

III. Políticas de saúde

la cooperación técnica internacional y los procesos de reforma del sector salud en América latina

Jorge Díaz Polanco
Mario Bronfman

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

16. LA COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL Y LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA

*Jorge Díaz Polanco
Mario Bronfman*

Los parámetros que guiaron la Cooperación Técnica Internacional (CTI) durante casi 40 años ya no cumplen el mismo papel. Los procesos de descolonización que caracterizaron la segunda mitad del siglo XX y el consecuente cambio en las relaciones internacionales, así como factores que se derivan de la dinámica propia de la CTI, han venido desdibujando ese rol. El verticalismo, la burocratización, la elevada especialización, la escasa participación, la ausencia de mecanismos de rendición de cuentas y evaluación, son algunos de los factores que hoy se considera disminuyeron el impacto de la cooperación internacional. Esto es aún más comprensible si a ello se une la fragilidad institucional de algunos países receptores de esa Cooperación (Bronfman & Díaz Polanco, 2003).

Sin embargo, la crítica al paradigma tradicional de la CTI no se ha traducido en el advenimiento de un modelo que concentre el consenso de todos los que participan en este campo. Los años 90 fueron de experimentación. Se ensayaron nuevas formas de organización de la cooperación, las prioridades fueron reformuladas, nuevos actores emergieron como protagonistas, y todo esto ocurrió, además, en un clima internacional que situaba el tema de la pobreza en un lugar prominente de la agenda internacional (World Bank, 2001; WHO, 1999).

Este trabajo intenta identificar asuntos específicamente relacionados con los procesos de reforma sectorial en salud, para los cuales deberían haber sido definidas nuevas orientaciones y estrategias en el marco de una suerte de 'competencia' entre agencias internacionales para las cuales este tema es altamente sensible, destacando el papel de la investigación.

El tratamiento de este tema debe partir de una aclaratoria inicial relacionada con la pertinencia de tal cooperación en el terreno de la salud. Ello, porque de una u otra manera, las agencias específicamente destinadas a enfrentar los retos de las transformaciones de la salud en los países de América Latina han sido progresivamente desplazadas de tal papel, en virtud del proceso de globalización. Más que un tema de salud, el de la reforma sectorial se convirtió en un tema económico. Las discusiones sobre reforma se desarrolla-

ron en los ministerios de finanzas o bajo la sombra y la tutela de dichos ministerios, los cuales han venido teniendo la última palabra acerca de las decisiones que afectan la estructura y funcionamiento del sector Salud.

Dentro de los factores que explican por qué esta transformación ha ocurrido, se pueden señalar, entre otros, los siguientes:

- Los cambios experimentados en la estructura del Estado, que ha pasado a responder a las exigencias de economías de mercado globalizado, dentro de los límites establecidos por las reglas del juego internacional. Ello, a su vez, ha generado la multiplicación de nuevos actores, cuya característica fundamental es un doble deslinde; por una parte, de los Estados nacionales y, por la otra, de las sociedades desde las cuales emergen, de manera que los procesos decisorios así estructurados han limitado la presencia de la sociedad, convirtiendo la reforma de los sistemas de salud en un tema especializado.
- La percepción, derivada probablemente del primer elemento, de que la salud puede ser entendida como cualquier otro bien transable.
- La rigidez de las formas de CTI, que han experimentado pocos cambios en los últimos tiempos y que no han logrado responder con eficacia a la demanda de los servicios, caracterizada por la complejidad de los perfiles epidemiológicos y demográficos que incorporan, al lado de los males actuales, viejas enfermedades y problemas anteriormente superados.

En este marco general sucintamente expuesto, se ha dado un proceso de sustitución de agencias. Mientras que el tema de salud ha llegado a ser uno de los más controvertidos en términos de su significación como política social, las tendencias generales descritas han encuadrado estas políticas en el contexto de la globalización, entendiéndolas como subsidiarias de las políticas económicas.

CAMBIOS EN EL ROL DEL ESTADO

El Estado, evaluado en función de sus ineficiencias en la administración pública, y su sustitución por el mercado, indujo junto con otros factores tales como las crisis económicas de los países de América Latina y el empobrecimiento financiero y operativo de los sistemas de salud, la necesidad de las reformas sectoriales y el desplazamiento de la OMS en temas de salud y su reforma. Este lugar lo ocupan otras agencias sobre la base de que tales reformas se fundamentan en el logro de mayores niveles de eficiencia, propuesta que se basa en la discutible suposición de que una mejor administración de los recursos financieros, humanos y de infraestructura garantizaría igualdad de oportunidades en salud para toda la población. Ese proceso de sustitución se dio con una cierta competencia entre las agencias involucradas en la cual primó la capacidad de apoyo económico que cada una de ellas podía tener. Sin embargo, ese cambio no necesariamente trajo innovaciones en la forma de prestar la CTI. En referencia a la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Las inercias organizativas habían adquirido tal

peso que estaban afectando seriamente la capacidad de respuesta de la organización a un medio sometido a fuertes transformaciones” (Bronfman & Díaz Polanco, 2003:227). Como se ve, no se trató solamente de un tema económico, sino además de la limitada capacidad de respuesta e innovación de la CTI en salud por parte de las organizaciones tradicionalmente a cargo de tales iniciativas.

