

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES  
ESCUELA DE ECONOMÍA

**Instituciones políticas y formulación de políticas públicas en Venezuela: Caso Sector  
Salud estado Miranda 1992-2008**

Trabajo especial de grado para optar al título de Economista

Tutor: Econ. Richard K. Obuchi

María Alejandra Oltra Morillo

Daniela Milagros Ortega de Lima

Caracas, octubre 2009

## AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres, María Isabel Morillo, Eduardo Oltra, Alfonso Riascos, Victor Ortega, Beatriz de Lima, por ofrecernos su apoyo incondicional a lo largo de todo el camino.

Queremos agradecer a nuestro tutor Richard Obuchi, por su apoyo y tutela a lo largo del trabajo de grado.

También queremos agradecer a las siguientes personas: Dr. Gustavo Villasmil, Dr. Andrés Rodríguez Torres, Dr. Héctor Monzón, Dr. Manuel Hernández, Dr. Raimundo Terán, Mariana Barrios, Gobernador Enrique Mendoza, Delsa Solórzano, Mónica Chanchamire, Omar Nowak, Dr. Marino González, Sra Lucy del Archivo de la Gobernación de Miranda, Sra. Olga y el equipo de la Gobernación de Miranda, Sra. Virginia Cabrera, Sra. Ana Mercedes, Jesús Castellanos, Diputada Milagros Valera, Silvia González, María Virginia Murguey, Soledad Morillo, Cristina Atencio, Manuel Manrique, Víctor Lovera; por toda la información y apoyo brindado para la realización de la tesis.

De igual forma agradecemos a todas aquellas personas que directa o indirectamente hayan participado en la realización de este trabajo de grado.

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Introducción.....	6
Capítulo Primero: Instituciones políticas y el proceso de formulación de políticas públicas.....	11
Capítulo Segundo: Descentralización Política en Venezuela .....	28
2.1 Arreglo institucional de la descentralización en Venezuela .....	34
Capítulo Tercero: Sector Salud en Venezuela .....	49
Capítulo Cuarto: Marco Metodológico.....	65
Capítulo Quinto: Análisis de transacciones Inter-temporales.....	74
5.1 Caracterización del proceso de formulación de políticas públicas .....	74
5.2 Caracterización de las políticas públicas .....	101
5.3 Análisis de transacciones inter-temporales .....	112
Conclusiones .....	124
Referencias Bibliográficas.....	130
Anexos .....	137

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1. Proveedores de Salud en Venezuela .....	56
Tabla # 2. Gobernadores Electos del estado Miranda .....	78
Tabla # 3. Directores Regionales de Salud .....	80
Tabla # 4. Atribuciones del Ente Legislativo Estadal .....	86
Tabla # 5. Resultados Electorales: Ente Legislativo Estadal .....	87
Tabla # 6. Asignación presupuestaria al Sector Salud en el estado Miranda .....	95
Tabla # 7. Descomposición de la Asignación Presupuestaria al Sector Salud (2000-2008) .....	97
Tabla # 8. Resumen de créditos presupuestarios por partida .....	98

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1. Marco del modelo de transacciones Inter-temporales.....	17
Grafico # 2. Proceso de transferencia de Competencias a entidades regionales.....	37
Gráfico # 3. Procedimiento de asignación de recursos LAEE.....	39

## INTRODUCCIÓN

Las instituciones políticas, juegan un rol fundamental en la determinación de las características del proceso de formulación de políticas públicas. Spiller, Stein y Tommasi (2003) argumentan que ciertas características de las políticas públicas dependerán en gran medida de la habilidad de los actores políticos de alcanzar resultados cooperativos; de esta manera establecen que las políticas públicas son el resultado de transacciones inter-temporales entre actores políticos. Por tanto un entorno institucional que promueva la cooperación entre los actores y, por ende, acuerdos inter-temporales -en términos de la formulación de políticas públicas y de su implementación- resultará en políticas públicas estables, adaptables, enfocadas a lo público y coherentes.

El presente trabajo analiza el impacto del marco institucional del Sector Salud del estado Miranda para el período 1992-2008 sobre las características del proceso de formulación y resultado de políticas públicas implementadas en dicho período, haciendo énfasis en los cambios estructurales del sector con el objeto de realizar un análisis inter-temporal de la cooperación de los actores que genera como resultado el marco institucional actual del Sector Salud del estado Miranda.

En principio, se parte de la premisa de que al no propiciar las condiciones que generen

cooperación política entre los distintos actores políticos para sostener acuerdos inter-temporales, las instituciones políticas podrían influir negativamente en las características del proceso de formulación de políticas públicas y, consecuentemente, en los resultados de las políticas implementadas.

A partir de esta proposición, se realizan los análisis necesarios para comprender la articulación del sector salud, el cual está influenciado por una serie de factores que influyen y determinan su comportamiento, como los son los actores políticos quienes formulan las políticas, y el conjunto de normas que determinan el proceso de formulación de políticas públicas. En definitiva, la interacción de estos factores dirigen los resultados de las políticas implementadas.

Entre los actores políticos que se consideran claves para comprender los resultados de la salud en el estado Miranda, tienen participación el gobierno central a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud; y el gobierno regional a través de la Gobernación del estado Miranda, específicamente a través del Gobernador, la Dirección Regional de Salud, la Corporación de Salud del estado Miranda, el representante legislativo del estado (Asamblea Legislativa Estatal, actualmente Consejo Legislativo) y finalmente los principales beneficiarios de la prestación del servicio de salud, los habitantes del estado Miranda.

Dentro del marco del conjunto de normas claves del proceso de formulación de políticas públicas, el proceso de descentralización del poder público, enmarca un profundo impacto en la calidad de la salud del estado, ya que determina y delimita su estructura y funcionamiento.

Tomando en consideración la base metodológica propuesta en el modelo de transacciones inter-temporales de Spiller, Stein y Tommasi (2003), la interacción de los factores que determinan el resultado de las políticas públicas en el sector salud del estado Miranda evidencian la falta de cooperación inter-temporal necesaria para que los acuerdos en dicho sector se mantengan. Es por ello que el presente estudio afirma que la cooperación, en el marco del período de la investigación, evidencia una alta cooperación interna con respecto a cada administración, y una inexistente cooperación inter-temporal.

De esta manera, se diferencian tres grandes períodos los cuales están marcados por el ente ejecutivo estatal y su marcada convicción política, comenzando por Arnaldo Arocha (1992-1995), seguido de Enrique Mendoza (1996-2004) y culmina con Diosdado Cabello (2004-2008). Cada uno plantea un esquema diferente en el manejo de la salud.

El capítulo primero se encarga de realizar una aproximación a los fundamentos de la economía institucional con la finalidad de comprender el papel que juegan las instituciones y organizaciones dentro de la sociedad y su influencia en el proceso de formulación de políticas públicas. Asimismo, se realiza un recuento del modelo de transacciones inter-temporales de Spiller, Stein y Tommasi (2003) en el cual las políticas públicas son el resultado de transacciones políticas inter-temporales entre los actores políticos, los cuales están condicionados a su vez por las reglas sustantivas al proceso de formulación de políticas públicas.

