

Jorge DÍAZ POLANCO

**DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS
REGIONALES DE SALUD: ¿UNA CLAVE
PARA LA CREACIÓN DEL SISTEMA
PÚBLICO NACIONAL DE SALUD?**

ARTÍCULOS

Resumen

Este artículo está basado en la experiencia de investigación del proyecto RESVEN desarrollado en diez estados de la República y muestra las relaciones entre el desempeño de los servicios de salud en un esquema descentralizado y la salud de la población entre 1985 y 2003, poniendo el énfasis en las condiciones previas y en las circunstancias que hicieron posible, en cada caso, el logro de metas previamente establecidas, tomando como centro algunos indicadores clave y su evolución antes y después de la transferencia de competencias en cada estado participante. Finalmente, reconsidera la escasa influencia que el desempeño de los estados ha tenido para el diseño de un sistema público de salud, tal y como está establecido en la Constitución de 1999.

Abstract

This paper is based upon the research experience of the RESVEN project in ten Venezuelan states between 1985 and 2003. It points out to the regional health systems and establishes relationships between the performance of the new regional health organizations and the health of the population, using strategic indicators. It also shows the scarce influence these achievements has had on the current government health team in order to decide and design the public health system that was hypothetically established in the 1999 Constitution.

Palabras clave

Descentralización; Salud pública;
Indicadores de desempeño;
Capacidad institucional; RESVEN.

Key Words:

Decentralization, Public Health,
Performance Indexes, Institutional
Capacity, RESVEN.

Recibido: 25-04-2005
Aceptado: 10-10-2005

■ EL CONTEXTO

Durante más de cuatro años, un grupo de investigadores de diversas instituciones coordinado desde el Centro de Estudios del Desarrollo-CENDES por quien esto escribe y con la participación activa de las Organizaciones Estadales de Salud (OES) de diez estados, asumió la tarea de evaluar la forma en que el manejo autónomo de los servicios de salud, iniciado en 1993, pudo haber impactado sobre las condiciones de salud de la población¹.

No se trata de una relación simple y lineal entre la descentralización y los resultados obtenidos en materia de salud, sino de un proceso complejo cuya intermediación fundamental está constituida por la forma en que se gestionó la relativa autonomía que resultó de la solicitud de transferencia de competencias que hicieron muchos estados a partir de 1993, en el marco de las propuestas de la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE).

Es conveniente recordar que este proceso de transferencia se dio en el marco general de la pretendida reforma del Estado, que se comienza a poner en marcha desde 1985 con la COPRE. Como es sabido, esa propuesta de reforma nunca dio los frutos esperados, sobre todo si se toma en cuenta que la reforma constitucional —asunto clave dentro del proceso— nunca prosperó. Ello porque no hubo nunca un compromiso de los gobiernos con esa reforma en la que nadie creyó y, sobre todo, porque a pesar de las buenas intenciones de quienes estaban directamente involucrados, se la obstaculizó desde el gobierno central que no fue capaz de visualizar las consecuencias sociales y políticas que se derivarían de esa posición, sobre todo si se toma en cuenta la creciente ilegitimidad del sistema político.

Aun en ese marco de incertidumbre y de escasa credibilidad, las iniciativas de descentralización fueron las estrategias más desarrolladas por la COPRE y sus

filiales regionales. En materia de salud, seis estados iniciaron en 1993 el reclamo de las competencias correspondientes y obtuvieron la transferencia de tales competencias en 1995². Sin embargo, nos parece importante destacar que la descentralización es básicamente un proceso político que no necesariamente involucra su sanción formal y jurídica. De esa manera algunos estados habían tenido ya experiencias de descentralización en materia de salud, independientemente de que el gobierno central hubiese conocido o aprobado nada acerca de ellas. Muchas de tales iniciativas tuvieron que ver con la cultura local en el sentido de darse en aquellas entidades federales o regiones de ellas en las cuales existía una tradición de participación y compromiso ciudadano³. Otra cosa es el aspecto formal, referido básicamente al proceso de transferencia de competencias que reclama, entre otras cosas, un compromiso de parte del solicitante para preparar un plan que especifique lo que se va a hacer con las competencias recibidas.

Este artículo pretende mostrar lo siguiente:

1. Que los resultados obtenidos en salud, medidos mediante la evolución de las Tasas de Mortalidad Post-neonatal dependen mucho más del desempeño de los sistemas regionales de salud en el marco de la descentralización, que de sus condiciones socioeconómicas particulares.
2. Cómo estos resultados han sido sistemáticamente ignorados por la gestión sanitaria actual en virtud de la preeminencia de aspectos ideológico-políticos, más relacionados con la necesidad de consolidar un nuevo modelo de hegemonía que con el bienestar de la población.

■ EL PROCESO ¿EN MARCHA?