Desde el punto de vista de la reforma de los sistemas de salud, ese relevo se tradujo en el diseño de variadas estrategias de modernización del sector, uno de cuyos denominadores comunes fue la descentralización territorial de los servicios de salud. En muchos países, esta estrategia se entendió como la forma en que los gobiernos centrales podían deshacerse del peso específico que significaban los problemas de la atención a la salud concebidos como problemas de Estado y, de esta manera, trasladaron los problemas de gestión desde el gobierno central, a los gobiernos regionales y locales. En otros países, los gobiernos asumieron el proceso de descentralización en el marco general de una reforma del Estado. En el caso de los primeros (México, Venezuela), este proceso nunca llegó a completarse, de manera que se les exigía a las regiones el cumplimiento de las políticas, sin disponer éstas de los recursos –materiales, humanos o financieros– que les permitieran ese cumplimiento. Estas carencias expresaban una cierta desregulación del sector que indujo en las regiones la necesidad de comenzar un conjunto de iniciativas para sustentar sus sistemas regionales de salud. Estas iniciativas, entre otras cosas, muchas veces incluían el cobro directo o indirecto al usuario, restringiendo de esa manera el acceso a los sistemas públicos de salud cuya demanda aumentó a medida que disminuyó la calidad de vida (Díaz Polanco, 2002). En los casos en los cuales los gobiernos asumieron la descentralización como una estrategia para la reforma del Estado (Chile, Colombia), ello se hizo en el contexto de una concepción muy ligada a políticas neo-liberales, trayendo como consecuencia, entre otras, un aumento significativo de los costos de operación de los sistemas de salud y, en oportunidades, una restricción de la accesibilidad, porque mediante diversos mecanismos privatizaron en gran medida la administración de los fondos destinados al financiamiento de los sistemas públicos de salud. A la luz de las agencias multilaterales, ello aparecía como un proceso de modernización, en la medida en que la participación del sector privado daba la sensación de una mayor democratización del sector Salud al ser incluidos nuevos actores.

Pensar en la descentralización como la reforma se convirtió en un mito, en el sentido de afianzar la creencia de que, cumplido el proceso administrativo de transferencia de competencias se solucionaban los problemas. Quizá ello traducía la visión del sector desde la perspectiva del gobierno central. El logro de la autonomía que significaba la descentralización se dio en muchos países como conflicto entre diferentes niveles de gobierno, porque la adopción de esta estrategia de reforma no contó con la indispensable presencia del gobierno central, como no fuese para establecer obstáculos o desentenderse del proceso, salvo en algunos países que, como Colombia y Chile, lograron coherencia entre los niveles de gobierno para apoyar dichos procesos de reforma. Como consecuencia y compensación de esta ausencia surgieron espacios específicamente destinados a reunir a las provincias y estados de manera de reforzarse mutuamente en el logro de objetivos que se habían propuesto, y desarrollar más fuerza frente a las

políticas obstaculizadoras o contradictorias de los gobiernos centrales. Los gobiernos regionales que no contaban ni con el liderazgo ni con la tradición sanitaria y la capacidad que les permitiera poner a marchar sus propios modelos, quedaron rezagados y no fueron capaces de convertir el proceso administrativo de la transferencia de las competencias en modelos de eficacia y eficiencia en términos de políticas de salud. En el caso de Venezuela se han identificado tres factores que aparecen asociados a estados 'exitosos' en materia de gestión de sistemas regionales de salud: la pre-existencia de un proyecto o visión de futuro del sistema de salud, corporativizado y compartido; la continuidad político-administrativa de los gobiernos regionales, y el apoyo y voluntad política de los gobernadores (Díaz Polanco, 2002).

En algunos países, el apoyo de los organismos multilaterales para la reforma fue inicialmente concebido según los preceptos clásicos de la atención médica y ello se expresó como proyectos elaborados para mejorar, ampliar y dotar la infraestructura pública de salud (Venezuela), especialmente la infraestructura hospitalaria. Este enfoque de la CTI aparece coherente con la visión 'economicista' anteriormente descrita, dado que la focalización de la reforma en la atención hospitalaria presupone la necesidad de atacar el problema de los sistemas de salud por la vía de aquellos procesos que generan mayores costos. Cuando los gobiernos, sobre todo en las regiones, quisieron emprender cambios en los modelos de atención, tales cambios fueron elaborados con énfasis en los temas económico-financieros, haciendo depender la eficiencia de los sistemas regionales descentralizados de la necesidad de disponer de datos precisos acerca de los costos y las tarifas de los servicios que se prestaban. Poco fue el apoyo que se logró para el análisis de los procesos de prestación propiamente dichos, o para el examen de las formas de articulación de los diferentes agentes que concurren en el proceso de prestación. Cuando esos análisis se incorporaban en los procesos de reforma, obedecían más a la iniciativa de las regiones o países como un todo, que a las agendas multilaterales. Los marcos legislativos que se pretendieron instaurar respondían a la necesidad de lograr consenso entre actores muy disímiles, haciendo del proceso de negociación casi un fin en sí mismo y básicamente orientados, en su formulación original, a garantizar la participación del sector privado en las diferentes funciones del sistema de salud, especialmente en lo referente a la administración de fondos públicos.

La creencia de que los sistemas de seguridad social deberían absorber a los sistemas de salud como parte de sus prestaciones fue una de las ideas-fuerza de los procesos de reforma impulsados desde la lógica de las instituciones multilaterales, independientemente de las especificidades nacionales. De esta manera, los Ministerios de Salud eran forzados a salir del juego de la negociación y, con ellos, los organismos internacionales que habían venido prestando la CTI a estos Ministerios. En los casos en que históricamente la hegemonía de los Ministerios de Salud había sido clara y definitiva, esta estrategia estimulaba la lucha por el poder en el sector entre la Seguridad Social –incipiente o más desarrollada– y los sistemas públicos de salud que dependían del Ministerio de Salud. Ello no significa que tal estrategia fuera siempre errada. Su pertinencia dependía de cómo un determinado país había venido enfrentando el problema de la organización de los servicios. Así, mientras en Costa Rica o México el planteamiento resultaba absolutamente coherente por la preeminencia histórica de la Seguridad Social, en Venezuela levantaba serias con-

frontaciones al interior del aparato del Estado. Este mismo, influenciado por las presiones de los organismos multilaterales, trató de marginar al Ministerio de Salud de las discusiones y decisiones que afectaban la futura conformación del sector (Díaz Polanco, 1997, 2002).

