendo sido invitados a participar, aceptaron esa invitación y se comprometieron a colaborar con el equipo para reconstruir y analizar el proceso de descentralización en sus territorios.

Fue así como durante los dos primeros años visitamos estados, hicimos entrevistas, recolectamos información de diversas fuentes, procesamos y analizamos esa información y logramos un cierto nivel de compromiso con esta iniciativa en ocho estados, a saber: Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Mérida, Nueva Esparta, Sucre y Yaracuy. No todos los estados hicieron efectiva esa colaboración. Zulia, que estuvo inicialmente incluido en esta lista, nunca pudo incorporarse porque nunca cumplió los compromisos que contrajo. Mérida fue inicialmente excluido por esas mismas razones, pero finalmente, y gracias al apoyo del Centro Iberoamericano de Estudios Provinciales y Locales (Cieprol), adscrito a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad de los Andes (ULA), se logró una extraordinaria participación y apoyo para el proyecto.

Casi dos años después de iniciado el Resven, el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA), habiendo formulado un proyecto coincidente, se incorporó al equipo y apoyó decididamente la consecución de un nuevo financiamiento de parte del Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (Fonacit) para la continuación, profundización y ampliación del proyecto inicial. Fue así como se incorporaron nuevos estados y se logró un mejor nivel de análisis de los resultados.

Además del Cendes, el IESA y el MSDS, la Corporación de Salud del estado Aragua (Corposalud-Aragua) nos cedió a un investigador desde el mismo comienzo para apoyar nuestras actividades. La Fundación Polar ha estado financiando las publicaciones y las actividades del proyecto con gran interés, y el Cieprol, como ya se mencionó, ha tenido una destacada participación en relación con dos estados andinos: Mérida y Trujillo.

Características generales de los procesos de descentralización en los estados

En primer lugar, resulta un elemento común a todos los estados las dificultades, malos entendidos y problemas que, en general, tuvieron que enfrentar en relación con el gobierno central. Ello debe interpretarse no sólo como el resultado de las gestiones ministeriales,

sino como también como las dificultades que un Estado tiene, en ausencia de criterios claros para la formulación de una política de salud, para apoyar o desestimular determinadas iniciativas regionales en lo que se refiere a la gestión de los servicios de este sector.

En efecto, nunca, ni antes del presente gobierno ni en la actualidad, el Estado venezolano ha demostrado en la práctica poseer criterios definidos al respecto. De hecho, la persistencia de los tradicionales problemas de nuestro sistema de salud pone de manifiesto que cuando se trata de reformas o cambios importantes en materia de salud, parece que las iniciativas mueren en el discurso, porque en la práctica se contradice constantemente lo que se plantea como política en el nivel discursivo. Desde 1998 en adelante, ninguno de los ministros involucrados en la gestión del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS), ahora MSDS, demostró interés en saber qué se hacía con los fondos multilaterales, y cuando ello ocurrió, a comienzos del año 2000, los elementos de carácter ideológico predominaron sobre los técnicos para deshacer lo que se había logrado en materia de reforma sectorial.

La circunstancia de la creación del MSDS para sustituir al MSAS brinda una de las mejores oportunidades para ver cómo se contradice en la práctica la política discursiva. Este proceso reunió en una sola sede al MSAS y al Ministerio de la Familia, creando una situación de yuxtaposición institucional, lejos de cualquier posible integración. Esta forma de funcionar persistió y fue reportada frecuentemente por los estados a lo largo de los cuatro años que duró el proyecto. Pero lo más delicado de este proceso fue que se dio con base en una razón de tipo ideológica, tendente a la creencia de que consolidando los programas sociales existentes en pocas instituciones se aumentaría su eficacia.

El MSAS había comenzado un proceso de racionalización que, lamentablemente, se circunscribió a reducir su tamaño y, por tanto, su personal. En todo caso, la pretendida integración de instituciones sólo vino a complicar un panorama que ya era sumamente difícil en razón de las conocidas ineficiencias del MSAS. Así, el recién nacido MSDS devino en una enorme institución compuesta de pedazos incoherentes, cuyo efecto más inmediato fue el aumento del gasto corriente, mientras que en salud no ocurría nada.

Las recientes iniciativas del gobierno, especialmente «Barrio Adentro», complicaron aún más el panorama al crear una red paralela, sin rendición de cuentas a las autoridades regionales y nacionales de salud. En estas condiciones, es claro que el control administrativo y el seguimiento de las actividades de salud se hizo cada vez menos eficaz y más complicado.

Estos hechos tuvieron y tienen graves consecuencias en el terreno de la salud. Además de lo ya señalado en relación con el gasto público, se hizo cada vez más evidente la tendencia a centralizar las decisiones, en un contexto en el cual algunos estados habían

comenzado ya a administrar sus propios sistemas siguiendo principios de eficiencia que en muchas ocasiones resultaron acertados. En resumen, desde el punto de vista institucional se pasó de un absoluto desinterés por el tema de la reforma de salud, a su control absoluto por parte del gobierno central.

Las confusiones que creó esta situación, incluso desde el lapso 1990-1998, se hicieron cada vez más grandes. Frente a la iniciativa de descentralizar, se planteó su inconveniencia en función de los nuevos planes de gobierno. No se respetó para nada los criterios y la experiencia que habían venido adquiriendo los estados en el manejo de sus propios servicios.