La mayor parte de los problemas de la descentralización provienen de los incumplimientos del gobierno central de los convenios que suscribió con los estados a lo cual debe sumarse, en algunos estados, la escasa capacidad

1/ El proyecto se conoce como RESVEN, abreviatura de "La Reforma de Salud en Venezuela: el impacto de la descentralización sobre el desempeño de los sistemas de salud y sobre las condiciones de salud de la población". Dicho proyecto se inició en el año 2000 y contó con el apoyo financiero del Internacional Development Research Centre de Canadá (IDRC) y el FONACIT de Venezuela. Las instituciones participantes fueron: CENDES, IESA, MSDS,

Corporación de Salud del estado Aragua (CORPOSALUD), y el Centro Iberoamericano de Estudios Provinciales y Locales (CIEPROL) de la Universidad de los Andes. Se contó, además, con el apoyo de la Fundación Polar especialmente en lo referido a la difusión de resultados.

2/ Esos estados fueron: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón y Zulia; este último se retiró después.

3/ Uno de los ejemplos más importantes —aunque no está considerado en el estudio— es el del estado Lara, con una larga tradición de movimientos comunitarios en salud y con iniciativas de parte de los profesionales médicos como la que representa ASCARDIO.

institucional para hacer frente a los desafíos del manejo autónomo de los servicios de salud. De aquí que sea conveniente señalar los problemas específicos del sector salud en relación con la descentralización. Esos problemas pueden ser vistos de dos maneras: por un lado, aquellos que se refieren a las relaciones de los gobiernos regionales con el gobierno central y, por otro, los que derivan de las características propias de los estados aquí considerados⁴. Esto es fundamental porque ello forma parte de la inexistente política de salud como política de Estado.

En efecto, la política de salud, cuando existió, no fue ni ha sido nunca en Venezuela una política de Estado. El Estado venezolano ha demostrado en la práctica no 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, las iniciativas mueren en el discurso porque en la práctica se contradice constantemente lo que se plantea como política a nivel discursivo. En tiempos recientes, concretamente desde 1996 en adelante, ninguno de los ministros involucrados en la gestión del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)—ahora Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)—demostró interés en saber qué se hacía con los fondos provenientes de los convenios suscritos con los organismos multilaterales y cuando ello ocurrió a comienzos del año 2000, los elementos de carácter ideológico predominaron sobre los técnicos para deshacer lo que en materia de reforma sectorial se había logrado, básicamente atribuible a los esfuerzos de los estados (RESVEN, 2004).

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

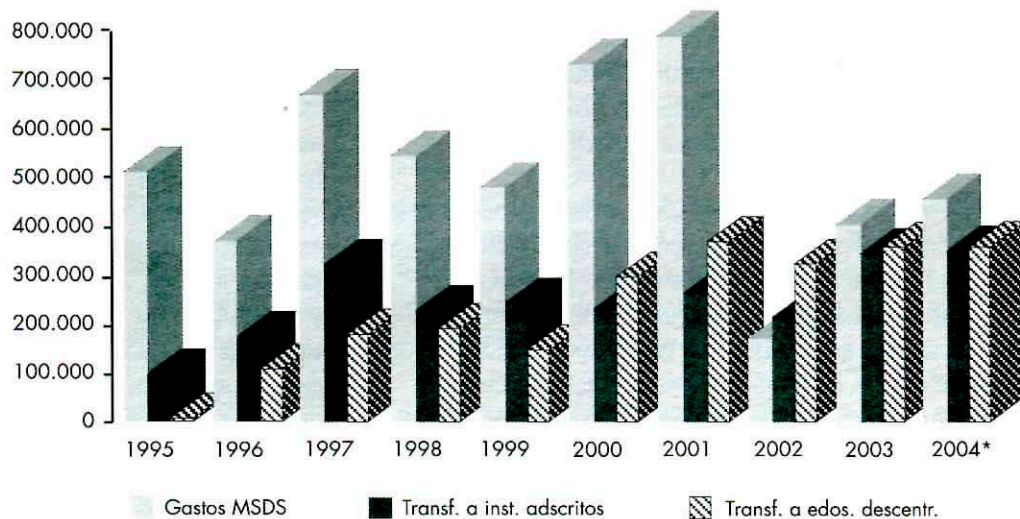
Ministerio de la Familia, creando una situación de yuxtaposición institucional, lejos de cualquier posible integración, dadas las crisis institucionales de los organismos que se pretendía fusionar. La idea era que consolidando los programas sociales, por estar dispersos en muchos entes que repetían programas o acciones y dispersaban recursos, dichos programas serían más efectivos y eficientes en el logro de los objetivos, pero el resultado fue la mezcla en un ambiente físico, pero conservando la misma distancia política y administrativa entre los entes que se pretendía integrar. Esta forma de funcionar persiste y es reportada frecuentemente por los estados los cuales señalan la falta de integración. El MSAS había comenzado un proceso de racionalización que, lamentablemente, sólo 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 ya de por sí sumamente difícil en razón de las conocidas ineficiencias del MSAS. Así, el recién nacido MSDS, devino en una enorme institución compuesta de trozos incoherentes entre sí cuyo efecto más inmediato fue el aumento del gasto corriente, mientras que en salud no mejoraban las cosas (RESVEN, 2004).