Una vez entendido el modelo de Spiller et al (2003), se parte a comprender la descentralización

política en Venezuela, proceso de gran importancia al momento de comprender la interacción de los actores políticos, ya que marca una pauta en el proceso de formulación de las políticas públicas. El capítulo segundo abarca el entendimiento del proceso de descentralización explicando su origen y evolución a lo largo del tiempo, dividido en cinco períodos que resumen los diferentes cambios institucionales y organizacionales en el marco del proceso de descentralización, los cuales desembocan para efectos de esta investigación en eslabones que explican la forma de prestar salud en el estado Miranda.

Siguiendo el esquema para comprender el funcionamiento del sector salud del estado Miranda, se pasa a describir las características institucionales específicas del Sector Salud en Venezuela a través de una revisión de la estructura del sistema de salud nacional así como las principales reformas que se han realizado para reestructurar dicho sector, realizando énfasis en la descentralización de los servicios de salud.

El desarrollo de esta investigación, explicado con mayor detalle en capítulo cuarto, se realizó en diferentes etapas que incluyen la descripción del modelo base de Spiller et al (2003), el otorgamiento de herramientas para entender la dinámica del proceso de descentralización y del sector salud en Venezuela. Asimismo, incluye la recopilación de información oficial, y registros históricos que junto a entrevistas realizadas a actores claves que juegan o jugaron un papel fundamental en el proceso de formulación de políticas públicas en el sector salud del estado Miranda.

Finalmente, en el capítulo quinto se realiza el análisis de las transacciones inter-temporales tomando en cuenta todos los factores anteriormente señalados, adaptando el modelo de Spiller, Stein y Tommasi (2003) a las características del sector salud del estado Miranda y los componentes que lo determinan.

## CAPÍTULO PRIMERO: INSTITUCIONES POLÍTICAS Y EL PROCESO DE FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

### *Instituciones políticas:*

Las instituciones representan las reglas de juego de una sociedad, o las restricciones y limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana.

North (1993) establece que las instituciones son:

“ (...) las reglas de juego de una sociedad, o de manera formal son las restricciones ideadas por los humanos para estructurar la interacción humana. Están compuestas de reglas formales (leyes orgánicas, leyes ordinarias, reglamentos), restricciones informales (Normas de conductas y códigos de conducta auto-impuestos) y las características de aplicación de ambas.”

El principal objetivo propósito y razón de ser de las instituciones es facilitar el proceso de interacción a cualquier nivel -desde la simple venta de un vehículo hasta la formulación de un

presupuesto nacional- buscando reducir los costos de transacción propios de la interacción humana, tales como las asimetrías de información de las partes involucradas así como la incertidumbre. De esta manera, la razón fundamental de ser de las instituciones es la existencia de costos de transacción, los cuales surgen porque la información es costosa y es mantenida de forma asimétrica por las partes involucradas, así como los costos relacionados con la negociación, entre otros.

La complejidad institucional descansa en la necesidad de las sociedades para realizar transacciones de forma anónima e impersonal a lo largo del tiempo, debido al crecimiento de las mismas. Empero, las instituciones no son usualmente creadas para ser socialmente eficientes; generalmente se crean para favorecer al grupo que posee el poder de negociación a su favor para crearlas.

Las organizaciones, al contrario de las instituciones, son grupos de individuos que persiguen un objetivo en común; pueden ser de carácter político, económico, social y educativo. La clave es la clase de conocimiento que las organizaciones adquieren para sobrevivir en un ambiente institucional dado. Las mismas juegan un papel fundamental en el desempeño de la sociedad, son los jugadores que generan los cambios institucionales a través de los siguientes aspectos (North, 1993):

- a. La interacción entre las instituciones y organizaciones de forma continua, ante un escenario de escasez y de competencia.

- b. La estructura institucional dicta los tipos de destrezas y conocimientos percibidos como maximizadores de beneficio.
- c. La competencia fuerza a las organizaciones a invertir en el desarrollo de destrezas y conocimientos para moldear las percepciones acerca de las oportunidades y opciones que afectarán a las instituciones.
- d. Las percepciones se derivan de la construcción mental de los jugadores.
- e. Las economías de ámbito, las complementariedades y las externalidades de redes de la matriz institucional hace que el cambio institucional tienda a ser fundamentalmente incremental y camino – dependiente.

Como consecuencia, el cambio institucional ocurre sólo cuando los individuos perciben que podrían estar mejor con una reestructuración en la dinámica del intercambio. Es importante considerar que el cambio institucional ocurre de forma gradual, debido a que las percepciones son dinámicas y evolutivas, dado que las normas informales son el elemento legitimador de las reglas formales; de forma tal que cualquier cambio de las reglas formales debe venir acompañado por un cambio en el portafolio de normas informales (el cual a diferencia del cambio formal, es un proceso gradual). De lo contrario el cambio formal no tendrá validez o simplemente será inestable.

Las organizaciones son representadas por ejemplo, por la Asamblea Nacional, el Tribunal Supremo de Justicia, el Consejo Nacional Electoral, entre otros. Ellas existen dado el marco institucional prevaleciente, el cual, para las organizaciones mencionadas, responde a la Constitución del año 1999. Sin embargo, también existen otras organizaciones tales como los partidos políticos, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones internacionales, y otras organizaciones, que a su vez juegan un papel importante en la evolución del marco institucional, ya que la interacción de éstas desemboca en grupos de interés, que pueden ejercer presión para generar un cambio en la matriz institucional o, por el contrario, garantizar su perpetuación, dependiendo de sus propios intereses

De este modo, las instituciones políticas corresponden a aquellas encargadas del manejo del ámbito político de una sociedad. Moldean los incentivos y, por tanto, el comportamiento de los actores políticos, lo cual influye en el proceso de formulación y características de las políticas públicas.

### ***Las instituciones y el proceso de formulación de políticas públicas:***

Las instituciones son necesarias para explicar el proceso de formulación de políticas públicas y las características de las políticas resultantes, ya que forman parte del desempeño económico, social y político de un país.

El presente trabajo estudia, -más allá del contenido y la orientación de las políticas implementadas- cómo las características de las instituciones políticas influyen en el comportamiento de los actores políticos en términos del proceso de formulación de políticas públicas, así como las características generales de las políticas resultantes. En este sentido, Tommasi, Stein y Spiller (2003), definen el proceso político como el mecanismo institucional mediante el cual los actores políticos interactúan con la finalidad de alcanzar sus metas. Por su parte, el proceso de formulación de políticas es el proceso relacionado en el cual las políticas son discutidas, decididas e implementadas.

Enfocarse en el proceso de formulación de políticas es clave. Ya que no es un proceso con características universalmente aceptadas, no se debe considerar como una receta única; las políticas son específicas a cada país. Por esa razón, es más importante que los países se dediquen a desarrollar la capacidad de entender e instrumentar buenas políticas por sí mismos, y no tomar el consenso acerca del desarrollo como una prescripción universalmente válida en ningún momento.

Es necesario comprender el proceso de formulación de políticas y sus determinantes institucionales. Tommasi et al (2003) ofrecen un modelo teórico, en el cual la premisa central es que las características claves de las políticas públicas dependerán fundamentalmente de la capacidad de los actores políticos para alcanzar resultados cooperativos, en los cuales se puedan cumplir los acuerdos políticos inter-temporales.

