

# Descentralización y recentralización de la salud en Venezuela:

*un ejemplo de la dificultad de mejorar las decisiones políticas*

---

Jorge Díaz Polanco<sup>1</sup> y Zegri Pereira<sup>2</sup>

1 Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela. Coordinador del proyecto RESVEN.

2 Escuela de Medicina José María Vargas, Universidad Central de Venezuela.

Investigadora asistente en el proyecto RESVEN

## *Resumen*

Este trabajo, usando los resultados parciales del proyecto de investigación RESVEN, presenta el caso de cómo las decisiones de políticas de salud –especialmente las relacionadas con la evaluación de la descentralización sectorial– se han tomado en función de visiones equivocadas de la sociedad civil y de su participación, y del papel del Estado como garante de los derechos ciudadanos. Analiza el rol de los Ministerios de Salud (MSAS y MSDS) en la rectoría de los procesos de descentralización y muestra cómo, a pesar de las limitaciones económicas y sociales, los sistemas regionales de salud y las organizaciones que los rigen como producto del proceso de descentralización, han logrado tener un impacto positivo en la salud de la población. Finalmente, llama la atención de los proponentes y decisores acerca del papel del marco legal en el apoyo y profundización de estos procesos en el marco de una reforma general del Estado.

*Palabras clave:* Descentralización, Reforma de Salud, Reforma del Estado, Sistemas Regionales de Salud

## *Abstract*

Using the preliminary outputs of the Project RESVEN, this paper presents the case of health in terms of ongoing

political decisions that are taken without a clear reference to the available evidence on the subject of health decentralization and its impacts on population's health, withdrawing the role of the community and with a centralized conception of the State as a custodian of the citizen's rights. It also takes into account the role played by the Health Ministry and finally, within a general framework of a thoughtful State reform, it attempts to motivate decision makers and other important actors to promote reforms that guarantee the continuity and profundity of the autonomous management of regional and local health services.

*Key words:* Decentralization, Health Reform, State Reform, Health Regional Systems

## *Introducción*

Uno de los sectores punta en materia de descentralización en Venezuela, ha sido el de la salud. Quizá este hecho se explique porque, entre otras cosas, algunos gobernadores a quienes les correspondió ejercer su mandato durante la época en que se presentó la opción de descentralizar la gestión de los servicios de salud, asumieron este proceso como un reto, ya que valoraban el tema sanitario por sus implicaciones políticas y sociales.

El hecho es que para 1994, al menos seis estados se habían asociado circunstancialmente para exigir se les transfirieran las competencias en el área. En efecto, Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón y Zulia, mancomunaron esfuerzos en esa dirección y lucharon por la administración y gestión autónomas de sus redes de salud (RESVEN, 2003). Sin embargo, no en todos los estados se obtuvieron respuestas adecuadas. Así, mientras Aragua, Carabobo y Falcón avanzaron significativamente, Anzoátegui, Bolívar y Zulia, no fueron consecuentes con el compromiso de profundizar los cambios iniciados con el proceso de descentralización. Falcón, como caso especial, inició siendo el único estado en cuyos planes de transferencia se contemplaba la inmediata descentralización hacia

los municipios proceso que, algún tiempo después de iniciado, hubo de revertirse por razones políticas que revisaremos más adelante.

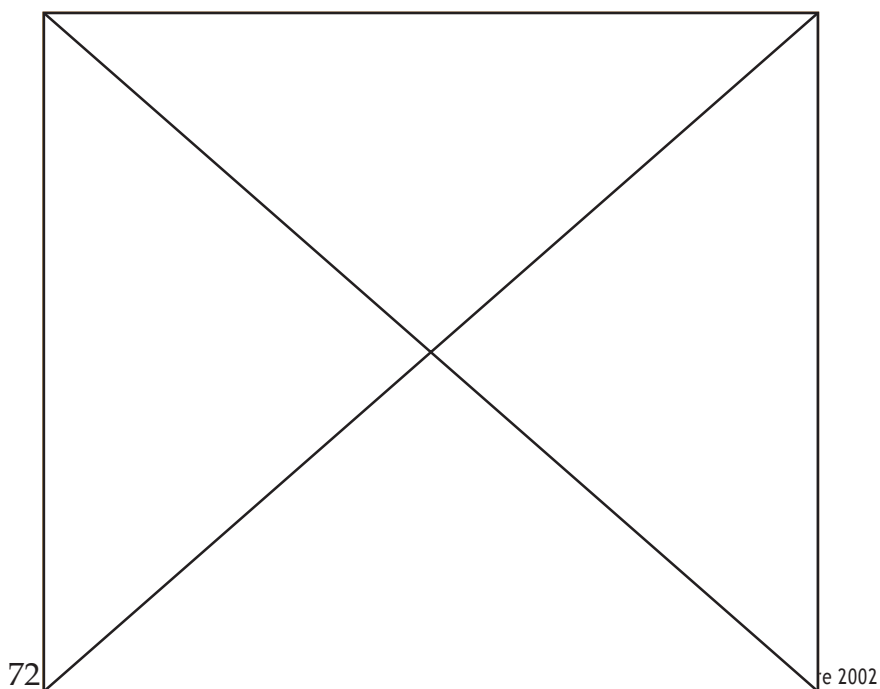
Tres factores se han identificado para tratar de explicar tales diferencias en el desarrollo posterior de los sistemas de salud descentralizados. Uno, es el relativo a la voluntad política de los gobernadores a cargo y que está vinculado al segundo: la continuidad político-administrativa de la gestión del estado, y ambos, en conexión con un tercer elemento: la existencia de un proyecto previo. Este último aspecto, en algunos casos, se tradujo en una concepción corporativa u organizacional, que efectivamente mostró cómo se había compartido esa visión de futuro y se puso de manifiesto en la inmediata toma de decisiones bajo el espíritu de la relativa autonomía del estado y de sus niveles de gobierno en materia de salud (RESVEN, 2003). Quizá este último, sea la síntesis y expresión final de los otros dos. En efecto, difícil es concebir un proyecto, una visión de futuro del sistema regional de salud, sin que ello hubiese contado con el apoyo decidido del gobernador y con la garantía de dar continuidad a la gestión. Otro elemento que se haya vinculado a los anteriores, como la particular cultura sanitaria, relacionada a la historia del estado y a sus antecedentes en esta materia, es mucho más complejo y difícil de manejar operativamente.