Uno de los aspectos en los cuales esto se manifiesta con mayor fuerza es en el caso de los recursos humanos, los cuales, aunque formalmente transferidos, no fueron suficientemente respaldados con las debidas transferencias de recursos. De esta manera, la mayor parte de los estados enfrentó problemas de personal derivados de la diferente y a veces contradictoria adscripción administrativa de sus trabajadores pertenecientes a la misma OES porque los salarios eran diferentes, al igual que las exigencias laborales (RESVEN, 2005). En cuanto a las relaciones con el gobierno central, es conveniente resumirlas en indicadores que muestran sumariamente las deficiencias en el cumplimiento de los convenios de transferencia, específicamente en términos económicos. El gráfico 1 muestra la estructura del presupuesto del MSDS entre 1995 y 2004 a precios

4/ Los estados participantes en el proyecto RESVEN fueron: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Mérida, Miranda, Nueva Esparta, Trujillo y Yaracuy.

GRÁFICO 1

Estructura del presupuesto del MSDS (Millones de Bs. de 1997)



* Estimado

Fuente: OCEPRE, Varios años. RESVEN, 2004

constantes, destacándose las transferencias a los estados frente a los demás usos del presupuesto. Aquí se manifiesta el impacto inmediato que tuvo la creación del MSDS en la estructura del presupuesto, destinándose la mayor parte de éste, en los años 2000 y 2001, al gasto corriente. La disminución de dicho gasto que se observa en el año 2002 corresponde a los procesos de devaluación y de ajuste presupuestario que se hicieron frente a la crisis fiscal del gobierno central.

En lo que se refiere a las circunstancias propias de cada estado y a su capacidad para manejar los servicios descentralizados de salud, nuestra experiencia nos enseña varias cosas. Una de ellas es que todos los estados tuvieron las mismas oportunidades aunque fueron aprovechadas de manera diferente. La descentralización en el caso de los servicios de salud representó el marco general dentro del cual cada estado debió desarrollar sus estrategias de gestión. Aun cuando los convenios de transferencia eran

muy similares formalmente hablando, en la práctica la transferencia de los distintos tipos de recursos siguió derroteros diferentes. Algunos los utilizaron para producir cambios, mientras que otros no. Además del incumplimiento parcial de los convenios de transferencia por parte del gobierno central es pertinente señalar la ineficiencia de algunos de los gobiernos estatales para honrar tales compromisos.

Esas potencialidades de los estados fueron identificadas como "capacidad institucional" y analizadas en el proyecto, encontrándose que la misma está muy significativamente vinculada al desempeño que los estados tuvieron entre 1985 y 2000. A su vez, el desempeño es un proceso que está vinculado a tres factores fundamentales: la voluntad política de los gobernadores y la continuidad político administrativa de diferentes gestiones y su apoyo a las reformas del sector; el liderazgo de dicho sector y, no menos importante, el haber construido una visión de futuro del sistema regional de salud, compartida y, en algunos casos, corporativizada. Además de estos tres elementos, deben ser considerados otros de naturaleza histórica y cultural, propias de cada estado y de cada región, como las que han sido ya señaladas.

No todas las autoridades a las cuales les tocó gestionar los servicios transferidos tuvieron plena conciencia de sobre qué se trataba el tema. Para nuestra sorpresa, en algunos de los estados descentralizados desde 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. La gestión de las autoridades regionales fue diferente: en algunos casos comenzaron a trabajar con autonomía y vinculados con el poder regional, mientras que en otros

continuaron funcionando como dependientes del nivel central (RESVEN, 2005).

Hubo entidades en las cuales se entendía que la asunción de estas potestades por las autoridades del estado era sólo temporal, pues debían continuar descentralizando hacia los municipios, como ocurrió en el estado Falcón. 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. Este aspecto puede observarse en una apreciación inicial de la capacidad institucional y del desempeño de los ocho primeros estados participantes. La medida de la capacidad institucional se expresa en un índice que resume el uso de los espacios de decisión en una escala de 0 a 5 y como indicador de desempeño se toman los proyectos FIDES en salud aprobados. El cuadro 1 resume esos resultados y el gráfico 2 muestra la correlación entre la capacidad institucional y esta dimensión del desempeño ($R^2 = 0,6443$).

Los espacios de decisión (Bossert, 1993, 1996, 1998, 1999, 2000a y 2000b) están referidos a las oportunidades que se abren a los estados en la ocasión de recibir las competencias de salud y lo que se considera en la investigación es el aprovechamiento que cada uno de los estados hizo de esas oportunidades. La información sobre el uso de los espacios de decisión se obtuvo a través de encuestas y sesiones "delphi" con los dirigentes de las OES y los principales actores en cada estado así como de los investigadores de cada caso; el índice de los proyectos FIDES está compuesto por el número de proyectos y la magnitud de recursos dedicados a salud.