Las presiones se ejercieron a través de la necesidad de la regulación del sector. La estructura de un cuerpo legal que diese cuenta del compromiso entre los diferentes actores y garantizara el lugar del sector privado de aseguradores, proveedores de insumos y prestadores de servicios, fue, en muchas oportunidades, el mecanismo que condicionó la entrega de los fondos, presión que se sustentaba en la creencia de que un sistema de salud que no compensara los intereses económicos del sector privado no sería gobernable. En lugar de elaborar el cuerpo legal sobre la base de la realidad, se intentó forzar ésta dentro de los cánones legales predefinidos como fórmula universal. Tales iniciativas ponían de manifiesto, además, la minusvalía en que se tenía a las capacidades nacionales, las cuales se relegaban a un segundo plano, haciendo énfasis en la necesidad de la participación de expertos internacionales y en el consumo de *outsourcing*, tecnología cuya contratación o adquisición llegaron a constituirse en requerimientos para garantizar el apoyo financiero. Igual que en los viejos modelos de desarrollo, se suponía la necesaria relación entre el consumo y los resultados porque la evaluación de los proyectos enfatizaba en la ejecución financiera de los fondos.

Por supuesto que no todos los países fueron meras 'víctimas' de tal perspectiva y no es ésa la intención de resaltar estos hechos. La negociación con bancos no podía darse sino dentro de una lógica estrictamente económico-financiera. Pero algunos países supieron dar respuestas contundentes a tales exigencias y presiones, tratando de ubicar el tema de la reforma en una perspectiva diferente, sin por ello desestimar la importancia que tenían los temas de la eficiencia del sector público de servicios de salud como un medio para alcanzar otros fines dentro de la esfera de lo sanitario.

A finales de la década de los 90, en algunos países de la región, el Estado pareciera volver por sus fueros. Los fracasos de las concepciones neoliberales y de las políticas de ajuste estructural que conllevaron tales políticas hicieron posible el replanteamiento de una sociedad en la cual el Estado volviera a jugar un rol central en la administración de las políticas sociales. La búsqueda de la independencia estructural de tales políticas llevó a la concepción de un desarrollo en el cual el crecimiento económico y los mecanismos que lo hacen equitativo sólo se entendiesen en función del desarrollo humano, el cual no podía considerarse una consecuencia automática del crecimiento de la economía. Los procesos electorales celebrados en varios países a comienzos del presente siglo o a finales del pasado, pusieron de manifiesto el descontento popular con los resultados de la economía basada en la libertad absoluta del mercado y, sobre todo, a los regímenes políticos autoritarios que los ampararon, combinación que se dio en algunos países como Perú y Chile.

¿Cómo responder, entonces, a las exigencias del mundo globalizado y, al mismo tiempo, dar respuestas equitativas, eficientes y eficaces a las demandas sociales y, específicamente, a las

de salud? Esta paradoja encontró una respuesta en las nuevas formas de gestión pública que aparecieron, poniendo de manifiesto la voluntad de redefinir las relaciones Estado-sociedad civil y, sobre todo, tratando de reubicar los procesos de desarrollo y crecimiento económico en una perspectiva diferente. Esta perspectiva estaba más vinculada al Estado Social Universal, como fue entendido en la década de los 70, sin que ello necesariamente implicara una re-estatización de la gestión. Ese equilibrio precario, producto más de las falsas paradojas que se crearon alrededor de ambos modelos (estatista y neo-liberal), puso el énfasis en la gestión pública como una de las facetas del ejercicio pleno de la ciudadanía, de los derechos y deberes ciudadanos, más que en la desestatización o la privatización. Estos últimos temas pasaron a ser considerados como modalidades que podría asumir la gestión pública vía la desestatización ejecutiva, sin que ello significara la pérdida de la responsabilidad del Estado en las esferas de la política social (Aponte, Díaz Polanco & Maingon, 2003).

Sin embargo, no fue posible desvincular algunas estrategias de la reforma de su atadura, de las concepciones neoliberales. Uno de esos casos es el de la descentralización, sobre la cual se desarrollan polémicas que generalmente obedecen más a concepciones ideológicas que a evidencias fácticas acerca de los resultados de su implantación en los sistemas de salud previamente centralizados. Por eso, en algunos países los procesos de reforma del Estado y de la administración pública han significado la negación del pasado, la ‘tabula rasa’ desde la cual es necesario arrancar para obviar los errores del pasado atribuidos a las estrategias neoliberales. En tales casos, el mismo carácter dogmático que tuvieron las recetas neoliberales caracteriza ahora la vuelta del Estado. No hay balances, no hay diagnósticos: se asume que recomenzar desde cero, borrar toda huella del pasado, es la única manera de enfrentar el presente y el futuro. Uno de los casos más emblemáticos es el de Venezuela, que desarrolla un proceso de cambio social en el cual ha desaparecido toda idea de productividad o eficiencia, y han sido sustituidas por la supuesta magnanimidad de un Estado que no tiene casi nada que ofrecer y que, en virtud de una aparente revolución, niega la historia, concentra el poder político, viola las leyes y la Constitución, e identifica gobierno y Estado.