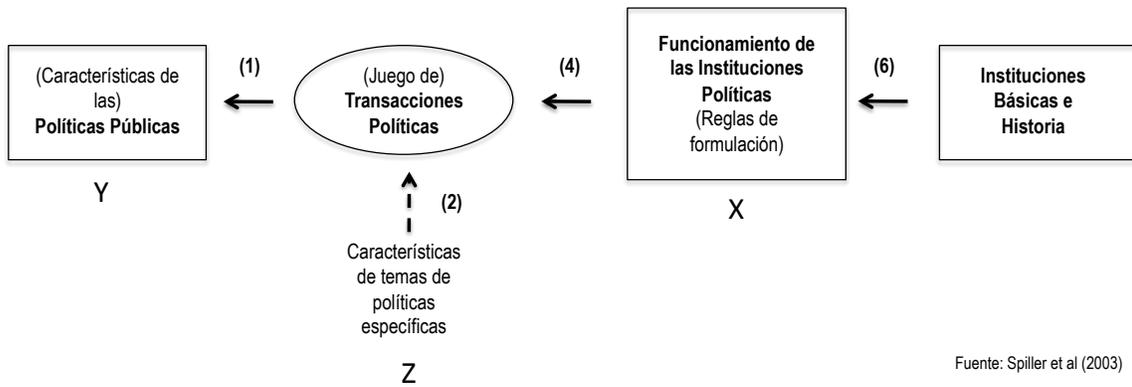
De acuerdo con Spiller, Stein y Tommasi (2003) y Stein, Tommasi, Spiller y Scartascini (2008), las políticas representan una respuesta continua a estados o situaciones del mundo. En ciertos casos, las características particulares de las políticas o la forma de implementación, tienen tanta importancia como el contenido de la política (en términos de la orientación de la política para alcanzar los resultados deseados). Las características del proceso de formulación de políticas públicas y el proceso político de cada país tienen una gran influencia sobre las características finales de las políticas y de su aplicación.

El modelo planteado por Tommasi et al (2003) está basado en el proceso que determina la variable dependiente del modelo: Las características de las políticas públicas. De esta manera, se plantea que las políticas públicas son el resultado de transacciones políticas inter-temporales entre actores políticos. Dichas transacciones son a su vez condicionadas por las reglas del juego de formulación de políticas, resultando de éstas el funcionamiento de las instituciones políticas, las cuales dependen de igual forma de características institucionales básicas de naturaleza constitucional e histórica. Otro factor que influye sobre la variable dependiente es la naturaleza propia del tema en discusión.

Este modelo se puede observar de manera esquemática en el gráfico presentado a continuación, el cual muestra de manera esquemática el modelo de transacciones inter-temporales planteado por Tommasi et al (2003):

Gráfico # 1

**Marco del modelo de transacciones inter-temporales**



Los autores definen la variable dependiente “Y” como las características de las políticas públicas, la cual es afectada por las variables independientes “X”, Instituciones Políticas y “Z”, Las características del tema de política concerniente.

**Análisis de costos transaccionales:**

El primer set de relaciones (1) y (2), presentadas en el gráfico anterior, es aquel relacionado con el análisis de costos transaccionales.

Dentro de este esquema de economía de costos transaccionales, los temas de políticas están caracterizados por una serie de propiedades, en la representación anterior son aquellas denominadas Z. De acuerdo con Tommasi et al (2003) éstas incluyen el número y cohesión de los actores políticos relevantes involucrados, el grado de irreversibilidad de los activos involucrados en la política, el patrón inter-temporal de pagos a los diferentes actores, la duración de los intercambios involucrados en la política, la facilidad con que se puede medir el desempeño, la facilidad de observación de los *shocks*, y el grado en que la política beneficia intereses amplios o estrechos.

De esta manera, cada tema político trae consigo una serie de características propias que pueden o no incentivar compromisos a más largo plazo, en términos de la especificidad y tecnicidad de su contenido; por lo general temas como seguros sociales y pensiones representan una mayor complejidad que construcciones de menor impacto, como plazas o avenidas.

Los autores buscan utilizar un conjunto de características del sistema político, articulando diversas variables y procesos para formar una imagen completa del proceso de formulación de políticas públicas. El modelo intenta capturar la complejidad del ambiente institucional, caracterizando el proceso de formulación de políticas como un juego de cooperación inter-temporal.

### **Juegos de Cooperación Política:**

Como se mencionó anteriormente los autores establecen la formulación de políticas como el resultado de un juego inter-temporal (juego de transacciones políticas en el Gráfico #1). Dicho juego consiste en la interacción de una serie de actores que deben tomar decisiones colectivas y a su vez pueden tomar acciones de forma individual. Se genera así un ambiente marcado por el conflicto por la heterogeneidad de las preferencias de los jugadores; a su vez el ambiente está sujeto a una serie de *shocks* externos que puede alterar el balance de poder político o incentivos de los actores participantes.

Así, de acuerdo con Tommasi et al (2003), el juego se inicia en un período donde los jugadores pueden hacer una serie de acuerdos (momento contractual), definiendo así cómo restringirán sus acciones en el futuro. El acuerdo que se alcance en este momento representará una característica exógena del ambiente institucional en el cual se formularán posteriormente las políticas. Este conjunto de contratos posibles dependerá de los mecanismos disponibles para hacer cumplir dichos acuerdos, así como de la naturaleza propia de los temas en cuestión, en lo cual incide las preferencias de los actores participantes en esta dinámica.

La rigidez de tales políticas ex-ante depende de ciertos factores propios del ambiente, como la naturaleza de los *shocks* económicos y políticos, y la capacidad de los actores de adaptarse satisfactoriamente a estos *shocks*. De esta manera cuando el juego derive en cooperación

completa, estas reglas rígidas no serán necesarias y las políticas se adaptarán fácilmente a los shocks que sucedan. Sin embargo, como se mencionó antes, la capacidad de hacer cumplir esos acuerdos también es un factor relevante para escoger el conjunto de acuerdos, de forma que si esta capacidad es relativamente baja se pueden observar acuerdos políticos altamente volátiles o políticas altamente inflexibles.

De acuerdo con Tommasi et al (2003), si el ambiente institucional facilita la cooperación política, entonces políticas relativamente eficientes y adaptables pueden ser implementadas sin mayor resguardo. Cuando el ambiente no facilita la cooperación, pero cuando los costos de implementar procesos que resguarden los acuerdos son relativamente bajos, entonces la política será puesta en práctica sin los resguardos asociados (Regla rígidas ex-ante). Cuando los costos de poner en funcionamiento resguardos son muy elevados, las políticas tenderán a modificarse de acuerdo con la ocurrencia o no de *shocks* políticos.

### **Los determinantes de la cooperación política:**

Hasta este punto se ha indicado que ambientes políticos no cooperativos pueden generar políticas altamente volátiles o muy rígidas y, en general, de baja calidad, de forma que parece indispensable analizar qué factores determinan la existencia o no de cooperación entre los actores políticos (Conexión (4) en el gráfico #1) . Dichas características son:

- Estructura de pagos intra-períodos: En juegos repetidos, si los pagos de desviarse a la no cooperación son altos, la cooperación es poco probable.
- Número de actores políticos: A mayor número de jugadores, menores son las posibilidades de cooperar.
- Conexiones inter-temporales entre actores políticos claves: La cooperación es menor en escenarios donde los actores políticos cambian de manera aleatoria constantemente.
- Tiempo y observación de los movimientos: La cooperación es más difícil de mantener si los movimientos unilaterales son difíciles de observar o verificar.
- Delegación: Delegar ciertas políticas a una burocracia independiente es una alternativa, evitando así los costos de procesos de formulación partidistas.
- Disponibilidad de tecnologías para hacer cumplir las políticas: La cooperación inter-temporal es más fácil de alcanzar si existe una tercera parte capaz de hacer cumplir los acuerdos eficientemente.
- Características de las arenas donde los actores políticos llevan a cabo sus intercambios: Ciertas arenas facilitan la cooperación de acuerdo a su estructura de organización interna.