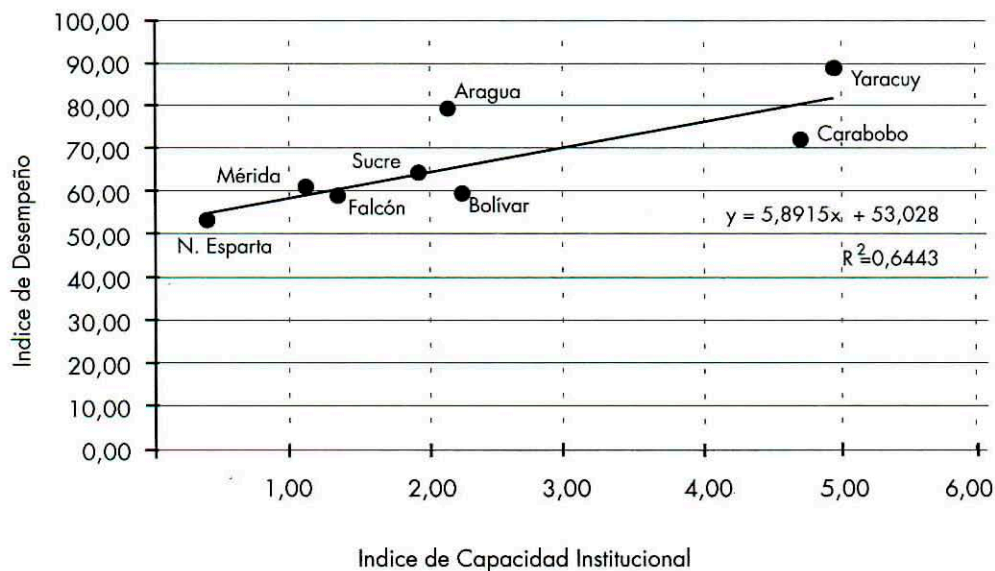
CUADRO 1

Capacidad institucional y desempeño en 8 estados. Venezuela, 1985-2000

Estados	Índice de capacidad institucional	Índice de desempeño
Aragua	2,09	78,71
Bolívar	2,22	59,77
Carabobo	4,68	71,71
Falcón	1,36	58,52
Mérida	1,13	60,22
Nva. Esparta	0,43	53,07
Sucre	1,88	63,93
Yaracuy	4,91	88,47

GRÁFICO 2

Capacidad Institucional y desempeño de ocho OES. Venezuela, 1985-2000

**CUADRO 2**

Tasa media de reducción anual (TMRA) de la Mortalidad postneonatal (MPNN) en 6 estados de Venezuela, antes y después de la firma del convenio de transferencia de los servicios de salud. 1985-2000

	Estados a			Estados b		
	Aragua	Sucre	Yaracuy	Nueva Esparta	Bolívar	Mérida
ANTES	-0,197	0,404	0,159	0,208	0,177	0,188
DESPUÉS	0,447	0,660	0,281	-0,009	0,282	0,343
DIFERENCIAS	0,250	0,256	0,122	0,217	0,105	0,155

Los estados Aragua, Carabobo, Sucre y Yaracuy son aquellos en los cuales se cumplieron las condiciones mencionadas, además de contar con una mayor continuidad político-administrativa, independientemente de la concepción política del gobierno regional. Lo mismo ocurre cuando se compara el desempeño con la situación socioeconómica del estado. Entre estas variables (desempeño y situación socioeconómica) no existe relación alguna, reforzando así el papel de la capacidad institucional en el desempeño. Lo que esto significa es que estados relativamente "pobres" tuvieron un desempeño igual e incluso mejor que aquellos relativamente "ricos" y las diferencias entre ambas situaciones, al ser contrastadas, no mostraron correlación estadística alguna lo cual se refleja en las Tasas Medias de Reducción Anual (TMRA) de la Mortalidad Postneonatal (MPNN) aquí mostradas.

Esto se puede ver aún con mayor claridad cuando se toman seis de los estados incluidos en el proyecto y se comparan las diferencias después/antes de las tasas medias de reducción anual (TMRA) de la mortalidad postneonatal (MPNN)⁵. El cuadro 2 compara las TMRA de la 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. El caso de Sucre se puede entender cuando se examina lo baja que fue la tasa en el año anterior a la transferencia de competencias, (4,70 x 1.000 nvr) en contraste con esa misma cifra en Aragua (9,83 x 1.000 nvr). Por ello es necesario ponderar estas diferencias con las tasas iniciales, pues tasas altas al comienzo pueden experimentar fuertes reducciones, mientras que las dificultades para hacer descender tasas hincales más bajas, son mayores.

5/ La TMRA es una medida de la fuerza de la reducción de una tasa, en este caso la MPNN que es, en la opinión de expertos, la más vinculada a la calidad de los servicios. Véanse, entre otros, Starfield, 2001; Gutiérrez y Bertozzi, 2003.

Obsérvese cómo las diferencias en el grupo "a" (Aragua, Yaracuy y Sucre), independientemente de las distancias socioeconómicas entre ellas, no presentan grandes diferencias con respecto al grupo "b". Así, en el grupo "a" la TMRA más alta es la de Aragua y en el grupo "b" esta cifra corresponde a Nueva Esparta. Los estados "a" tuvieron un mejor desempeño que los estados "b". En el caso de Sucre, es necesario entender que la TMRA antes es más alta, porque las tasas iniciales también lo son, de manera que la disminución total es mayor que en los otros estados siendo que, al final, la TMRA es menor, como puede verse en las diferencias anotadas. Por supuesto que cada uno de estos casos tiene características muy peculiares y es difícil simplificar los resultados de esta manera.