En este trabajo, producto del análisis de los procesos de descentralización en ocho estados de la República y de sus probables impactos sobre las condiciones de salud de la población, desarrollado por un equipo de investigadores pertenecientes a diversas instituciones, pretendemos mostrar dicho impacto, medido a través de indicadores que pueden poner de manifiesto cómo la gestión autónoma de los sistemas regionales de salud, puede mejorar sensiblemente los resultados que se obtienen en términos de salud de la población. Ello ocurre, no porque la descentralización, como proceso político, tenga influencia directa sobre la gestión de la salud, sino porque ella ofrece y abre “espacios de decisión”, oportunidades históricamente pre-inexistentes en nuestras regiones que pueden hacer más eficiente, eficaz y efectiva la prestación de servicios a la población. Su aprovechamiento, en relación con las funciones que se

supone debe cumplir un sistema de salud, constituyen el “desempeño” de tales sistemas. Esta secuencia hipotética, se muestra en el gráfico 1.

Lamentablemente, estas experiencias ocurren en condiciones socio-económicas que se han venido deteriorando con el tiempo. Siendo que la salud de la gente no es, sino sólo muy parcialmente, el resultado de las acciones de los servicios de salud, es importante considerar factores que, como la pobreza y su consecuente drástica disminución de ingresos, el desempleo y la falta de crecimiento económico, tienen probadamente un claro impacto sobre la salud de las poblaciones. Igualmente, esos impactos son diferenciales, dadas las profundas desigualdades que en ese terreno existen en nuestro país, con uno de los esquemas más regresivos en materia de distribución del ingreso en América Latina y con marcadas inequidades en lo que a provisión de servicios sociales y de protección se refiere.

El mérito de los sistemas de salud descentralizados consiste en la posibilidad de haber impactado sobre la salud de la población,



más allá del deterioro que dicha población pueda haber sufrido por causa de la creciente pérdida de calidad de vida y de la imposibilidad de los aparatos económicos regionales de dar respuestas frente a la recesión que se vive en Venezuela desde hace más de una década.

El problema reside en que, desde 1999, en forma creciente y contraviniendo lo establecido por la Constitución, tales logros han sido desconocidos y hoy día los sistemas regionales de salud ven seriamente amenazada su autonomía.

### *1. La Reforma del Estado*

No es posible el enfoque de este tema fuera de las circunstancias generadas por una corriente de pensamiento algo generalizada en la región que, entre otras cosas, endosa a la intervención estatal, los males y los problemas de nuestros países, dados su crecimiento tendencial, su ingerencia progresiva en materia económica y su aparentemente probada ineficiencia en el manejo de las políticas públicas.

Muchos de los elementos mencionados constituyen, a nuestra manera de ver, temas ideologizados, bien sea contra el enfoque neoliberal que hace del mercado el nuevo Dios de la vida social y económica, bien sea contra el estatismo productor de desmotivación, inamovilidad y promotor de la corrupción administrativa. Estas apreciaciones ponen de manifiesto que se trata de interpretaciones dicotómicas, que obedecen más a concepciones preestablecidas que a análisis sistemáticos. Hoy día asistimos a la preeminencia de las primeras concepciones según las cuales todos los problemas del sistema público de salud se originan en su excesiva independencia del poder central y en la forma desordenada en que ocurrió el proceso de descentralización de los servicios de salud en el país sin disponer siquiera de un diagnóstico sistemático al respecto.