De esta manera, Tommasi et al (2003) resumen:

“ La cooperación política que lleva a políticas públicas efectivas es más probable si:  
(1) los pagos a la no cooperación son bajos, (2) el número de actores políticos es pequeño, (3) esos actores tienen conexiones inter-temporales fuertes, (4) movimientos políticos son ampliamente observables, (5) tecnologías de delegación buenas están disponibles, (6) buenas tecnologías para hacer cumplir los acuerdos existen, y (7) los intercambios políticos claves se dan en arenas donde las propiedades (2) a (6) tienden a ser satisfechas.”

Es importante también analizar la existencia de factores históricos que incentiven o impidan comportamientos cooperativos, así como de configuraciones culturales, sociales o económicas que puedan hacer cumplir la cooperación.

Para poder analizar un sector en específico se debe buscar dentro del ambiente institucional la existencia o no de dichas características, analizando todos los actores que participan en el proceso de formulación y aquellos que ayudan externamente impidiendo o incentivando la cooperación entre los actores.

## **Características de la variable dependiente: Las Políticas Públicas**

El proceso de formulación explicado anteriormente conduce a la formulación de ciertas políticas que, más allá de si son correctas o no en sus contenidos o impacto final en el bienestar social, muestran una serie de características derivadas del mismo proceso y de las características del ambiente institucional.

De esta forma, de acuerdo a Stein y Tommasi (2006) las características externas de las políticas incluyen las siguientes:

- Estabilidad de las políticas: se asocia la estabilidad de las políticas públicas con acuerdos inter-temporales, que permitan la preservación de ciertas políticas más allá del período de un hacedor de políticas determinado o coaliciones.
- Adaptabilidad de las políticas: Las políticas pueden responder en mayor o menor medida a cambios en el entorno o en la información disponible. Si una política muestra cierta incapacidad para ajustarse a nuevas circunstancias, se demuestran dificultades para desarrollar patrones de cooperación política que faciliten la implementación de políticas que mejoren el bienestar.

- Coordinación y coherencia: las políticas públicas son el resultado de la combinación de la acción de múltiples actores a lo largo de diferentes etapas del proceso de formulación de políticas. De esta manera, la ausencia de coordinación entre dichos actores puede resultar en políticas incoherentes e inconsistentes.
- Calidad de la implementación y aplicación: Si bien una política puede estar muy bien diseñada, puede ser completamente ineficaz si no es bien implementada y aplicada. La calidad de la puesta en práctica depende de los incentivos y recursos que tienen los hacedores de políticas para invertir en capacidades políticas.
- Orientación a lo público: Se refiere a la capacidad de las políticas de producir bienes públicos, mejorar la eficiencia distributiva y promover el bienestar general versus la potenciación de beneficios privados a individuos, facciones o regiones en la forma de proyectos, subsidios o bajas de impuestos.
- Cualidades relacionadas a la inversión / capacidades: Muchas de las políticas diseñadas tienen propiedades de inversión, mostrando costos iniciales y beneficios a largo plazo. Si el ambiente no promueve dichas inversiones entonces es menos probable que las políticas resultantes se mantenga en el tiempo.

### ***Modelo de transacciones inter-temporales: aplicaciones en Venezuela***

Con base en la propuesta teórica descrita en la sección previa, se han realizado una serie de investigaciones con el objetivo de analizar el proceso de formulación de políticas en diversas áreas y países. Particularmente interesan los estudios sobre Venezuela, que se han dedicado a comprender los cambios en el marco institucional del país y su impacto sobre las decisiones de políticas públicas tomadas en cada período.

Monaldi, González, Obuchi y Penfold (2006) llevaron a cabo un estudio de las instituciones políticas, el proceso de formulación de políticas públicas y los resultados de políticas para Venezuela, basándose en el marco teórico propuesto por Spiller, Stein y Tommasi (2003), base fundamental de esta investigación, el cual se sostiene en las condiciones que promueven la cooperación política entre los actores políticos para sostener acuerdos inter-temporales. Un entorno institucional donde existe un número bajo de actores relevantes, repetidas interacciones entre ellos, bajas tasas de descuento, bajas ganancias a la desviación, facilidad para observar comportamientos no cooperativos y mecanismos de implementación que efectivamente penalicen una desviación de la estrategia cooperativa, promoverán equilibrios cooperativos entre los actores. De esta manera los autores, dividen la era democrática de Venezuela en dos períodos: el primero de 1958 a 1988; el segundo de 1989 a 2004.

El primer período (1958-1988) estuvo marcado por condiciones favorables a la cooperación entre los actores políticos, originando así a una cierta estabilidad y coherencia en los resultados de las políticas públicas. Para tal período, dos partidos se alternaban el poder, y en gran medida, gracias al Pacto de Punto Fijo, se lograba realizar procesos de formulación de políticas públicas cooperativos. El marco institucional otorgaba poco poder a la figura del presidente e incentivaba la existencia de partidos fuertes, centralizados y disciplinados, aún bajo la existencia de un sistema electoral proporcional. Empero, durante el primer período se vive la primera crisis de precios de petróleo, lo cual generó un gran descontento dado los resultados negativos que otorgó a la economía en general.

Por el contrario, en el segundo período (1989-2004) se evidenció poca cooperación entre los actores políticos, disponiendo de políticas públicas inestables, incoherentes y con horizonte temporal muy limitado, siendo una causa parcial el descontento generalizado que existía dado los malos resultados en los años ochenta. Es en este período que se aprueba la elección de autoridades regionales y se altera el sistema electoral, lo cual desencadenó una debilitación de la disciplina partidista y una mayor fragmentación política.

Si bien en el primer período se contaba con un sistema que incentivaba la cooperación entre los actores, esto se producía a cambio de una democracia limitada y con baja competencia, lo cual acabó por presentar problemas que condujeron a reformas institucionales que redujeron la cooperación en el sistema, y dicha pérdida de cooperación resultó en procesos de formulación y resultados de políticas bastante inestables y sin ninguna visión a largo plazo.

Puente, Daza, Ríos y Rodríguez (2007) realizaron un análisis de la economía política del proceso de formulación del presupuesto para el caso de Venezuela, en el cual dividen el período 1974-2004 en tres subperíodos: Un primero período (1974-1988), marcado por un poder presidencial fuerte dentro de un sistema cooperativo influenciado por un acuerdo cooperativo en un contexto de competencia política limitada. El segundo período (1989-1998), marcado por un poder presidencial debilitado con un congreso poderoso dentro de un sistema no cooperativo y un contexto político fragmentado. Por último, el tercer período (1999-2004), marcado por una presidencia constitucional e informalmente poderoso en competencia política.