En todo caso, y para ponderar estas diferencias, es conveniente tener en cuenta las diferencias de la TMPNN al inicio del período, asunto que se muestra en el gráfico 3. Destacan allí los casos de Aragua y Bolívar, estados que con TMRA negativas al inicio logran aumentar dicha tasa después de la transferencia de competencias. Sin embargo, nótese que la TMPNN de Aragua es mucho más baja al inicio, de manera que el esfuerzo realizado es mucho mayor en términos de la velocidad de reducción de la MPNN. Mérida, por el contrario, a pesar de tener una TMPNN inicial alta, no logra aumentar la TMRA lo suficiente. Los casos aquí ilustrados ponen de manifiesto que, cuando se pondera por la tasa inicial, sigue siendo más importante la calidad del desempeño descentralizado que la velocidad a la cual dicha tasa puede ser teóricamente reducida.

Estas evidencias tienden a sostener el hecho de que es mucho más importante el desempeño del estado en materia de salud que las condiciones socioeconómicas para el logro de metas como las aquí señaladas.

Cuando se toman ocho de los estados analizados en los cuales se dispone de estimaciones del desempeño (uso de espacios de decisión y proyectos FIDES) y

GRÁFICO 3

TMRA de la MPNN antes y después de la transferencia de competencias en ocho estados de Venezuela, 1985-2000

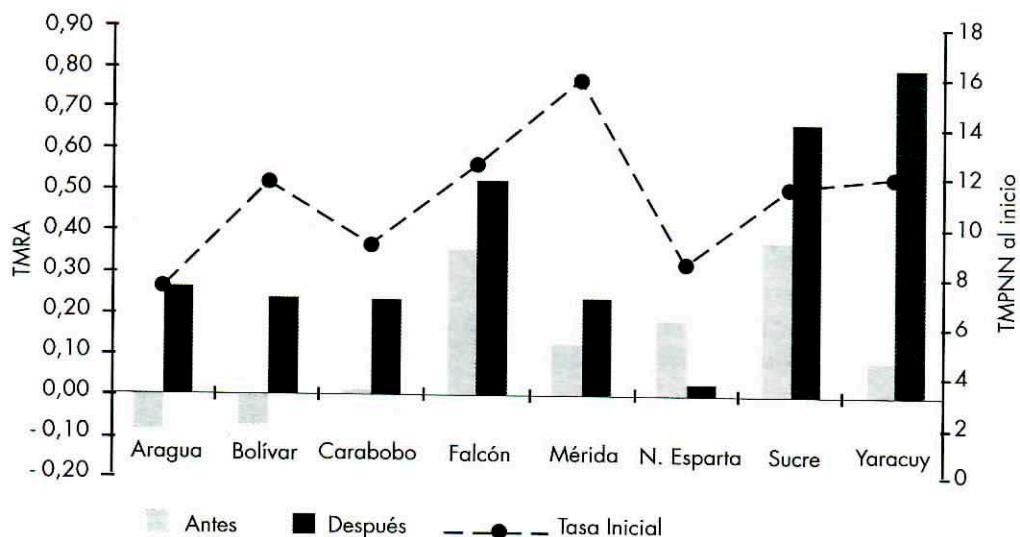
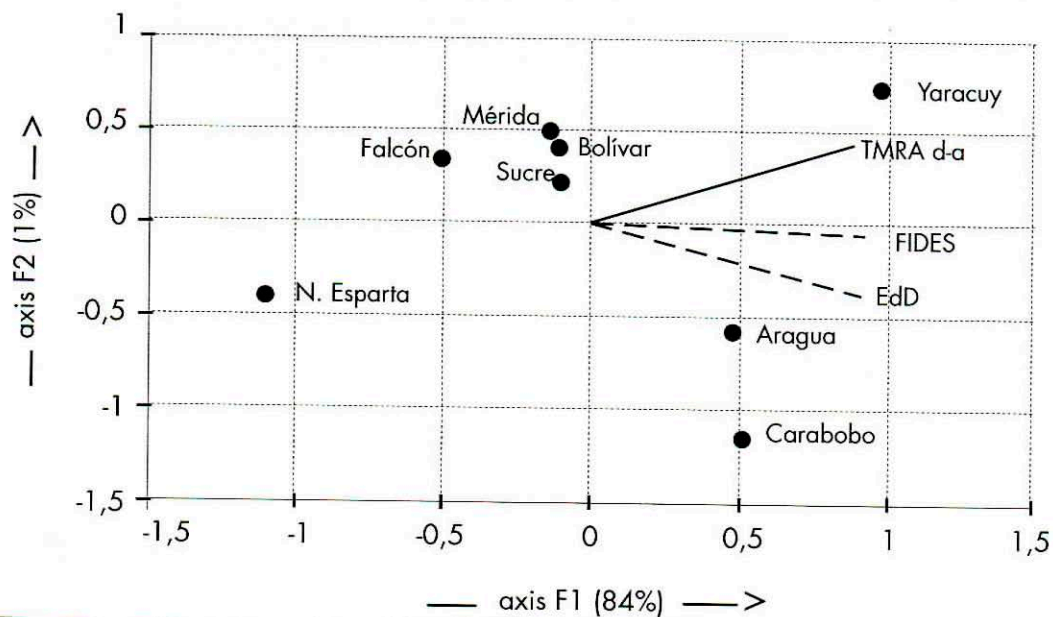


GRÁFICO 4

Diferencias después/antes de la TMRA de la MPNN e indicadores de desempeño en ocho estados descentralizados. Venezuela, 1985-2000



se introducen las diferencias después/antes de la TMRA de la MPNN, los resultados se repiten, como se puede observar en el gráfico 4.