### *2. La Descentralización*

La descentralización puede ser entendida como una estrategia de las políticas de reforma, especialmente de reforma del Estado. En

América Latina, la distinción entre ambas –estrategia y política- ha sido muy difícil porque generalmente se entiende a la descentralización articulada a enfoques políticos neoliberales en los cuales el Estado se minimiza o tiende a desaparecer, en un intento de dar rienda suelta a las iniciativas económicas privadas las cuales, supuestamente, generarían empleo y bienestar. Todos sabemos que no ha ocurrido así en América Latina y se pueden citar innumerables experiencias en nuestros países, en las cuales se ha demostrado la manifiesta insuficiencia del mercado para dar respuestas efectivas frente a la marginalidad y la pobreza. Sin embargo, muchas veces no ha sido posible deslastrar a la descentralización de tal vínculo. Se la equiparó a privatización porque, si en el terreno de las actividades directamente productivas la privatización se entendió como un beneficio, tal interpretación se extrapoló al sector de los servicios y las políticas sociales, cuya ineficiencia, ineficacia e inequidad, debían entonces verse articuladas a la misma situación descrita para los sectores productivos. La lucha por demostrar que más que a la liberalización de las relaciones económicas, la descentralización se articula efectivamente al ejercicio de los derechos ciudadanos, ha sido muy dura. Hoy día en Venezuela vivimos un proceso de re-centralización porque, explícitamente o no, los principales actores políticos, decisores a su vez, entienden que la descentralización es una rémora neoliberal.

Uno de los problemas que se hace evidente con relación a este tema, es que es difícil introducir y mantener una discusión seria y equilibrada acerca de los beneficios y los riesgos de la descentralización político-administrativa porque, en virtud de la redefinición del rol del Estado en la vida social y económica, los fracasos anteriores vinculados a esquemas neoliberales, han sido manipulados para esconder los beneficios de tal estrategia.

Lo que no se toma en cuenta es que el desarrollo pleno de la descentralización, incentiva el ejercicio de la ciudadanía democratizando el control de la función pública. Los riesgos con que se enfrenta la descentralización, no dependen de ella misma, sino de la estructura y funciones del Estado, que en una concepción equilibrada

y moderna, no desaparece sino que se especializa técnica y políticamente para servir a los ciudadanos.

### *3. La Transferencia de Competencias en Salud*

En el caso de los servicios de salud y, más específicamente, del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), se hace necesario distinguir entre dos acepciones de la descentralización que tienden a confundirse. Una, es la relativa a los procesos e iniciativas que apuntan en la dirección de fortalecer la autonomía de las entidades federales en esta materia y que es un proceso eminentemente político, conducente o no a una reforma de un determinado sistema regional y que obedece, en términos generales a aquellos rasgos descritos más arriba en relación con sus capacidades y oportunidades para operar en forma relativamente autónoma (visión, continuidad político-administrativa, liderazgo). En algunas oportunidades, tales iniciativas preceden a la transferencia formal de las competencias en salud. Su cariz político no impide que esta construcción previa carezca de componentes técnicos. De hecho, la historia específica de las regiones, el rol que juega lo sanitario y, en general, sus capacidades institucionales para enfrentar el reto de manejar los servicios de salud, proveen a la entidad federal de que se trate de herramientas insustituibles que le permiten avanzar en el logro de adecuados niveles de eficiencia y eficacia en la gestión pública de la salud. Este carácter eminentemente político de la descentralización, se expresa en las iniciativas desarrolladas al margen de referencias formales preestablecidas para disponer de efectiva autonomía y pueden poner en evidencia la probable oposición entre los niveles de gobierno.

La otra acepción, es la sanción formal de la descentralización que adquiere visibilidad a través de la existencia de un convenio firmado entre el gobierno central y el estatal, mediante el cual se adquieren determinados compromisos y, al menos teóricamente, se establecen responsabilidades para los diferentes niveles de gobierno los cuales, generalmente, se expresan en planes y programas de transferencia en cada entidad federal. Cuando esos planes se elaboran

en ausencia de una organización que los respalde y de la cual sean producto, generalmente expresan sólo la formalidad del compromiso sin que necesariamente ello implique la efectiva realización del mencionado plan. En otras palabras, la experiencia indica que hay estados que se sumaron al proceso por una suerte de inercia, mientras que otros, corporativa y participativamente, identificaron metas y objetivos de presente y de futuro. Los primeros raramente avanzaron; los segundos lograron una modernización relativa de la gestión pública regional de salud.

La primera de estas acepciones es la más importante porque expresa la preparación para recibir las competencias y, además, muestra las capacidades institucionales para hacerlo en forma adecuada. Igualmente, expone cómo se encuentran un gobierno regional y el gobierno central en torno a un tema específico, en cuya negociación se ponen de manifiesto las tendencias –a veces divergentes– de ambos niveles de gobierno, sobre todo cuando no existen reglas claras que normen esa relación o cuando tales reglas son redefinidas día a día, de acuerdo a la voluntad del más fuerte.

En el caso venezolano, este encuentro no ha sido siempre el más deseable. La forma en que se desarrolló la descentralización hacia los estados, además de incompleta por incumplimiento parcial del gobierno central, muestra las posiciones no favorables de funcionarios en cuyas manos estuvo facilitar o entorpecer el proceso de transferencia. Ello se dio por incomprensión del mismo o porque, habituados a manejar todas las decisiones desde el gobierno central, estos funcionarios resintieron las demandas de los estados como pérdida de poder del gobierno central, sin percatarse de que la finalidad del Estado es la de atender a las demandas ciudadanas. El sector salud es un ejemplo muy especial de este proceso en el cual los gobiernos centrales han desempeñado papeles ambiguos y contradictorios (Díaz Polanco, 2001).