Dichos subperíodos corresponden a características que afectan tanto al proceso de formulación de políticas públicas general como al proceso de formulación del presupuesto nacional, puesto que afectan las reglas del juego bajo las cuales los actores políticos interactúan, estableciendo restricciones en el proceso presupuestario, incentivando o no la cooperación entre los agentes y la consecución de acuerdo inter-temporales.

## **CAPÍTULO SEGUNDO: LA DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA EN VENEZUELA**

De acuerdo con Estaba (1999), el proceso de descentralización política ha sido concebido en Venezuela como la redistribución política, administrativa y financiera de los poderes del poder público, pasando éstos a los tres niveles de jerarquía territorial. Buscando así transferir competencias desde el gobierno nacional hacia los gobiernos regionales o locales, principalmente para alcanzar el acercamiento al ciudadano y a los problemas específicos y heterogéneos de cada comunidad, siendo una de las políticas de mayor reconocimiento capaz de proveer de un mecanismo directo para la participación ciudadana e incidir en las decisiones del gobierno.

Por su parte, Polanco (2001) define la descentralización como un proceso por medio del cual se transfieren competencias, servicios, programas y recursos desde el nivel central del gobierno hacia instancias subnacionales que gozan de una autonomía político-administrativa, legitimada a partir de la elección directa de sus autoridades subnacionales por parte de la población, con lo cual se crea un sistema intergubernamental de gobierno en el cual los mandatarios regionales y municipales adquieren una doble responsabilidad: ante el gobierno geopolíticamente superior y antes la población que los eligió.

De esta manera, el proceso de descentralización política responde a una transferencia de las responsabilidades y competencias que se han reservado los ministerios, para pasar a sus correspondientes autoridades en una jerarquía territorial inferior, así como a la elección directa de las autoridades subnacionales.

La descentralización, en el marco de la formulación de políticas públicas, juega un papel fundamental, pues determinará en gran medida quiénes serán los actores participantes en cada proceso, así como otros factores que influyen considerablemente en la implementación de las políticas públicas. En el presente trabajo de grado, el proceso de descentralización desempeña un papel fundamental, pues el período estudiado (1992-2008) está marcado por constantes cambios en tal proceso.

En el caso de Venezuela, la descentralización tiene sus inicios en el año 1989, donde se da paso a la elección directa, universal y secreta de gobernadores y alcaldes, con base en un nuevo arreglo institucional, que de acuerdo a Mascareño (2000) posee cuatro elementos básicos:

- a. Sistema político, fundamentado en la elección de gobernadores y alcaldes de manera universal, directa y secreta.
- b. La distribución de las competencias entre los niveles de gobierno.
- c. La estructura financiera.
- d. Los mecanismos de coordinación inter-gubernamental.

Si bien Venezuela es una república que a lo largo de su historia ha respondido a un carácter federal, ésta ha transitado por un largo trayecto de gobiernos centralistas, el inicio del concepto de descentralización en Venezuela se inicia a partir de 1936, pues ya existían tres factores importantes: La paz, un Estado-Nación formado y la insurgencia de organizaciones políticas modernas. Los textos constitucionales del período 1936-1948 si bien dan más paso a ciertos derechos sociales, políticos y laborales, mantienen el aire centralista de constituciones anteriores. En la constitución de 1947, producto de los nuevos partidos modernos de Venezuela, se establece la elección universal, directa y secreta y se deja la ventana abierta para la futura elección de gobernadores y alcaldes, sin embargo, estos intentos de descentralización se vieron frustrados por el golpe de estado que derroca al Presidente Rómulo Gallegos en 1948.

Posteriormente, la Constitución de 1961, recoge el carácter centralizador del Estado y es considerada la base para formalizar el sistema de federación-centralizador, y es en 1985 bajo la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE), que se retoman las discusiones de la descentralización con base en la Constitución de 1961.

La COPRE es creada por el Presidente Jaime Lusinchi quien, de acuerdo con Monaldi et al (2006), había reconocido la necesidad de introducir una serie de reformas institucionales en Venezuela.

De acuerdo con Hernández (1999):

“La disfuncionalidad (del sistema político existente) se atribuyó a la excesiva concentración y control de las decisiones, de la información y de los recursos de toda índole, particularmente los provenientes de la renta petrolera y se manifestó en el escaso desarrollo y participación de la sociedad civil (...) en el deterioro creciente de los servicios públicos y, en conclusión, en el debilitamiento del sistema democrático.”

Así, la COPRE, propone una serie de reformas políticas para fortalecer el sistema democrático, tales como la democratización de las estructuras partidistas, la elección directa de los gobernadores y alcaldes así como reformas electorales.

Esta propuesta de reforma, a pesar de tener diversos opositores, particularmente en las altas esferas de los partidos tradicionales (Copei y AD), era altamente apoyada por liderazgos regionales, de la sociedad civil y miembros de alta jerarquía a escala nacional. Particularmente el rechazo por parte del partido AD, del cual procedía el mismo Lusinchi, provenía de su percepción de que la COPRE únicamente buscaba debilitar su poder político, y siendo estos mayoría dentro del Congreso lograron detener cualquier discusión relacionada (Monaldi et al, 2006).

Los representantes que Acción Democrática tenía dentro del Congreso, se vieron forzados a aceptar algunas de las reformas propuestas, debido al giro que tomaron las campañas

presidenciales en el año 1988, donde ambos candidatos, Eduardo Fernández (Copei) y Carlos Andrés Pérez (AD), utilizaban tales reformas como banderas electorales.

Sin embargo, Venezuela ya se encontraba sumida en una profunda crisis económica, lo cual era uno de los factores que había generado las condiciones para que se diese la discusión que la Comisión Presidencial para la reforma del Estado (COPRE) había liderado a partir del año 1984, tras el agotamiento del modelo político y económico que imperaba en el país para ese momento, así como la crisis social que se evidenció con el Caracazo el 27 de febrero de 1989, siendo esta revuelta social, la que obligaría al partido mayoritario en el Congreso, Acción Democrática, a aceptar finalmente la elección directa de los gobernadores (Monaldi et al 2006).

El auge de los ingresos petroleros en los años setenta había generado que Venezuela pasase de ser una sociedad rural a otra moderna y con estándares de vida mucho más elevados en un plazo muy corto. La industrialización por sustitución de importaciones era el modelo que motorizaba el sistema productivo del país, pero a expensas de un elevado subsidio del gobierno. La renta petrolera representaba para el año 1973 el 55% del PIB del país a lo cual, sin embargo, se sumaba un alto nivel de endeudamiento externo. La caída de los precios del petróleo para finales de los 70 y los 80, llevó a la crisis del modelo económico, pues el ingreso petrolero no era suficiente para cumplir las obligaciones adquiridas por el Estado venezolano en los últimos años. Decisiones tomadas debido a esta crisis generaron distintos eventos de la historia venezolana como el Viernes Negro en febrero de 1983 (tras la devaluación del Bolívar), entre otros.

El sistema político por su parte, también mostraba señales de crisis, tras la disposición de un consenso democrático que fue relativamente estable durante un período de 30 años, el cual se expresó mediante el Pacto de Punto Fijo. Este esquema empezó a mostrar debilidad para los años setenta, dada la incapacidad del gobierno para cumplir las demandas de la población. Para el momento en el cual Carlos Andrés Pérez asumen por segunda vez la Presidencia de la República, en el año 1988, el país se encuentra sumido en una profunda crisis política, social y económica. En este momento se plantean una serie de reformas de naturaleza económica dirigidas a modernizar la economía y profundizar el alcance del sistema de mercado. Sin embargo, dichas reformas conducen a una grave crisis de gobernabilidad que llevan a dos intentos de golpes de estado y la remoción de Carlos Andrés Pérez de la presidencia.