Los estados en el cuadrante superior izquierdo presentan una situación negativa pero mejor que Nueva Esparta (en el recuadro izquierdo inferior), mientras que los recuadros derechos contienen los estados con mejores resultados, uno por encima de lo esperado (Yaracuy) y dos (Carabobo y Aragua) por debajo de lo esperado pero aún con buenos resultados.

Como contraste de la hipótesis planteada acerca del mayor peso del desempeño sobre las condiciones ambientales y socioeconómicas, el caso del estado Yaracuy es particularmente relevante. El cuadro 3 muestra las correlaciones entre estas variables y en él se puede observar la relación inversamente proporcional entre la cobertura de partos institucionales (variable de desempeño del sistema de salud y la TMPNN), mientras las variables ambientales (Acueductos y Saneamiento) y pobreza, no tiene correlaciones significativas con la mencionada tasa. Esta situación, aunque casística, se repite en todos los estados, con excepción de Nueva Esparta. Lo mismo ocurre si se incluye la variable actividad económica,

medida por la captación de recursos por parte de la banca comercial (RESVEN, 2005).

Estas evidencias permiten sustentar la hipótesis de 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 las condiciones socioeconómicas de una entidad federal particular. Igualmente, parece no ser importante el tiempo de "maduración" de los procesos de descentralización, caso en el cual el estado Yaracuy es el ejemplo más evidente, al ser este estado el último de los aquí considerados que recibió las competencias (1998). Ello no significa que en esos estados de mejor desempeño se solucionan 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. El mantenimiento de un buen estado de salud y su preservación, depende de variables mucho más complejas que escapan a la acción de los servicios de salud y que están relacionadas con factores de tipo cultural y estilos de vida.

CUADRO 3

Correlaciones entre variables de ambiente, socioeconómicas y de desempeño

En negrita valores significativos (fuera diagonal) al umbral alfa = 0,050 (prueba bilateral)

	TMPNN	Acueductos	Saneamiento	Pobreza	Parinst.
TMPNN	1	-0,402	-0,475	-0,385	-0,549
Acueductos	-0,402	1	-0,194	0,867	0,343
Saneamiento	0,475	-0,194	1	0,247	-0,323
Pobreza	-0,385	0,867	-0,247	1	0,480
Parinst	-0,549	0,343	-0,323	0,480	1

■ LA POLÍTICA Y LOS PROBLEMAS DEL PODER

Los resultados que sucintamente se acaban de exponer han sido difundidos vía Internet desde el comienzo mismo de las actividades del proyecto (www.resven.com); han sido entregados al MSDS como institución participante en el proyecto; ya están en circulación dos libros con los resultados; se han publicado cinco artículos en revistas nacionales e internacionales y se han celebrado encuentros y foros en algunos de los estados participantes (véanse: Díaz Polanco y Pereira, 2003; Bronfman y Díaz Polanco, 2003; Díaz Polanco 2003, 2004c y 2004d).

De manera que no puede decirse que se trate de una caja negra o que los resultados se mantengan restringidos a una élite intelectual o política. Sin embargo, la manera en que se ha venido enfrentando el tema de la salud y su reforma, así como la creación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), reflejan que ninguna de estas cosas ha influido en el carácter eminentemente centralizador que se expresa en la Ley de Salud cuya aprobación se discute en la Asamblea Nacional para el momento de escribir estas líneas, en contradicción con lo que plantea la Constitución de 1999. Pero aún hay más que eso. El diseño del SPNS fue hecho hace más de cinco años por los ciudadanos y las organizaciones de la sociedad civil de todas las tendencias que fueron convocados públicamente a participar en un rico intercambio para nutrir las decisiones de una Comisión Presidencial que elaboró una propuesta de Ley. Eso ocurrió en el año 2000.

Cinco años después de aquel fructífero encuentro, 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 importación de médicos cubanos para fortalecer la atención primaria. Es bueno recordar que una de las