En resumen, una cosa es el tema de la cesión del poder de manera formal y otra, muy diferente, lo que las entidades federales hicieron antes, durante y después de dicha transferencia. Este último aspecto es lo que propiamente se denomina descentralización, reforma o



transformación sectorial, porque muestra la voluntad política de los gobiernos regionales, mientras que la transferencia de competencias es la culminación de un proceso de negociación entre los niveles de gobierno comprometidos y que se da como sanción burocrática de las iniciativas regionales (Díaz Polanco, 2001).

En Venezuela, por razones históricas, el proceso de descentralización de las competencias en salud hacia los estados, se dio sin un real compromiso del gobierno central y, muchas veces, con su oposición. Por esa razón los estados “pioneros” hubieron de luchar para lograr su cometido, tal y como se planteó al inicio. Una de esas luchas se expresó en la puesta en funcionamiento, temporal y no formalmente, del Consejo Territorial de la Salud, a iniciativa de algunos estados que vieron en ese espacio, la oportunidad de enfrentar las resistencias del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de entonces (MSAS), que venía de su deslegitimación como líder sectorial, merced a los procesos clientelares característicos del Estado venezolano durante las últimas décadas. En efecto, el poder de liderar el sector por parte del MSAS, fue desapareciendo con el tiempo, en la medida en que nunca llegó a definirse claramente la política de salud como una política de Estado, sino más bien como estrategias de mantener, acrecentar y reeditar estructuras de poder sin capacidad de respuesta técnica y política frente a las demandas de la población en materia de salud (Díaz Polanco, 2001). Un ejemplo de lo dicho lo constituyen las acciones desarrolladas por el MSAS a partir de 1997 bajo una dirección autoritaria que ocupó e hizo desaparecer las iniciativas regionales que se habían plasmado en el Consejo Territorial de la Salud (Díaz Polanco, 1999).

#### *4. Los Espacios de Decisión y las Capacidades Institucionales*

Lo que se pudo alcanzar en materia de gestión autónoma en los estados, es más el producto de sus propios esfuerzos que de las políticas del gobierno central. Se dirá que ello es obvio. No lo es tanto en el caso venezolano, en el cual el poder político, al decir de José Agustín Silva Michelena, representa el “quid” de las transacciones que se desarrollan en torno a las disputas por el poder.

Ya nos hemos referido al tema de las capacidades institucionales, sin embargo, valga la pena resaltar el hecho de que aquellos estados que mejor aprovecharon los recursos multilaterales de la reforma sectorial emprendida en 1997 de manera efectiva, dedicaron parte de esos recursos a fortalecer sus capacidades y ampliar las visiones corporativas y de gestión de sus Organizaciones Estadales de Salud (OES). No ocurrió lo mismo en el caso del uso y aprovechamiento de los grados de autonomía adquiridos. La categoría "Espacios de Decisión" (EDD) tomada de Bossert (1998, 2000 y 2001), implica una apreciación detallada, no sólo de cómo se usaron esas nuevas maneras de tomar decisiones que aportó la descentralización sino, además, permite apreciar en qué áreas se hizo y con qué fuerza y alcance se desarrollaron. Y es muy útil porque permite mediar entre la descentralización como proceso global y la forma en que el uso de tales EDD produjo resultados en cada estado, resultados que pueden observarse en la gestión y organización y también en la situación de salud de la población.

## *5. El Desempeño de las OES*

Cómo se usaron estos EDD, se refleja en la forma en que las OES desarrollaron las funciones básicas del sistema de salud, a saber: financiamiento, rectoría y regulación y prestación de servicios.

El financiamiento no se refiere solamente al flujo de recursos financieros, transferidos o generados por el estado, sino a cómo fueron utilizados para hacer gobernable el sistema de salud; es decir, se aprecia el financiamiento en su carácter determinante sobre la organización sectorial. Determinante en un sentido no causal, sino prescriptivo, porque permite entender que entre las funciones del sistema debe existir una cierta coherencia que se aprecia en el origen, administración y destino de los fondos que sufragan su funcionamiento. Las experiencias internacionales indican que aquellos sistemas de salud financiados con fondos públicos de origen fiscal, administrados públicamente y con prestación pública, obtienen mejores resultados que aquellos que no cumplen con tales

condiciones (Capriles, Díaz Polanco, Fernández y Pereira, 2001; Díaz Polanco, 2001). Es decir, el hecho de disponer de fondos públicos, no es la causa para que un determinado sistema de salud sea eficiente y eficaz, sino que la coherencia entre esos “momentos” del financiamiento (origen, administración y destino) proporciona la opción para serlo. En ese mismo sentido, la organización condiciona el financiamiento, es decir, establece los límites dentro de los cuales un determinado sistema de salud puede ser más o menos eficiente, porque la organización –predominantemente pública o predominantemente privada– impone límites a la administración y destino de los fondos. El caso de Venezuela es muy claro, tanto si se lo examina desde el punto de vista del sector privado, como si se lo hace desde una perspectiva pública. Sobre todo en este último caso, puede apreciarse cómo diferentes grupos de interés fueron apropiándose de fondos públicos para su propio beneficio, contraviniendo la normativa de la coherencia entre el origen y destino de tales recursos. Una de las formas más evidentes en que estas perversiones se manifiestan es en la inclusión de cláusulas de contratación colectiva que incluyen compra de seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) para los empleados públicos e, incluso, para los del MSDS. Estas contravenciones refuerzan y mantienen la fragmentación del sistema público de salud, teniendo serias implicaciones en la equidad.