Esta vuelta al Estado como actor y no sólo como árbitro tiene modalidades, como se ha señalado, y encuentra escenarios diferentes en los cuales la existencia de nuevos actores plantea retos a los diseños de las políticas de salud y a la CTI. Esos retos pasan por la necesidad de entender las fallas y reelaborar los esquemas de cooperación de manera inclusiva, sin que ello signifique perder de vista los objetivos centrales, como es el caso de la búsqueda de equidad en los sistemas de salud comprometiendo, de esa manera, la voluntad política de los gobiernos, pero respetando sus especificidades. En sentido estricto, los resultados de la reforma o de la transformación de los sistemas de salud no deberían ser atribuidos a los proyectos multilaterales, sino al uso y aprovechamiento que los gobiernos –nacionales y estatales o provinciales– hacen de los recursos que comprometieron para ello. La tutela bancaria no puede ir más allá de acuerdos generales acerca de formas de ejecución de fondos, porque el diseño de las políticas, aunque pueda ser asistido, es un asunto de política nacional. La CTI debería comprender este aspecto e incorporarlo en sus esquemas de negociación.

LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD EN LOS PROCESOS DE REFORMA

Frente a esta situación, las respuestas de organismos internacionales tan prestigiosos y con tanta tradición en la salud como la OMS presentan grandes dificultades de adaptación (Frenk et al., 1997). No porque participen de esa visión economicista que las agencias multilaterales han venido sosteniendo sino porque, además de la insuficiencia de los recursos financieros, se enfrentan a la inercia organizativa anteriormente mencionada. Su desplazamiento por instituciones tales como el Banco Mundial (BM) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se dio con base en la trascendencia relativa de los sistemas nacionales de seguridad social y la creciente importancia de los presupuestos de salud de los Estados. Estos elementos contribuyeron en gran medida a definir la CTI como un proceso que tenía que vincularse al financiamiento en y desde el Estado, en función del logro de aceptables niveles de equidad.

Cómo estos diferentes componentes de la actual escena de la CTI se relacionan entre sí, es algo bastante complejo. Lo cierto es que las ideas de competencia y productividad, provenientes de teorías económicas y de gestión, han permeado el funcionamiento y la lógica de los sistemas de salud, asimilándolos a procesos económicos más que sanitarios, es decir, diluyendo su especificidad. Muchas veces ese proceso se entiende como un ámbito poco tratado de la 'privatización' de los sistemas de salud. No porque ello signifique la cesión de los servicios o de las competencias a los sectores privados, sino porque la lógica de su organización funciona 'como si' fuese privada. Está claro que la polémica que puede despertar el tratar el asunto de esta manera, refiere nuevamente a las concepciones de mercado. Privatizar en esa lógica se refiere al cambio sustantivo de la propiedad de los servicios, asunto que –como queda claro– no se está dando al menos de esa manera y al menos no en todos los países.

Por estas razones, entre otras, el tema de la reforma de salud visto desde la CTI ha sido un tema de bancos, y su ámbito es el económico y no el social. La validez de las propuestas que intentan reformar la salud viene dada por la consistencia del planteamiento financiero en que descansan. Ello podría contribuir a entender el desarrollo de los 'paquetes básicos' a comienzos de los años 90, los cuales pretendían disminuir la incidencia de ciertos problemas de salud en las poblaciones más depauperadas por la vía de la aplicación de medidas masivas de prevención, disminuyendo en lo posible los gastos destinados a la atención de enfermedades. Este tema no es nuevo. La idea de la prevención en lugar de la curación data de mucho tiempo atrás y fue el alma de la propuesta de Salud para Todos en el año 2000, vía la atención primaria. Quizá se pueda aventurar la hipótesis de que los 'paquetes básicos' son una expresión de la búsqueda de esa meta vista desde la tecno-burocracia multilateral destinada a salud.

LOS PROBLEMAS DE LA CTI EN LOS PROCESOS DE REFORMA DE LA SALUD

Frenk y colaboradores (1997), entre otros, han señalado las dificultades que enfrenta la OMS al duplicar iniciativas de cooperación al lado de otras agencias, al intentar evitar confrontaciones innecesarias (Godlee, 1994). Esto, más que una crítica y unida a las otras observaciones

aquí mencionadas, aparecería como una de las consecuencias de la estrategia de evadir conflictos. Las razones anteriormente expuestas –tales como la vinculación de las reformas sectoriales a los sistemas de seguridad social y las crisis fiscales de los países de la subregión de América Latina– podrían contribuir como elementos que permitan entender el liderazgo asumido por el Banco Mundial en materia de salud. Sin embargo, las alianzas específicas inter-agencias (Widdus, 2001) que representa una modalidad emergente de CTI en salud (Bronfman & Díaz Polanco, 2003) han sido otro tipo de respuesta.

En estas condiciones, y frente a los nuevos procesos de transición demográfica y epidemiológica, la CTI en salud pareciera no encontrar salidas apropiadas (Bronfman & Díaz Polanco, 2003). Los cambios en la estructura etaria de la población, especialmente en las zonas urbanas de cierto nivel de desarrollo, muestran la tendencia hacia el envejecimiento de la población conviviendo, aún dentro de un mismo territorio nacional, con zonas en las cuales las poblaciones jóvenes crecen y presentan preocupantes perfiles epidemiológicos, caracterizados por el azote de males que se suponían controlados y erradicados hace décadas.

Este cambiante escenario demográfico y epidemiológico exigió y exige respuestas novedosas en materia de CTI cuando se la piensa en sus relaciones con los procesos de reforma y reestructuración del sector Salud. Las estrategias de apoyo vía las oficinas gubernamentales (Ministerios) como el modelo de OPS, no parecieran recoger la riqueza de las demandas sociales en materia de salud, sino más bien restringir su apreciación a ciertas y tradicionales incapacidades burocráticas de los gobiernos de turno. Ya hemos hecho algunas consideraciones sobre la naturaleza del Estado en algunos países de América Latina, pero vale la pena insistir en el hecho de que generalmente las demandas sociales son filtradas de acuerdo a la óptica de los equipos de gobierno y no a las exigencias de una política de Estado. De la misma forma, la información pública que se maneja en algunos países y que alimenta los indicadores, cuando existe, presenta problemas de validez y confiabilidad, dificultando y sesgando los juicios que puedan hacerse sobre la realidad.