En el marco de estos eventos, se promulgan diversas leyes que establecen finalmente el inicio del proceso de descentralización del país: Ley sobre Elección y Remoción de los Gobernadores de Estado en agosto de 1988 (con una reforma posterior en 1989), Reforma de la Ley Orgánica del Régimen Municipal en junio de 1989, Promulgación de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público en diciembre de 1989, siendo las primeras elecciones de gobernadores y alcaldes en diciembre de 1989. En este contexto, el proceso de descentralización puede ser entendido como una respuesta política para promover un mayor nivel de gobernabilidad en medio de la profunda crisis en la cual se encontraba el país en este período.

## **2. 1 Arreglo institucional de la descentralización en Venezuela:**

El proceso de descentralización en Venezuela, produjo profundas transformaciones institucionales y organizacionales, de esta manera el arreglo institucional desarrollado para el proceso de descentralización en Venezuela entre los años 1989 y 1999 puede dividirse de acuerdo a Mascareño (2000) en dos momentos particulares, de acuerdo a las leyes que fueron emitidas en cada período.

- Primer momento (1989-1989): Ley sobre Elección y remoción de los gobernadores de los Estados; Ley sobre el Período de los Poderes Públicos de los Estados; Reforma de la Ley Orgánica del Régimen Municipal para la creación y elección de la figura del alcalde; Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias de Competencias del Poder Público.
- Segundo momento (1993): Decreto-Ley que Regula los Mecanismos de Participación de los Estados y Municipios en el productos del Impuesto al Valor Agregado y el Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES); Ley de Asignaciones Especiales para los Estados derivados de las Minas e Hidrocarburos (LAEE).

A este listado se deben agregar los arreglos institucionales llevados a cabo posteriormente:

- Tercer momento (1999-2000): Promulgación de la Constitución de 1999; Ley habilitante del año 2000: Ley de Puertos, Ley de Aviación Civil, Ley de Transporte y Tránsito Terrestre, Ley de Zonas Especiales de Desarrollo Sustentable, Ley de Coordinación de Seguridad Ciudadana, Ley de Tierras y Desarrollo Agrario, Ley Orgánica de Hidrocarburos, Ley para la Designación y Destitución del Contralor o Contralora del Estado, Ley que regula el Funcionamiento de los Consejos Legislativos Estadales.
  
- Cuarto momento (2001-2003) Reforma Parcial de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias de Competencias del Poder público; Reforma a la Ley de Asignaciones Especiales (LAEE); Reforma de la Ley del Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES); Fondo de Inversión para la Estabilización Macroeconómica (FIEM); Ley de los Consejos Estadales de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas y de los Consejos Locales de Planificación.
  
- Quinto momento (2003-2009): Reforma Parcial de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias de Competencias del Poder público (2009). Introducción de las misiones.

## **Proceso de Descentralización entre 1989-1999: Primer y Segundo Momento**

El principal elemento que desencadena el proceso de descentralización es la libre elección de Gobernadores y Alcaldes consagrado en la Ley sobre Elección y Remoción de los Gobernadores de Estado del 29 de agosto de 1988, reformada posteriormente en abril de 1989, y la Ley Orgánica del Régimen Municipal, reformada el 14 de junio de 1989, determinando que los Gobernadores y Alcaldes eran electos por votación universal, directa y secreta estableciendo a su vez la reelección de éste para un segundo período, así como las posibles causas de remoción de los mismos, ley que junto a la Ley sobre el Período de los Poderes Públicos de Estados, establecía el período de los gobernadores en 3 años. Dicha elección de gobernadores y alcaldes, representa una regionalización y municipalización de la vida política, cuyas características son profundamente distintas al ámbito nacional, haciendo al sistema político más complejo que antes, dado el mayor número de actores involucrados.

Al momento de iniciarse el proceso de descentralización y como se estableciera en la exposición de motivos de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (Loddt), el gobierno cargaba con una pesada maquinaria burocrática, de forma que se establecen dos tipos de competencias:

- Competencias Concurrentes: Dichas competencias serían transferidas progresivamente a los estados. Ello incluía áreas como deporte, salud, educación, atención a menores y

ancianos, vivienda, servicios agrícolas, nutrición, encomienda penitenciaria, encomienda de turismo, drogas y otras negociaciones. Estas competencias serían transferidas a los Estados siguiendo el siguiente esquema básico tal como lo señala Mascareño (2000):

Gráfico # 2

### Proceso de transferencia de Competencias a entidades regionales



- Competencias Exclusivas: Se refiere a competencias que estaban reservadas al poder nacional entre las que se encuentran la vialidad, puentes, puertos, aeropuertos, minerales no metálicos, salinas, papel sellado.

Se evidencia claramente que la Loddit no prevé ninguna transferencia a los municipios, lo cual se debe principalmente a que éstos contaban con la Ley Orgánica del Régimen Municipal, que en líneas generales otorga competencias propias de la vida local.

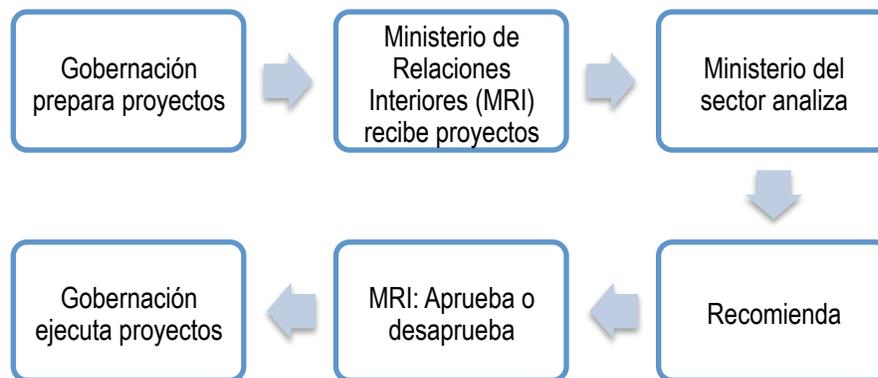
En términos financieros, el proceso de descentralización contempla:

- Situado Constitucional: Instrumento tradicional de financiamiento de la inversión pública de los gobiernos estatales. La Loddt en el artículo 13 establece que el Situado a los estados sería el 16% de los ingresos ordinarios del presupuesto y que se incrementaría en 1% hasta alcanzar el 20% y éstos a su vez incluirían una partida para Situado a los Municipios, que para 1990 sería del 10% aumentando 1% hasta alcanzar 20%.
  
- Ingresos derivados de la participación de estados y municipios en el producto del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y creación del FIDES: El IVA creado en el año 1993, este se estableció como un impuesto nacional con un régimen centralizado de recaudación, se aprueba en 1993 la creación del FIDES (Fondo Intergubernamental para la Descentralización) y el Decreto-Ley que Regula la Participación de los Estados y Municipios en el producto del Impuesto al Valor Agregado. La participación máxima de los estados y municipios sería de un 30% (el máximo aumento desde un 4% en el año 1993), de lo cual los estados tendrían un 90% inicialmente y luego un 70%, el restante sería para los municipios. Estos recursos se destinarían para la ejecución de las Competencias Concurrentes y Exclusiva transferidas, requiriéndose la presentación de proyectos específicos. Las primeras transferencias de FIDES se realizaron en 1995, pero el mayor impacto de éstas se sintió entre 1996 y 1999.
  