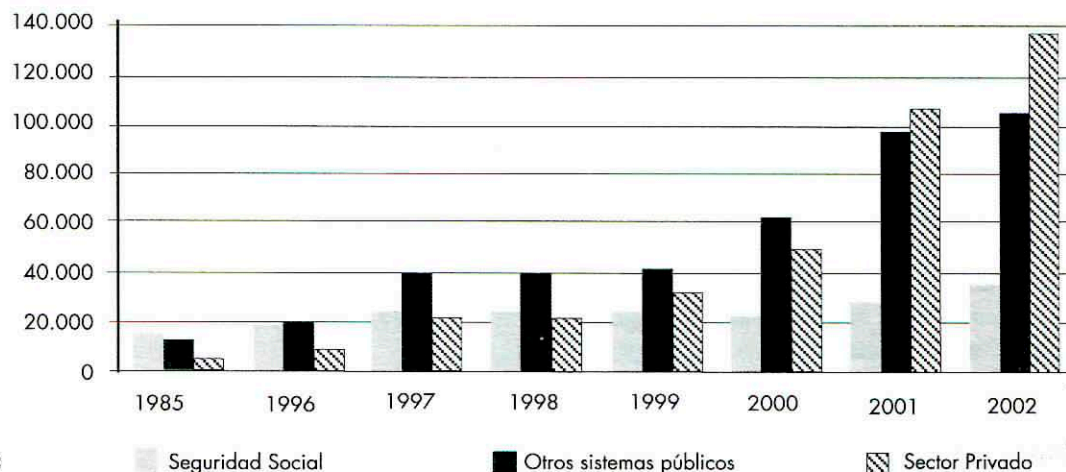
condiciones de infraestructura más favorables de América Latina para la atención primaria es la venezolana y que el desempleo y sub-empleo médicos, según cifras de la Federación Médica Venezolana, ronda el 12%, lo cual equivale a un número aproximado de 6.000 médicos que no están desarrollando sus capacidades profesionales. Aún más: la experiencia cubana en materia de atención primaria de salud tuvo su origen fundamentalmente en las experiencias venezolanas en materia de medicina simplificada, modelo que se puso en marcha en nuestro país entre 1950 y 1960.

Nuestras vivencias directas y lo que se extrae de los discursos y documentos gubernamentales apunta hacia la idea de que la descentralización —en opinión de los funcionarios oficiales (entre ellos un par de ministros)— es una estrategia neoliberal y, por tanto, inaceptable, por lo que se impone conducir el sistema hacia una gestión centralizada.

Por el contrario, todas las evidencias encontradas en países que han logrado estructurar sistemas públicos de salud equitativos muestran que esos sistemas son, además de descentralizados, financiados con recursos provenientes del fisco nacional y constituyen logros importantes en el ejercicio efectivo de la ciudadanía (véase Capriles, Díaz Polanco, Fernández y Pereira, 2001). Estas experiencias internacionales ponen claramente de manifiesto lo que en este trabajo se ha asumido como una idea-fuerza central: la determinación de la organización del sistema de salud por parte del financiamiento. Esto significa que la coherencia entre el origen de los fondos, su administración y su destino final es esencial para la equidad, eficacia y eficiencia del sistema. Dicha coherencia se encuentra en países que, como España e Inglaterra entre otros, poseen sistemas nacionales de salud basados en financiamiento público de origen fiscal, no contributivo (Díaz Polanco, 2004a y b).

GRÁFICO 5

Gasto en salud del gobierno central en regímenes distintos al SPNS. Venezuela, 1995-2002 (millones)



Fuente: Jaén, Salvato y Daza, 2003

La discusión en política social acerca de la descentralización sus riesgos y ventajas es algo que ya se ha debatido extensamente quedando en claro que la descentralización no constituye un riesgo siempre y cuando exista una significativa capacidad rectora por parte del Estado en lo relacionado con los sistemas públicos de salud (Díaz Polanco, coord., 2004a y 2004b). Esta función de rectoría es esencial para el buen funcionamiento de un sistema de salud descentralizado. Ella se fundamenta en distinguir entre las competencias de nivel nacional que no pueden ser transferidas y aquellas sobre las cuales las entidades federales pueden ejercer de manera autónoma su

autoridad. El problema es que en el fondo se trata de una clara resistencia a entregar cuotas de poder y, sobre todo, a que dicho poder resida efectivamente en manos de la población. Uno de los síntomas de tales temores se pone de manifiesto cuando, como señalábamos más arriba, no existe contraloría social ni formal para los planes de salud paralelos puestos en marcha por el poder ejecutivo en el presente gobierno.

Pero, por sobre todo, la función de rectoría tiene como fundamento esencial, la autoridad (en el sentido weberiano) del gobierno central para ejercerla, autoridad

que no puede ser improvisada sobre la base de un liderazgo impuesto o una discutible capacidad técnica, sino sobre lo contrario: el reconocimiento de las regiones de que quien dirige la política nacional es el más capacitado para hacerlo, que esa política no es el producto de improvisaciones espontáneas sino de la concertación entre todos los actores de manera de producir, no necesariamente la mejor política de todas pero sí una que sea viable y que refuerce y mejore las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno del sistema de salud y que pueda ser perfectible.

Hasta ahora lo que hemos presenciado como gestión de salud deja mucho que desear, sobre todo si se tiene en cuenta que existió un cierto nivel de consenso para formular una ley y darle un marco general de referencia al SPNS. Lo que se observa, pues, es una mayor fragmentación e ineficiencia del gasto. El gráfico 5 muestra el gasto de salud en regímenes distintos al sistema público.

A fuerza de combatir ideológicamente la tendencia hacia la privatización, ésta en la realidad se ha visto reforzada, absorbiendo desde el 2001 la parte más sustanciosa del gasto del gobierno central en salud.