LAS FORMAS DE RESPUESTA DE LA CTI

A pesar de estas resistencias históricas, comienzan a delinearse nuevas líneas de CTI en relación con los procesos de reforma. Estas nuevas tendencias se expresan principalmente en cuatro ámbitos: la construcción de las agendas, la formación de los recursos humanos, el fortalecimiento institucional y la transferencia de tecnología (Bronfman & Díaz Polanco, 2003). Consideremos cada una de ellas.

Las decisiones sobre las agendas –qué hacer y cómo hacerlo–, inicialmente dependientes de las disposiciones de los donantes, pasaron a ser consideradas como un compromiso plural, en el que los actores no son sólo ejecutores de decisiones preelaboradas sino también diseñadores de las políticas tratando de superar la asimetría en estas relaciones

(Bronfman & Díaz Polanco, 2003). Sin embargo, ello implica muchas veces pactar con actores locales y ello no necesariamente promueve un escenario de coherencia porque, entre otras cosas, supone la voluntad de cooperación de parte de los poderes locales y su capacidad técnica para dar respuestas a las exigencias de problemas que tienen, muchas veces, una alta complejidad. Sin embargo, dada la voluntad política, el obstáculo pareciera reducirse a la forma de relación entre quien brinda la CTI y sus receptores. Los gobiernos mismos no tienen la suficiente confianza en sus cuerpos técnicos y si éstos son descentralizados, esa falta de confianza parece aumentar. Es posible trasladar el mismo esquema a las relaciones inter-agencias, en las cuales la coordinación y el haber preparado una visión conjunta de problemas a enfrentar y metas a alcanzar, podría convertirse en una herramienta de éxito en relación con los resultados, siempre y cuando exista realmente una voluntad de cooperar.

Otro aspecto es el referido al compromiso de la sociedad con las reformas, sobre todo vinculado al tema de los recursos humanos. En la medida en que se puso en evidencia la importancia de la participación local en el proceso de capacitación de los recursos humanos, fue posible pensar en la sustentabilidad de proyectos o programas de reforma y transformación sectorial. Este es un campo en el cual se ponen de manifiesto las relaciones unilaterales entre proveedores y receptores de CTI. La convicción de la incapacidad de los receptores para emprender diagnósticos propios y diseñar las políticas, tendió a ser sustituida por el apoyo a la investigación y a la innovación locales. Los métodos desarrollados por la cooperación técnica sueca y noruega trataron de proveer a los participantes (prestadores y receptores) un proyecto de instrumentos tendiente a garantizar que el origen, diseño y estrategias frente a un determinado problema se diese con la participación y el compromiso de todos los involucrados. Una de los obstáculos más difíciles de superar fue la concepción del seguimiento y la evaluación de resultados como parte del diseño mismo, porque por razones culturales, en algunos países existió una marcada resistencia a entender estos procesos como integrantes de un determinado proyecto. A comienzos de la década de los 90, las agencias multilaterales saludaron la existencia de herramientas como el *Logical Framework* y lo seleccionaron como EL método a seguir para la formulación y evaluación de proyectos que garantizaran el compromiso de los *stakeholders*. Lo interesante de esta perspectiva residía en la posibilidad del ejercicio descentralizado del poder, en el sentido de cómo las localidades podían tener una cierta influencia sobre el poder nacional y, de esta manera, contribuir desde el sector a la reducción de las desigualdades entre las zonas más desarrolladas y las menos desarrolladas dentro de un mismo contexto nacional.

En la medida en que fueron surgiendo nuevos condicionamientos para la asignación de fondos desde las agencias multilaterales, ello marcó, sobre todo a comienzos de los años 90, un giro importante: la capacidad institucional para la ejecución de políticas ya no constituyó una actividad de CTI, sino una condición para ella. Por esa razón, en muchos países se destinaron fondos específicos para el fortalecimiento de las instituciones. En el caso de Venezuela, un gran

número de proyectos destinados a este fin se financiaron con recursos provenientes de la renta petrolera.¹ Este tema es especialmente importante, sobre todo si se toma en consideración que tales proyectos de fortalecimiento fueron concursables, de manera que el acceso a los recursos no estuvo prefijado en términos burocráticos, sino que cada entidad federal hubo de demostrar sus capacidades para formular y ejecutar proyectos. Si esa política fue o no una respuesta frente al vuelco de la CTI, no es algo que esté claro. En todo caso, sería difícil atribuir una al otro. Lo que sí es cierto es que ello ha producido, al menos en las gobernaciones de algunos estados y provincias, un significativo aumento de sus capacidades institucionales. Una de las propuestas estratégicas para la CTI en esta materia es la de coordinar la difusión de estas experiencias regionales y propiciar intercambio a los niveles nacional e internacional (Bronfman & Díaz Polanco, 2003).

El tema de la transferencia de tecnología se encuentra asociado a dos factores que, a nuestro juicio, constituyen las dificultades para una estructura horizontal y racional de dicha transferencia: por un lado, la creencia, coherente con lo que hasta ahora hemos venido señalando, de que la misma tecnología actuaría igual en contextos diferentes y, por otro, la relativamente escasa capacidad de investigación de los países receptores de CTI. Por esas razones, la transferencia de tecnología debería sustentarse en dos pilares fundamentales. Uno, la necesidad de impulsar la identificación de prioridades en la investigación en relación con las necesidades de desarrollo y otro, la disponibilidad de canales efectivos para hacer difundir la producción científica local e incorporarla en los procesos de toma de decisiones.