- Ley de Asignaciones Especiales para los Estados derivados de Minas e Hidrocarburos (LAEE): aprobada en noviembre de 1996. De los ingresos provenientes de tributos a minas e hidrocarburos se destinaría a los estados entre 20% (1998) y 30% (2000 en

adelante), de los cuales un 70% iría a los estados con cuencas de hidrocarburos y el 30% restante a los demás. Estos recursos podían destinarse sólo a áreas de recuperación y conservación ambiental, investigación para el agro y la pequeña y mediana industria, infraestructura médico-asistencial y programas preventivos, infraestructura educativa, consolidación de vialidad, infraestructura sanitaria y de transporte, protección del patrimonio cultural, viviendas e infraestructura agrícola. La asignación del LAEE se hacía de acuerdo al siguiente esquema:

Gráfico # 3

### Procedimiento de asignación de recursos LAEE



(Fuente: Hernández (1999) )

- Transferencias por servicios asumidos: Los estados debían recibir del poder nacional los recursos para la prestación de ciertos servicios, monto que sería ajustado anualmente en función de los ingresos ordinarios.

- Ingresos propios de los estados y municipios: El arreglo institucional favorecía los ingresos propios para los municipios (capaces de cobrar impuestos, tasas, sanciones y multas, intereses, administración de bienes y servicios, etc.) en mayor medida que a los estados, que una vez nacionalizado el IVA, tenían pocos elementos a su disposición.
- Endeudamiento bilateral / Proveedores: Se refiere a convenios de préstamos entre Venezuela y otros países destinados a la inversión pública

La nueva dinámica propuesta por el sistema descentralizado dificulta la armonización de las decisiones y criterios de los distintos hacedores de políticas. Se generan así diversas estructuras institucionales para llevar a cabo tal coordinación entre ellas: Convención de Gobernadores, Ministerio de Relaciones Interiores, Comisión Nacional para la Descentralización, Ministerio para la Descentralización, Consejo territorial de Gobierno, Comité de planificación y coordinación estatal, Consejo Nacional de Alcaldes, Directorio del FIDES, Transferencia del estado al municipio. Igualmente una serie de mecanismos para dichas estructuras, con miras a organizar las políticas públicas para la descentralización.

### **Los municipios en el proceso de descentralización:**

La creación de la figura del alcalde buscaba resolver problemas de eficiencia de la administración

colegiada de los municipios. En la Ley Orgánica de Descentralización no se contempla ninguna transferencia alguna específica de competencias a los municipios; tan sólo se contempla un aumento del situado que las gobernaciones deben entregar a éstos, y la participación de los municipios en los mecanismos de coordinación intergubernamental antes mencionados.

Los municipios tienen entre sus competencias las actividades relacionadas con la vida local así como ciertos ramos de ingresos delimitados por la Constitución, e ingresos por FIDES y LAEE.

### **Proceso de Descentralización en la Nueva Constitución de 1999: Tercer Momento**

La nueva Constitución se enmarca en el inicio de la Presidencia de Hugo Chávez Frías, quien había hecho de la propuesta de una nueva constitución su principal promesa de campaña. Chávez criticaba duramente las actividades de las gobernaciones y alcaldías del país, colocando así una alerta sobre el proceso de descentralización que había vivido el país en años anteriores. Así se instala el 3 de agosto de 1999 la Asamblea Nacional Constituyente, que durante su permanencia realizó numerosas propuestas con respecto a la descentralización generando harta polémica en el país (reducción del número de estados, eliminación de las asambleas legislativas, eliminación de municipios ineficientes). Luego de un proceso de discusión se promulga la nueva Constitución, refrendada en consulta pública electoral el 15 de diciembre de 1999.

Entre los cambios realizados en dicha constitución se pueden mencionar:

- La República pasa a ser un Estado federal descentralizado como reza el artículo 4to de la Constitución, característica que se refuerza en el artículo 6to.
- Se mantiene el nivel intermedio de gobierno de los estados y el nivel municipal, que serán elegidos por voto universal, directo y secreto, sin embargo, se modifica el período constitucional de 3 años a la posibilidad de reelección por dos períodos de 4 años.
- Se eliminan las Asambleas Legislativas y se introduce la figura del Consejo Legislativo, el cual no posee la potestad de impropiar al gobernador, además los miembros de este consejo no tienen inmunidad, pudiendo estos representantes ejercer sus cargos hasta por 2 períodos de 4 años.
- El gobernador podrá ser destituido a través de un referendo, una vez transcurrido la mitad de su período.
- Los alcaldes también pueden ser destituidos por el mecanismo de un referendo,
- Las competencias exclusivas de las entidades federales no son alteradas, pero se agregan nuevas y las competencias concurrentes quedan reguladas por leyes que dictará el poder nacional.

- En el tema de los recursos financieros es poco lo que hace la nueva Constitución. Tan sólo se incluye en una disposición transitoria la elaboración de la hacienda pública estatal a ser desarrollada por la nueva Asamblea Nacional.
  
- Creación del Consejo Federal de Gobierno, a ser dirigido por el Vicepresidente y que servirá como institución de coordinación intergubernamental.
  
- Creación de la Asamblea Nacional, en sustitución del Congreso Nacional, esta es de estructura unicameral, por lo cual el Senado es eliminado como institución política del Estado. La cámara parlamentaria nacional estará integrada por Diputados elegidos en cada entidad federal por representación proporcional, lo cual le otorga mayor peso a los estados más poblados, situación que se intenta solventar estableciendo que cada entidad federal elegirá además tres diputados adicionales. De esta manera se genera un sistema mixto, de representación proporcional y uninominal.

La nueva Constitución entra en vigencia el 30 de diciembre de 1999 cuando es publicada en Gaceta Oficial y se convoca a elecciones generales (“Mega elecciones”) para el año siguiente, pues es necesario relegitimar a las autoridades electas.

Para el año 2000 se le otorga al Presidente de la República una Ley Habilitante bajo la cual se promulgan y/o realizan cambios sobre las siguientes leyes: Ley de Puertos, Ley de Aviación Civil, Ley de Transporte y Tránsito Terrestre, Ley de Zonas Especiales de Desarrollo Sustentable, Ley

de Coordinación de Seguridad Ciudadana, Ley de Tierras y Desarrollo Agrario, Ley Orgánica de Hidrocarburos, Ley para la Designación y Destitución del Contralor o Contralora del Estado, Ley que regula el Funcionamiento de los Consejos Legislativos Estadales.