El otro tema importante referido al rol del gobierno central en este proceso es el del financiamiento. Es tradicional el hecho de la pobreza presupuestaria del sector y del papel secundario que éste juega a la hora del reparto de los recursos. Pero no se trata sólo del volumen de los recursos, asunto que está, además, relacionado con la economía general del país, en franca recesión desde hace casi una década. También se puede ver esta «pobreza técnica» en la forma en que se reparten esos recursos. Habiendo dispuesto de la posibilidad de hacerlo de manera más equitativa, el MSDS (MSAS) nunca se interesó por mejorar este aspecto y más bien hizo lo posible por acentuar los patrones de clientelismo político a la hora de la asignación. Así, hubo estados «amigos» que recibieron oportuna y suficientemente los recursos; otros, no afines al gobierno de turno, vieron postergadas sus aspiraciones y algunos de ellos, en función de la escasez, tuvieron que comenzar a cobrar a los usuarios de los servicios. Mientras aquellos no necesariamente lograron mejorar, éstos fueron acusados de «privatizadores neoliberales». En algunos casos se conoció de persecuciones judiciales contra las administraciones sobre la base de que habían instaurado modelos de gestión «no acordes con la política nacional».

Debe quedar claro, sin embargo, que lo que se acaba de describir es sólo un par de ejemplos recientes de los obstáculos que se enfrentaron con el gobierno central. Tales obstáculos no se agotan en absoluto recurriendo a los últimos tiempos. Como se indicó más arriba, la entrada en el proceso de descentralización de los servicios de salud y su expresión formal —la transferencia de competencias a los estados descentralizados— se dio por una suerte de inercia para seguir las tendencias que en ese momento se expresaban como reformas de salud en América Latina. Baste recordar, en el terreno jurídico, las iniciativas desarrolladas durante el gobierno de Rafael Caldera para privatizar la administración de los fondos de salud. No se trata, pues, de un fenómeno reciente, atribuible exclusivamente a la gestión gubernamental actual, sino de una característica estructural del Estado venezolano, al carecer de políticas claras y definidas con respecto a las autonomías de las regiones en materia de servicios de salud. Hay un conjunto de dificultades que enfrentaron los estados y que dependieron exclusivamente de sus características sociopolíticas propias.

Desempeño y logros

Nuestra experiencia nos enseña varias cosas en relación con este tema. Una de ellas, la más elemental, es que no todos los estados tuvieron las mismas oportunidades. No se trata sólo de que hayan o no tenido acceso a los fondos multilaterales para la reforma, sino al hecho de que, aun cuando los convenios de transferencia eran muy similares formalmente hablando, en la práctica la transferencia de los diferentes tipos de recursos siguió derroteros diferentes. Sin embargo, la constante en todos ellos es la carencia total de iniciativas relacionadas con la transferencia de recursos. Estos hechos ponen de manifiesto el incumplimiento parcial de los convenios de transferencia por parte del gobierno central y, al mismo tiempo, su ineficiencia para honrar tales compromisos.

A pesar de que el tema de la transferencia de recursos está muy ligado a los problemas del gobierno central, una situación similar se presentó en algunos de los estados participantes. Tal circunstancia se refiere a la indiferencia de algunos de sus gobernantes para tomar iniciativas al respecto y reclamar y procurar la conclusión de las transferencias. Pareciera que la salud no es vista como un componente esencial de la política, bien sea esta nacional o regional, y en consecuencia, el interés de los gobernadores, e incluso de algunas autoridades regionales de salud, no fue exactamente el más adecuado para lograr los mejores resultados en esta materia.

Asimismo, no todas las autoridades a las cuales les tocó gestionar los servicios transferidos tuvieron plena conciencia de la materia. Para nuestra sorpresa, en muchos de los estados descentralizados en 1995, sus funcionarios, tanto principales como subalternos, no tenían idea de lo que significaba la descentralización porque el tema nunca fue considerado en el ámbito de la organización regional de salud. Ello condujo a grandes diferencias a la hora de desarrollar los compromisos adquiridos por los estados en función de los convenios de transferencia. Hubo algunos en los cuales se entendía que la asunción de estas potestades por las autoridades del estado era sólo temporal, pues debían continuar descentralizando hacia los municipios. Para otros, en cambio, la descentralización de la salud terminaba en el despacho del gobernador. Ello ponía de manifiesto lo que se había adelantado en esta materia en cada estado y, al mismo tiempo, las capacidades institucionales de cada uno de ellos para hacer frente, de la manera más eficiente y eficaz posible, a los compromisos que se derivaban de tal transferencia. Entendemos que estos diferentes grados de compromiso están necesariamente vinculados a la capacidad de liderazgo de la autoridad regional de salud, así como a las relaciones entre ésta y la autoridad central del estado (gobernador). Por eso, en aquellos estados en que esas relaciones se mantuvieron dentro de un marco de colaboración y mutuo apoyo, se logró adelantar en materia de organización institucional y desarrollo de capacidades que requerían las nuevas circunstancias de la gestión del sistema regional de salud.

Aragua, Carabobo, Sucre y Yaracuy son los estados donde se cumplieron las condiciones mencionadas, además de contar con una mayor continuidad político-administrativa, independientemente del color político de la gestión.

Lo que las evidencias encontradas permiten sustentar es la hipótesis de que, en lo relacionado con los impactos sobre la salud medidos por el comportamiento de la tasa de mortalidad postneonatal, tienen más peso el desempeño y la existencia de condiciones favorables para la descentralización, que las condiciones socioeconómicas de una entidad federal particular. Ello no significa que en esos estados de mejor desempeño se solucionan los problemas de salud, sino que la red de servicios públicos cumplió eficaz y eficientemente con su cometido y que ese logro está asociado al manejo autónomo de sus sistemas de salud.