Este último aspecto es especialmente importante cuando se observa desde la perspectiva de la reforma de los sistemas de salud. Como señala Belmartino (2001) en un análisis comparativo de los estudios sobre reforma de salud, las perspectivas analíticas de tales procesos tienden a encuadrarse en tres grandes enfoques según se favorezca el papel del Estado, de la sociedad civil o de la interacción entre ambos, como actores centrales de los procesos de reforma. En el entendido de que este tipo de investigación no está fuera del escenario de los actores, la interacción entre ambas instancias (Estado - sociedad civil) pareciera no sólo reflejar mejor una pluralidad de opciones para la reforma, sino identificar espacios en los cuales se favorece una perspectiva más horizontal de la CTI en función de la reforma. Esta perspectiva se expresa quizá con mayor fuerza en el rol que se le asigna a la participación de la sociedad civil en los procesos de gestión y de toma de decisiones en materia de políticas de salud. Mientras el análisis de varios estudios hecho por Bossert (1998, 1999 y 2000) sobre el tema de la reforma sectorial no revela su importancia por falta de evidencias, es claro que otros estudios ponen de manifiesto que este aspecto representa una opción importante cuando se trata del tema de la rendición de cuentas y la garantía de la eficiencia de la gestión. Independientemente del tiempo de madura-

¹ En Venezuela, la existencia del FIDES (Fondo Intergubernamental para la Descentralización), alimentado básicamente por un porcentaje de los ingresos provenientes de la exportación del petróleo, ofreció a los estados la posibilidad de concursar por fondos para el fortalecimiento del sector Salud. Entre 1995 y 2002, el porcentaje de proyectos en salud fue de 9,52 sobre el total de proyectos en todos los sectores para 14 estados en los cuales la administración se había descentralizado.

ción de los procesos de reforma, aparecen dos temas que adquieren relevancia con respecto a tales resultados: la continuidad político-administrativa y la visión de futuro del sistema regional de salud. En ambos casos, la consideración del tema de la participación no queda reducido a la capacidad de pago del usuario al sistema público de servicios de salud, sino que incluye a los actores de la sociedad en los procesos de gestión y de toma de decisiones (Díaz Polanco, 2003).

El apoyo de la CTI en materia de reforma a la difusión de la investigación científica es fundamental. La separación que existe entre el investigador y el decisor político es grande, y ésta tiende a ampliarse en la medida en que los resultados académicos no favorecen un determinado tipo de políticas (Pitmann & López Acuña, 2001). No se trata de hacer del tomador de decisiones un académico, sino de transformar el proceso de construcción de políticas en función de las necesidades, éxitos y fracasos, y no de los intereses políticos de determinados grupos circunstancialmente en el poder. En ese proceso, la CTI tiene un papel fundamental, delicado y difícil: servir de mediador o facilitador entre los decisores y los académicos. Este papel, a nuestro juicio, enfrenta varios impedimentos. Unos provienen de la naturaleza de los regímenes políticos y otras, de las concepciones que autogeneran las agencias. Sobre ésta última hemos señalado anteriormente algunos rasgos que dificultan ese rol, pero vale la pena destacar algo sobre las segundas porque ellas están referidas a las propias limitaciones de la CTI.

El rol de la investigación

El estímulo a la investigación en estos campos amerita de un esfuerzo especial. Sin apoyo proveniente del conocimiento sistemático de los procesos, sin modelos que permitan apreciar, seguir y evaluar resultados, las decisiones políticas corren el riesgo de retroalimentar modelos de gestión sectorial y de gobierno que no necesariamente se vinculan a una perspectiva de cambio y transformación sectorial.

Una gruesa síntesis de las funciones de los sistemas de salud puede concebirlas en tres grandes procesos interdependientes: la rectoría y regulación, el financiamiento y la prestación de servicios. Esta distinción constituye un modo sencillo pero comprehensivo de iniciar un enfoque con fines evaluativos. Se supone que todo sistema de salud debe cumplir con tales funciones y que debe hacerlo de la manera más completa posible, es decir, en términos de eficiencia, eficacia y efectividad.

La función de rectoría implica una serie de procesos dentro de los cuales constituyen su fundamento una visión estratégica del marco político y una doctrina formal, entre otras, ya que esta función tiene que ver con la gobernabilidad del sistema de que se trate. Por su parte, el financiamiento, en el cual se incluye el aseguramiento de la población, tiene un carácter 'determinante' sobre la organización del sistema de salud, en el sentido de definir –según sea el origen, administración y destino de los fondos– la naturaleza, pública o privada, del mismo. Por último, la prestación se refiere a los actores y a sus formas de articulación en torno de la atención de la demanda en los servicios (Díaz Polanco, 2002).

Estas funciones tan gruesamente definidas aquí pueden desarrollarse en contextos muy variados, que a los efectos de simplificar el panorama y desde el punto de vista político pueden ser considerados en dos grandes formas: un marco de sistemas descentralizados y otros no descentralizados. Esta distinción limitada trata de abarcar las modalidades de organización de los servicios en el marco de la reforma sectorial, dado que, como hemos señalado al comienzo, la descentralización constituye una de las estrategias fundamentales que han utilizado los procesos de reforma y que llega, en ocasiones, a ser sinónimo de la misma.

Es de suponer que aún en los sistemas de salud más centralizados exista una cierta capacidad y necesidad de asumir decisiones autónomamente. Sin embargo, la descentralización logra maximizar esos espacios, de manera que potencia la autonomía relativa de estados, provincias y municipios, facilitando de ese modo la posibilidad de lograr decisiones y acciones más próximas a las necesidades reales de las poblaciones a las que sirve ese sistema de salud. Bossert (1998, 1999, 2000) propone para analizar estas instancias la noción de Espacios de Decisión (EDD) y la refiere específicamente al ámbito de los sistemas descentralizados de salud.