De esta manera, la discusión acerca de la naturaleza del SPNS de Venezuela no alcanza a tener la profundidad suficiente que permita apuntar claramente sus actividades hacia el bienestar y la salud colectivas. Su consideración parece estar encaminada hacia otros fines, tales como la consolidación de un modelo hegemónico en el cual la re-centralización del poder y la negación de las experiencias regionales constituyen una pieza fundamental para generalizar la creencia en un Estado mesiánico que en el pasado demostró ser ineficiente para atender las necesidades sociales básicas de la población.

Estas son realidades que se conocen públicamente y que, aun dentro de las dificultades para poder conseguir la información más confiable, es posible construir y reconstruir de manera de mostrar evidencias, no para una crítica sin sentido e ideologizada, sino para ver si es posible reorientar el gasto, reevaluar las experiencias regionales, integrar planes y programas y, al final, disponer de un SPNS que se dirija realmente al usuario del sistema y no a satisfacer las ambiciones de poder de grupos políticos parcializados; que se dirija a hacer más efectivo el ejercicio de la ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA

<p>BOSSERT, Thomas 1993 Decentralization: Devolution of Primary Care to Municipal Authorities" <i>Policy Report</i> N° 1, USAID, Washington, DC: IAC Health and Nutrition Sustainability.</p>	<p>BRONFMAN, Mario y DÍAZ POLANCO, Jorge 2003 "La cooperación técnica internacional y las políticas de salud" En: <i>Ciencia & Saúde Coletiva</i>, Vol 8, N° 1. ABRASCO. Brasil.</p>	<p>DÍAZ POLANCO, Jorge 2004c "The Venezuelan Health Reform: Before and trough the 'Bolivarian Revolution'" Universidad de Harvard (en prensa).</p>	<p>JAÉN, María Helena; SALVATO, Silvia y DAZA, Abelardo 2003 Costo fiscal y sostenibilidad financiera del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela. Versión preliminar. IESA. Caracas.</p>
<p>1996 "Decentralization" In Katja Janovsky (ed.) <i>Health Policy and Systems Systems Development: An Agenda for Research</i>. Geneva: World Health Organization.</p>	<p>CAPRILES, Edgar; DÍAZ POLANCO, Jorge; FERNÁNDEZ, Yajaira y PEREIRA, Zegri 2001 "La descentralización de la salud: opciones y perspectivas". En: Díaz Polanco, Jorge (coord.) <i>La reforma de salud en Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de los servicios de salud</i>. CENDES-UCV/IESA/CORPOSALUD/MSDS/CIEPROL. Ediciones de la Fundación Polar. Caracas.</p>	<p>2004d "Reforma y descentralización de la salud en Venezuela: alcance, limitaciones y perspectivas" En: <i>Política y Gestión</i>. Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires, Argentina.</p>	<p>RESVEN 2004 "La reforma de salud en Venezuela: el impacto de la descentralización en la gestión de los servicios y en la salud de la población". Informe parcial del proyecto de investigación. Caracas.</p>
<p>1998 "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance" <i>Social Science and Medicine</i> 47 (10): 1.513-1.527.</p>	<p>DÍAZ POLANCO, Jorge (coord.) 2004a <i>La descentralización de la salud en Venezuela: aprendamos de la experiencia</i>. Vol II. CENDES-UCV/IESA/CORPOSALUD/MSDS/CIEPROL. Ediciones de la Fundación Polar. Caracas.</p>	<p>2003 "La política de salud en la Quinta República: ¿Una política de Estado?" En: Mascareño, Carlos (coord.) <i>Políticas públicas siglo XXI: Caso venezolano</i>. Temas de Docencia. CENDES. Caracas.</p>	<p>2005 "La reforma de salud en Venezuela: el impacto de la descentralización en la gestión de los servicios y en la salud de la población". Informe final del proyecto de investigación. Caracas.</p>
<p>1999 Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance N° 17. Serie de IACHSR Health Sector Reform Initiative. Harvard School of Public Health, november 1999.</p>	<p>2004b "Reforma y descentralización de la salud en Venezuela: alcances, limitaciones y perspectivas" En: <i>Política y Gestión</i>, Vol. 7, Argentina: pp. 147-170.</p>	<p>DÍAZ POLANCO, Jorge y PEREIRA, Zegri 2003 "Descentralización y Re-centralización de la salud en Venezuela: un ejemplo de las dificultades para mejorar las decisiones políticas" En: <i>Provincia</i>. Revista Venezolana de Estudios Territoriales, N° 7. CIEPROL-ULA. Mérida.</p>	<p>STARFIELD, Barbara 2001 "Improving equity in health: a research agenda" <i>International Journal of Health Services</i>, Vol. 31, N° 3: pp. 545-566.</p>
<p>2000a Guidelines for Promoting Decentralization of Health Systems In <i>Latin America</i>, N° 30. Serie de IACHSR Health Sector Reform Initiative. Harvard School of Public Health, June 2000.</p>	<p>2000b Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia, N° 29. Serie de IACHSR Health Sector Reform Initiative. Harvard School of Public Health, June 2000.</p>	<p>GUTIÉRREZ, J.P. y BERTOZZI, S. 2003 "La brecha de la salud en México medida a través de la mortalidad infantil" En <i>Salud Pública de México</i>, Vol. 45, N° 3. pp. 102-109.</p>	