La prestación de los servicios es un tema aparte, sobre todo porque la discusión entre lo que es público y lo que es privado en este terreno, está revestida de una cierta ambigüedad, producto de la confusión entre el tema de la propiedad de los establecimientos y el carácter de la prestación que recibe el usuario. Este debate presenta una doble cara. Por una parte, si se arranca desde la visión estatista, cualquier vínculo entre prestadores públicos y privados, conduce necesariamente a la privatización del sistema. Por otra parte, desde el punto de vista neoliberal, el tratamiento del sector salud debe ser objeto de consideraciones similares a cualquier otro aspecto de la vida económica, es decir, libre de ataduras o de control de algún tipo. Obviamente, que esta dicotomía no es real. En la práctica,

múltiples combinaciones entre ambas opciones son posibles y, de hecho, así ocurre. Lo importante a nuestro juicio, no es deslindar posiciones irreconciliables en esta diatriba, sino entender que, independientemente de quien preste el servicio y en condiciones de una alta capacidad técnica por parte del Estado, el sistema será público en la medida en que esté unificado y sometido a la regulación del Estado, lo cual implica disponer de un financiamiento predominantemente público, oportuno, equitativo y progresivo.

Sin embargo, no basta cumplir con las condiciones que acabamos de especificar para garantizar el carácter público del sistema de salud. Nuestra propia experiencia nos enseña cómo, aún dentro de estos parámetros generales, también se puede llegar a perversiones en materia de gestión pública. La forma en que se implantó el cobro directo o indirecto al usuario en nuestro sistema público, es el mejor ejemplo. Nos parece necesario insistir en invocar la necesaria capacidad técnica del Estado y de los demás niveles de gobierno que, en un sistema descentralizado, deben poder ejercer toda su capacidad regulatoria para asegurar la mayor equidad y eficacia en el funcionamiento del sistema de salud, sea a nivel nacional, regional o local.

Este tema nos conduce directamente a los planteamientos iniciales. Sin un proceso de profunda reforma del Estado en su conjunto, será muy difícil la implantación de un sistema de salud equitativo, eficaz y eficiente. En el caso específico de la salud, un organismo rector como el actual MSDS, no dispone de capacidad técnica para responder a estos retos. Su hipertrofia e inercia organizativa, su escasa capacidad de aprendizaje organizacional, lo han colocado al margen de tales decisiones impidiéndole aprender de las experiencias vividas por los estados y las regiones, porque éstas son entendidas por el Ministerio como intentos de rebelión frente a sus directrices y no como procesos de ejercicio de poder compartido.

Otro elemento de la mayor importancia en estas exploraciones es el constituido por el compromiso y la participación de los usuarios en el sistema de salud. Lo que hemos encontrado hasta ahora en nuestras investigaciones es que cada gobierno regional ha enfrentado este aspecto según lineamientos diferentes. En algunos estados se

transfirió la gestión de la red o parte importante de ella, a la sociedad civil; en otros, la sola mención de que existiese esa posibilidad, era inaceptable (Pereira, 2001). Desde nuestro punto de vista esta participación puede ser entendida bajo tres formas básicas: técnica o instrumental, administrativa y política. La técnica se refiere a los apoyos recibidos desde la sociedad civil en relación con el mantenimiento, cuidado, vigilancia y otros aspectos instrumentales que contribuyen a preservar los establecimientos o cualquier bien asociado a ellos. La administrativa tiene que ver con la asistencia que se realiza a fin de garantizar la rendición de cuentas o la ejecución de los presupuestos, así como todas aquellas gestiones que facilitan la operatividad del sistema de salud. Finalmente, la forma política de la participación, revela la manera en que las autoridades del sector comparten el poder con la población. La participación política está ligada a los procesos de toma de decisiones para el diseño de las políticas de salud específicas. Estas tres formas de participación, se pueden dar en diferentes ámbitos del sistema de salud. La siguiente tabla ilustra, tanto las formas o contenidos, como los ámbitos en los cuales se puede entender la participación de la sociedad civil.

<i>Ambitos</i>	<i>Formas o Contenidos</i>		
	<i>Técnica o Instrumental</i>	<i>Administrativa</i>	<i>Política</i>
<i>MSDS</i> <i>OES</i> <i>Municipio</i> <i>Establecimiento</i>			

Lo que se encuentra en los estados no supera el nivel de lo administrativo y ello sólo en algunos casos. En esta tabla se muestran las combinaciones posibles en los diferentes modelos de participación social y puede ser útil para entender también las relaciones entre los gobiernos regionales y el gobierno central. Los ámbitos –desde el más político al menos político– y los contenidos de dicha participación, es decir, la forma en que se participa, desde los más técnicos

o de apoyo, hasta los más políticos, se combinan para ofrecer una conceptualización esquemática de la participación. Aquí también se pone de manifiesto la inexistencia de política de Estado. No se trata de que la sociedad civil asuma la responsabilidad del Estado y lo sustituya, así como tampoco de dictar normas acerca de la participación social, pero sí de estimularla y proveer incentivos para ello, especialmente en aspectos relacionados con los procesos de toma de decisiones. Se trata de destacar el papel de la sociedad civil en lo que habíamos denominado 'espacio público' en el cual se dan diversas formas de solidaridad. Uno de los ámbitos en los cuales se muestra con mayor fuerza esta carencia, es el de la municipalización.