Cabe aquí una pequeña disquisición conceptual relativa a este tema. Se trata de la existencia misma de esos espacios, en el entendido que ellos son utilizados como conceptos operativos para la investigación. Cuando se usan dicotomías tales como descentralizado/centralizado o público/privado, ellas se refieren a modelos de análisis que no necesariamente reflejan la realidad sino que expresan la manera en que el investigador se aproxima a tales fenómenos, sobre la base de la inexistencia objetiva de tales dicotomías. Así, no existe un sistema totalmente público o privado, sino que la realidad nos muestra una cierta combinación de ambas formas de organización y financiamiento; de la misma manera, tales EDD, concebidos en forma amplia y por las razones expuestas, no necesariamente están referidos a los sistemas de salud descentralizados, porque aún en aquellos sistemas altamente centralizados existen pequeñas esferas de autonomía regional y local. EDD como categoría de análisis se refiere pues, a la potencialidad que adquiere la autonomía de las decisiones en un sistema que ha sido objeto de descentralización, aunque ésta sea incompleta o inacabada. Por esa razón, es necesario distinguir entre la existencia de los EDD y su uso efectivo por parte de las autoridades y demás actores de los sistemas de salud (Díaz Polanco, 2003).

Esta categoría ayuda a entender la forma –más o menos eficaz y eficiente– en que las funciones son llevadas a cabo. Una hipótesis favorable a ella señalaría, por ejemplo, que en aquellos sistemas de salud descentralizados, el uso de los EDD tiene una influencia importante sobre el desempeño del sistema en su conjunto y, por ende, en los resultados que tal sistema pueda tener y en sus impactos sobre la salud de la población. En otras palabras, y siendo la descentralización también un problema de grados, el desempeño (dentro del cual los EDD juegan un rol central) sería hipotéticamente responsable de los impactos logrados (González, 1997).

Por otra parte, ese desempeño se expresa en el cumplimiento de las funciones del sistema, y es de suponer que los arreglos institucionales que admite una nueva forma de gestión estarían

an relacionados con la efectividad de la prestación de servicios, sobre todo cuando ello se contrasta con las otras condiciones de contexto (pobreza, acceso a servicios, economía, educación) que estarían influyendo sobre las condiciones de salud de una determinada población (Díaz Polanco, 2003).

En cuanto al tema del financiamiento, varios autores han demostrado la preeminencia de los sistemas públicos (con financiamiento predominantemente público) sobre los privados. En los países desarrollados, los sistemas predominantemente privados aparecen con logros menores en términos de indicadores de salud materno-infantil, que aquellos que son financiados con fondos de origen público, y entre ellos, aquellos que lo son con fondos fiscales, no contributivos (Capriles et al., 2002). Esta preeminencia del financiamiento que hemos denominado líneas arriba ‘determinación’ tiene un carácter prescriptivo, no causal. Es decir, que la condición de eficacia y eficiencia de un sistema de salud estriba en la coherencia entre su financiamiento, su organización y la prestación de servicios (Díaz Polanco, 2002). Esta primacía del financiamiento no debe, sin embargo, contribuir a un enfoque determinista ni economicista de la organización y funcionamiento de los sistemas de salud. Aunque pueda ampliar el panorama para la comprensión del proceso, ello no implica reducir el análisis a problemas puramente económico-financieros. Lejos de ello, el financiamiento representa una de las formas más importantes de regulación y modulación de los sistemas de salud, y su rol dentro de la organización sectorial debe enfatizar el aspecto político regulatorio y no el económico. Las diferentes etapas del financiamiento –la asignación desde el gobierno central hasta el mismo proceso de los gobiernos regionales hacia los establecimientos o municipios– son fases que, más que decisiones de tipo económico, son de tipo político y requieren negociación, visión de futuro y voluntad política. Una perspectiva demasiado simple de este papel puede conducir a indeseables formas reduccionistas de interpretación que no tienen nada que ver con el carácter prescriptivo de la formulación que se hace.

Al aplicar este esquema de interpretación en los países latinoamericanos, inmediatamente resalta el contraste con, por ejemplo, los países miembros de la OECD. Mientras en los primeros el gasto es fundamentalmente privado, en los últimos países tiende a ser un problema del Estado, que es quien tiene la primacía en su financiamiento (Capriles et al., 2002). Pero ello se da en conexión directa con la capacidad regulatoria de ese Estado, que dispone de mecanismos de control y seguimiento, así como de asignación de recursos, políticamente consensuados y técnicamente fundamentados. Como ya señalamos, el hecho de que exista esa coherencia entre origen, administración y destino de los fondos que financian el sistema de salud, no implica la desaparición de problemas. De hecho, los patrones de uso de los servicios de salud, la estructura demográfica de las poblaciones y otros factores, pueden contribuir a elevar los costos, de manera que obliguen al Estado a poner en marcha ciertos mecanismos de control –como parte de su capacidad regulatoria– llegando, en ocasiones, a restringir el acceso a medicamentos y exámenes de alta complejidad. Estos mecanismos así implementados son susceptibles de burocratizar los procesos de atención y, en consecuencia, crear descontentos en los usuarios y

problemas de eficacia y oportunidad en la prestación de los servicios. No hay, pues, panaceas sino necesidad de investigar y descubrir nuevos caminos.

Aparte de las dificultades metodológicas que puede significar la operacionalización de categorías como las discutidas, ellas permiten elaborar esquemas interpretativos que podrían facilitar la transferencia de conocimientos en estas áreas hacia los decisores y, sobre todo, afinar su comprensión del proceso de reforma y descentralización como cambios políticos significativos que pueden tener una influencia importante para las transformaciones que necesariamente deberá experimentar la CTI en salud. Tienen adicionalmente la virtud de producir un espacio de discusión acerca de la naturaleza de los sistemas de salud, al ubicar el peso de las responsabilidades en el Estado, sin que ello signifique una re-estatización de las relaciones entre los actores involucrados.

A veces, su operacionalización puede dificultarse porque se carezca de enfoques políticos del sistema de salud y sólo se vean como organizaciones dependientes exclusivamente de factores intrasectoriales. Sin embargo, toda la discusión de los últimos tiempos sobre la CTI debería haber contribuido a ampliar esas visiones hacia otras esferas de la realidad que estarían actuando sobre el sector Salud, especialmente desde la esfera de la política *sobre* el sector que involucra los temas fundamentales relacionados con su organización y funcionamiento. Esta perspectiva requiere especial consideración por parte de la CTI, en la medida en que se trasciende el tema de reducir los procesos a la comparación de insumos y de resultados y a los juicios que obvian el papel fundamental que juega una apreciación justa del quehacer cotidiano de los sistemas regionales de salud, aún en condiciones de escasez crítica.

El tema de valores tales como la equidad ha sido uno de los asuntos centrales en materia de reforma. Las estrategias de focalización de las políticas intentaron responder a la superación de la iniquidad en salud. Sin embargo, en casos como el de Colombia, las evidencias sugieren que el acceso a los servicios de las poblaciones más pobres no mejoró, mientras sí ocurrió así en el caso de grupos socioeconómicos privilegiados (Castaño et al., 2002)

Al lado de las nuevas estrategias de CTI y en función de la reforma de los sistemas de salud, una exploración que permita apreciaciones que incorporen estos elementos debería ser importante para contribuir no sólo con aspectos evaluativos sino también –y fundamentalmente– al logro de la equidad en salud.

Finalmente, es necesario distinguir entre la descentralización como estrategia de la reforma, y los procesos de transformación que se adelantan como resultado de las iniciativas regionales y locales. Mientras la primera está compuesta por elementos fundamentalmente técnicos –tales como convenios formales entre los niveles de gobierno comprometidos en el proceso– la segunda es predominantemente política y expresa el juego de intereses entre los actores involucrados en la reforma. Esta dualidad representa, en síntesis, el problema central de la CTI en salud. La comprensión de lo que significa la toma de decisiones en un contexto de poder

compartido, implica una reflexión muy clara sobre las consecuencias políticas de las medidas que se apoyan y sobre todo, capacidad para poder demostrar la fundamentación científica de las respuestas. La CTI deberá contar con un marco de referencia ágil que le permita incluir el uso de criterios muy bien definidos desde el punto de vista técnico y para ello deberá contar con el talento local, lo cual requiere apoyo a la investigación. Creemos que esta estrategia debería caracterizar nuevas líneas de CTI, dirigidas a sustentar los cambios y las transformaciones políticas, y para nada interfieren con las metas de los gobiernos nacionales. Ello requiere recursos financieros suficientes y, por tanto, superar las barreras que se han venido erigiendo entre las diferentes agencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APONTE, C.; DÍAZ POLANCO, J. & MAINGON, T. La reforma del Estado Social en América Latina. Orientaciones analítico-conceptuales y metodológicas para el estudio de la reforma venezolana en salud. Caracas, 2003. (Mimeo.)
- BELMARTINO, S. Conceptualización de la producción de conocimientos sobre la reforma del sector Salud. In: FLEURY, S.; BELMARTINO, S. & BARIS, E. (Eds.) *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/OMS/CIID, 2001.
- BOSSERT, T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance. *Social Science and Medicine*, 47(10):1.513-1.522, 1998.
- BOSSERT, T. *Decentralization of Health Systems: decision space, innovation and performance*. Cambridge: Harvard School of Public Health, 1999. (LACHSR Health Sector Reform Initiative, 17)
- BOSSERT, T. *Decentralization of Health Systems in Latin America: a comparative analysis of Chile, Colombia, and Bolivia*. Cambridge: Harvard School of Public Health, 2000. (LACHSR Health Sector Reform Initiative, 29)
- BRONFMAN, M. & DÍAZ POLANCO, J. La cooperación técnica internacional y las políticas de salud. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1):227-241, 2003.
- CAPRILES, E. et al. La reforma del sistema de salud de Venezuela: opciones y perspectivas. In: DÍAZ POLANCO, J. (Coord.) *La Reforma de Salud de Venezuela*. Caracas: Fundación Polar, Cendes, CIID, Iesa, MSDS, CorpoSalud, 2002.
- CASTAÑO, R. et al. Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Health Policy and Planning*, (17), 2002.
- DÍAZ POLANCO, J. El financiamiento de la salud en el marco de la seguridad social: del seguro a la seguridad. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 3(4):50-59, 1997.
- DÍAZ POLANCO, J. (Coord.) *La Reforma de Salud de Venezuela*. Caracas: Fundación Polar, Cendes, CIID, Iesa, MSDS, CorpoSalud, 2002.
- DÍAZ POLANCO, J. (Coord.) Informe parcial del proyecto Resven. Caracas, 2003. (Mimeo.)
- FRENK, J. et al. The future of world health: the new world order and international health. *British Medical Journal*, 314 (7091):1.404-1.407, May 1997.
- GODLEE, F. *WHO in retreat: is it losing its influence* *British Medical Journal*, 309(14):91-95, 1994.
- GONZÁLEZ, M. Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela. *Cuadernos para la Reforma del Sector Salud*, I(3): 20-27, 1997.
- PITTMAN, P. & LOPEZ ACUÑA, D. Investigación sobre reforma del sector Salud en América Latina: consideraciones sobre el vínculo entre investigador y políticas. In: *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/OMS/CIID, 2001.
- WHO. *The World Health Report 1999: making a difference*. Ginebra: WHO, 1999.

WIDDUS, R. Public private partnerships for health: their main targets, their diversity and their future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8):713-720, 2001.

WORLD BANK. *World Development Report 2000-2001: attacking the poverty*. Washington: Oxford University Press, 2001.