A pesar de lo relativamente avanzado de la descentralización de los servicios de salud en el país, la experiencia de la municipalización es, en Venezuela, casi inexistente. Puede darse como iniciativas espontáneas de algunos alcaldes quienes, a veces, las desarrollan mediante convenios específicos o sin ellos y frecuentemente, sin siquiera el conocimiento de las OES. Cuando se trata de los estados, tales experiencias, o fueron revertidas, como el caso de Falcón, o se limitan a prácticas controladas por el gobierno regional porque en el fondo, también algunos gobernadores muestran una cierta desconfianza hacia la gestión descentralizada en sus propias entidades federales. Muchas veces se esgrimen argumentos técnicos acerca de las capacidades reales de las alcaldías para ejercer tal función. Esta es una discusión que sigue en pie. Pero, en todo caso, el resultado es que no existe un proceso de municipalización como tal en materia de salud. En este aspecto se pone de manifiesto uno de los elementos más obtaculizadores de la descentralización, como es la desconfianza entre los diferentes niveles de gobierno, sus rivalidades político partidistas y otros elementos que dificultan la continuidad y profundización de la descentralización de los servicios de salud. Esta desconfianza se basa en la cultura del control burocrático de la gestión, porque se asume que recibir y manejar autónomamente recursos financieros o de cualquier tipo, conduce a la corrupción y a la ineficiencia. Nuestra cultura centralista predomina a la hora de tener que tomar decisiones en ese sentido no

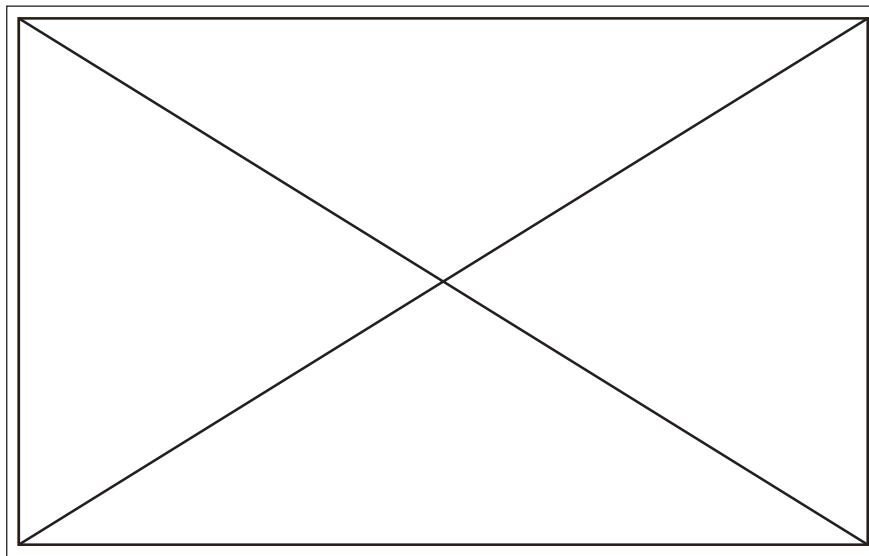
entendiendo que la maduración política de la gente podría ser el mejor control contra el despilfarro y la ineficiencia de los gobiernos regionales y locales. Es, de hecho, una de las formas más efectivas del ejercicio pleno de la ciudadanía: el derecho a recibir cuentas de quienes fueron elegidos por nosotros para administrar nuestros intereses. Solamente con una institucionalidad consolidada en los diferentes niveles de gobierno será posible el máximo aprovechamiento de los 'espacios de decisión' abiertos por la descentralización, sin que por ello los decisores vean amenazados los intereses del Estado.

El uso, pues de los EDD queda supeditado a las capacidades institucionales y está comprendido dentro del marco de las experiencias e historia regionales, en la medida en que estos elementos constituyen el substrato que facilita el ejercicio de la autonomía relativa en la gestión del sistema de salud y, como puede verse, resulta un proceso sumamente complejo a la hora de evaluarlo y llegar a conclusiones porque intenta dar cuenta de los aspectos más resaltantes de la forma en que un determinado sistema de salud acomete el desarrollo de las funciones que le son necesarias. Los EDD y las funciones del sistema de salud -regional o nacional- nos permiten evaluar los resultados obtenidos en la gestión de tales sistemas. De esta manera se puede tener una visión acerca de cómo fue ese desempeño e, hipotéticamente, ligarlo a los resultados en términos, tanto de la eficiencia y eficacia de la gestión, como de la situación de salud de la población respectiva.

## 6. *¿Cómo son los resultados?*

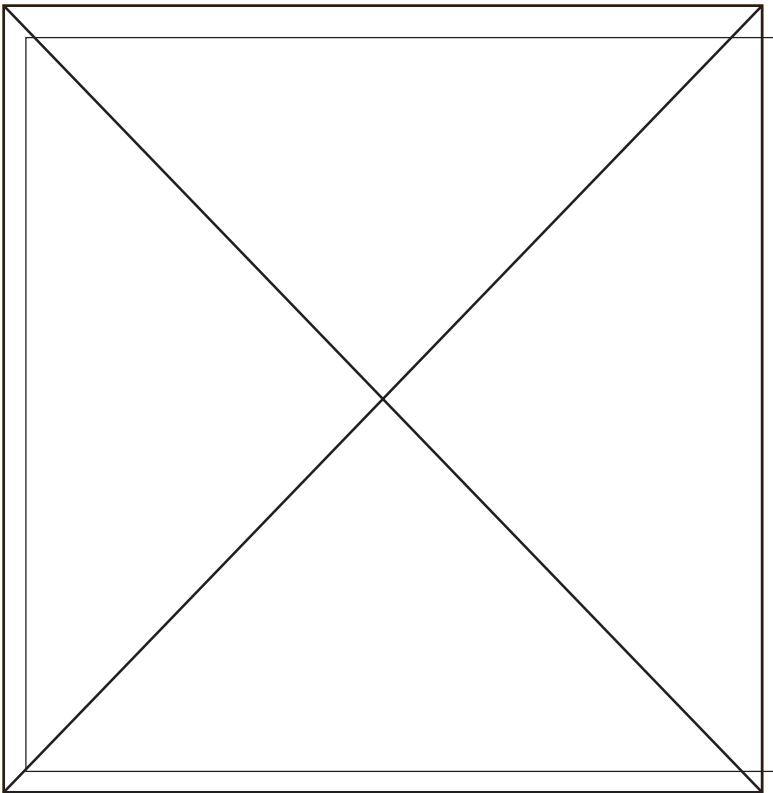
La idea es comparar algunos indicadores clave que reflejan la acción de los servicios de salud sobre la población, con las condiciones socioeconómicas que influyen reconocidamente en dicha situación. Según Starfield (1999) y considerando el área de la salud materno-infantil la que más rápidamente refleja resultados, la tasa de mortalidad postneonatal (TMPNN) puede darnos importantes indicios acerca de resultados obtenidos en la población. Otros

estudios muestran evidencias que sustentan esta posición (Gordon, 1995; Gutiérrez y otros, 2003). Es de suponer que las variaciones de tal indicador estén asociadas a un mejor desempeño, según nuestra hipótesis enunciada al inicio (Gráfico 1). El siguiente gráfico (2) muestra la Tasa Media de Reducción Anual (TMRA) de la MPNN en ocho estados descentralizados, así como la diferencia después/ antes de la firma de los convenios de transferencia de la TMPNN y su relación con la tendencia después de la firma de los convenios. El estado que menos redujo fue Nueva Esparta y el que más redujo fue Aragua. La línea de tendencia muestra la asociación entre las diferencias después/ antes de la TMRA de la MPNN con la tendencia de dicha tasa, después de la transferencia de competencias. La alta correlación ( $R=0,86$ ;  $r^2=0,6822$ ) muestra que, con la diferencia de Mérida (punto más separado de la línea de tendencia), todos los estados tienen una reducción consistente de la TMPNN, después de la transferencia de competencias. En el caso de Mérida, ello se explica porque las tendencias no son muy diferentes antes y después, aunque haya aumentado la TMRA, es decir que la reducción de esta tasa se produjo independientemente de la gestión descentralizada.





Si se analiza este mismo indicador (TMPNN) y se lo compara con el desempeño, medido a través del uso de los EDD, se observa que no existe relación alguna entre la situación socioeconómica de algunos estados y los esfuerzos realizados para bajar la tasa en cuestión. El gráfico 3 muestra las relaciones entre el uso de los EDD (desempeño) y la TMRA de la MPNN. Falcón y Sucre, dos de los estados más pobres del país, lograron reducir más sus tasas que Aragua o Carabobo que se encuentran en una situación relativamente mejor desde el punto de vista social y económico. Sin embargo, hay que tomar en consideración que la reducción puede ser más efectiva cuando las tasas iniciales son más altas, como es probablemente el caso de Falcón y Sucre y mucho más difícil reducirlas cuando las tasas iniciales son bajas, como es el caso de Aragua y Carabobo.



Tales diferencias se pueden observar en el comportamiento de la TMPNN (no en su reducción) entre 1985 Y 2000. Tres de los estados más pobres –Sucre, Falcón y Mérida–, lograron reducir sus tasas mucho más que la media nacional (últimas columnas, con rayas), mientras que esa reducción es menor en estados como Bolívar, Nueva Esparta, Carabobo y Aragua.

Al analizar otros datos relativos al comportamiento de diferentes tasas relacionadas con la salud materno infantil se observaron resultados similares, salvo en el caso de la mortalidad materna (RESVEN, 2003). La tendencia pues, es a valorar el aporte específico de los sistemas regionales de salud descentralizados en las condiciones de salud de la población.

### *Consideraciones finales*

El análisis de estos resultados contiene muchos más detalles de lo aquí presentado y posee mucha más evidencia que apunta en la dirección de nuestra hipótesis inicial: Los resultados obtenidos después de la firma de los convenios de transferencia son significativamente mejores en 7 de los ocho estados (la excepción, en algunos casos, es Nueva Esparta) y ellos son más atribuibles a la acción de los sistemas regionales de salud que a las condiciones socio-económicas y ambientales porque en el análisis no aparece ninguna relación significativa entre variables tales como la cobertura de agua por acueductos y servicios de saneamiento ambiental y el comportamiento de la TMPNN. Parece, pues que la descentralización de la salud, a pesar de que no se profundizó y de los obstáculos y trabas con las cuales se enfrentó, rindió frutos en términos de la salud de la gente.

Hoy día este proceso se encuentra seriamente amenazado por las tendencias políticas que, sin análisis o discusión, asumen a priori que se debe recentralizar para lograr gobernabilidad, sobre el supuesto de que la descentralización de la salud fracasó. Independientemente de que no se hayan municipalizado formalmente, los servicios de salud transferidos han actuado efectivamente en el marco

de la descentralización. Este es un logro que hay que defender y profundizar. Una ocasión muy especial para ello es la constituida por la formulación de la nueva Ley Orgánica de Régimen Municipal y también la Ley de Hacienda Pública Estatal, las cuales deberían reforzar estos procesos en lugar de debilitarlos, permitiendo la continuidad y profundización de medidas que ayuden, a las regiones y localidades, en el manejo autónomo de sus servicios de salud. Creemos firmemente que es necesario organizar esfuerzos para la defensa de la autonomía de los estados en esta materia. Igualmente, creemos que ello será posible en un proceso de profunda transformación del Estado y de sus aparatos que se rediseñen para garantizar, no la supervivencia de un régimen político determinado, sino los intereses y los derechos de sus ciudadanos.

### *Notas*

- 1 El proyecto RESVEN, se desarrolla en el CENDES de la Universidad Central de Venezuela y cuenta con la participación de IESA, CORPOSALUD-Aragua, MSDS y el CIEPROL de la ULA y el apoyo de la Fundación Polar. Incluye inicialmente 8 estados descentralizados e incorporará próximamente 6 estados adicionales dentro de la misma perspectiva de análisis y evaluación de resultados de los procesos de descentralización de la salud hacia las entidades federales.
- 2 El Consejo Territorial de la Salud fue el producto de la convocatoria hecha por algunos gobernadores de estados y sus directores de salud en febrero de 1993, quienes, frente a los desaciertos del MSAS, trataron de diseñar una estrategia de negociación para la descentralización de los servicios de salud, así como, en sus propias palabras “políticas públicas de salud que el MSAS no era capaz de hacer...”
- 3 Estos fondos multilaterales, cuyo compromiso se adquirió a finales de 1993, comenzaron a ser efectivamente ejecutados a partir de 1997 por el Proyecto Salud del entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)

- 4 Además del ejemplo aquí mencionado, es importante destacar el caso de los profesores universitarios, el IPASME y el mismo IVSS, entre otros. El IVSS, aún siendo un sistema contributivo, dependió, en muchas oportunidades de las transferencias financieras del Estado, para dar cobertura a una fuerza de trabajo formal decreciente por las restricciones de acceso al mercado de trabajo y las crisis económicas que disminuyeron sensiblemente, sobre todo en los últimos años, la actividad productiva.

### *Referencias bibliográficas*

- 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.
- CAPRILES, Edgar.; DIAZ POLANCO, Jorge; FERNANDEZ, Yajaira. y PEREIRA, Zegri. 2001. "La Reforma del sistema de salud de Venezuela: Opciones y perspectivas", en: *La Reforma de Salud de Venezuela* DIAZ POLANCO, Jorge (Coordinador) Fundación Polar, Caracas.
- DIAZ POLANCO, Jorge. 1997. "El papel del financiamiento en la reforma de salud de Venezuela", en: *Cuadernos para la reforma del sector Salud*. Vol I N° 3 MSDS-BID-BM, Caracas
- DIAZ POLANCO, Jorge. 2001. "El Papel del Financiamiento en los procesos de Reforma del Sector Salud: El caso de Venezuela",

- en: *La Reforma de Salud de Venezuela* DIAZ POLANCO, Jorge (Coordinador) Fundación Polar, Caracas.
- GORDON, Sara. 1995. "Equidad y justicia social" en *Revista Mexicana de Sociología*, N° 2/1995 (Abril-Junio), UNAM, México.
- GUTIÉRREZ, J.P. y BERTOZZI, S. 2003. "La brecha de la salud en México medida a través de la mortalidad infantil", en: *Salud Pública de México*. Vol. 45, N° 3. pp. 102-109.
- PEREIRA, Zegri. 2001. "Descentralización y Desempeño Institucional: Aproximación inicial", en: *La Reforma de Salud de Venezuela* DIAZ POLANCO, Jorge (Coordinador) Fundación Polar, Caracas.
- RESVEN. 2003. informe parcial 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). CENDES/UCV-MSDS-IESA-CORPO-SALUD-FPOLAR-CIEPROL. FONACIT, Caracas.
- STARFIELD, Barbara. 2001. "Improving equity in health: a research agenda". *International Journal of Health Services*. Vol. 31, N° 3. pp. 545-566.