### **Proceso de Descentralización entre 2001-2009: Cuarto y Quinto Momento**

Tras la Constitución de 1999, se inicia en Venezuela un proceso de profundo cambio que trae consigo numerosas reformas y cambios en todos los ámbitos del país, entre ellos:

- Reforma Parcial de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias de Competencias del Poder público (2003): Esta reforma adapta los cambios realizados por la nueva Constitución de 1999, particularmente el cambio del Congreso Nacional, Asamblea Legislativa, entre otros, con el paso a la Asamblea Nacional y el Consejo Legislativo. Igualmente se altera el porcentaje que los estados deben destinar a los municipios como Situado Constitucional, donde dicho porcentaje no podrá ser inferior a 20%.
- Reforma a la Ley de Asignaciones Especiales (LAEE): Reforma realizada en marzo de 2006, establece un nuevo mecanismo de distribución de los recursos incorporando al Distrito Alto Apure y a los Consejos Comunales. Destina 30% a los Consejos Comunales,

42% a las gobernaciones y 28% a los municipios.

- Reforma de la Ley del Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES): Reforma llevada a cabo en 2006, que al igual que la reforma realizada a la Ley de Asignaciones Especiales LAEE, incluye a los Consejos Comunales, como beneficiarios directos de los recursos provenientes de FIDES, destinando 30% de los Recursos a los Consejos Comunales, 42% a las gobernaciones y 28% a las alcaldías. Estableciendo igualmente que dichos recursos deben ser destinados a inversión y no gasto corriente. A su vez establece que los créditos adicionales asignados por el Ejecutivo Nacional, se destinarán 30% a las gobernaciones, 20% para los municipios y 50% a los Consejos Comunales.
- La asignación de los estados y municipios se distribuirá con base en los siguientes porcentajes: 45% en proporción poblacional, 10% en proporción de la extensión territorial, y 45% de acuerdo a un indicador de compensación inter-territorial para cada estado y municipio.

Durante este período se crean nuevas instancias de gobierno que se describen a continuación:

- Consejo Federal de Gobierno: Órgano de planificación y coordinación de políticas y acciones para el desarrollo del proceso de descentralización y transferencias de competencias del Poder Público Nacional a los estados y municipios. Este está integrado

por el Vicepresidente, Ministros, Gobernadores, un Alcalde por Estado, y un representante de la comunidad organizada y de los pueblos indígenas. Sin embargo en julio de 2005, el Presidente Hugo Chávez vetó la Ley Orgánica sancionada por la Asamblea Nacional en junio de 2005.

- Consejos Estadales de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas: creados en el año 2002, organismo que funciona en cada estado, como órgano rector de la planificación de las políticas públicas. Este ente actuaría bajo los siguientes lineamientos: La especificidad de cada estado y de sus municipios integrantes, adecuación y vinculación del Plan de Desarrollo Estatal con el Plan Nacional de Desarrollo y demás planes que establezca la ley. Este órgano está compuesto por el Gobernador, Alcaldes de los distintos municipios, Directores estadales de los ministerios que tengan asiento en el estado, representación de la Asamblea Nacional, Representación del Consejo Legislativo Estatal, representación de los Concejales de los municipios, representación de la comunidad organizada, un representante de las organizaciones de defensa del medio ambiente y del patrimonio histórico cultural, representación de las organizaciones vecinales, representación de las comunidades o pueblos indígenas.
  
- Consejos Locales de Planificación Pública: Órgano encargado de la planificación integral del gobierno local. Entre sus objetivos están: Promover la organización comunitaria y la corresponsabilidad a través de las redes sociales para garantizar la participación de la sociedad; Promover acciones inter-institucionales que permitan obtener los recursos

necesarios para instrumentar las políticas de los CLPP. Participan en éste el Alcalde del municipio, los Concejales, los presidentes de las Juntas Parroquiales, los representantes de organizaciones vecinales, y el representante de las comunidades indígenas. De esta manera el CLPP participa en la elaboración de la Agenda municipal para el desarrollo de programas y políticas públicas.

- El Consejo Estatal y Local de Planificación es contemplado en la Ley Orgánica de Planificación promulgada en el año 2001 bajo la Ley Habilitante otorgada al Presidente de la República en el año 2000.
  
- Así como el establecimiento de las Misiones, que pasarán a representar un nuevo actor dentro de todos los ámbitos del país, entre ellos, Salud, Educación, Alimentación, etc. Estas se refieren a un modelo de programas sociales implementados desde el poder central. Todas las misiones responden al Ejecutivo Nacional y su fuente primordial de financiamiento es PDVSA, estas contemplan en gran medida muchas competencias concurrentes y exclusivas que en su mayoría habían sido transferidas a los gobiernos regionales y municipales, de forma que las misiones coexisten con estados y municipios en la prestación de dichos servicios.

De esta manera se evidencia la inclusión de nuevos actores que coexisten con algunos que fueron incluidos en el proceso de descentralización previo, lo cual incrementa la complejidad del sistema.

Otro cambio institucional fundamental incluido en este período ha sido la creación de los Consejos Comunales en el año 2006, son instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y los ciudadanos, de esta manera participan directamente en la gestión de las políticas públicas y los proyectos. El Consejo Comunal está integrado por un órgano ejecutivo, conformado por voceros de cada comité de trabajo (Comité de Salud, educación, Tierra urbana y rural, Vivienda y Hábitat, Protección e Igualdad Social, Cultura, Seguridad Integral, Medios de Comunicación e Información, Recreación y Deportes, Alimentación, Mesa Técnica de Agua, Mesa Técnica de Energía y Gas, Servicios) , la Unidad de Gestión Financiera, y la Unidad de Contraloría Social. El registro de los Consejos Comunales se realiza ante la Comisión Presidencial del Poder Popular respectiva y deben ser aprobados por el Presidente de la República, de forma que este organismo podría ser clasificado como un organismo adscrito al gobierno nacional o central.

Finalmente en el año 2009 se plantea nuevamente la Reforma parcial de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias del Competencias del Poder Público, que permite al gobierno central retomar ciertas competencias exclusivas ya transferidas a los gobiernos regionales y locales, como aeropuertos, puertos y carreteras.

### **CAPÍTULO TERCERO: EL SECTOR SALUD EN VENEZUELA**

El capítulo que se desarrolla a continuación tiene como finalidad realizar una revisión del sector salud en Venezuela, se va a dividir en dos partes: la primera parte consiste en realizar una caracterización del sector salud en Venezuela considerando los componentes que conforman el sistema para realizar una primera aproximación sobre su comportamiento; la segunda parte, analiza las reformas más importantes del sector, para observar el comportamiento de las variables de desempeño de acuerdo a los cambios que se han realizado en el sistema.

Un análisis del sistema de salud en Venezuela desde 1989 destaca los factores que han determinado el comportamiento del sistema. Entre ellos, resultan particularmente relevantes la descentralización de los servicios de salud -que se hizo vigente a partir del año 1990-, la reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en 1992; la aprobación de la propuesta de reforma del subsistema de salud de la Seguridad Social en 1998; la aprobación del nuevo marco Constitucional en 1999; y la reforma de la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencia de las Competencias del Poder Público a principios de 2009. Asimismo, es importante entender los componentes del sistema de salud venezolano y el papel que desempeñan dentro de la estructura sanitaria del país que permitirán dar luces sobre la forma en la que funciona el sistema.

### ***Estructura del sistema de salud en Venezuela:***

Para realizar una descripción del sector salud en Venezuela, es necesario repasar las características del sistema de salud nacional, su estructura, los actores que participan en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos. Por otra parte, para efectos de este análisis, es conveniente conocer la estructura del sistema de atención sanitaria del país, el cual es un componente del sistema nacional de salud.

Un sistema de salud se encuentra estructurado por un conjunto de actividades enfocadas en la promoción, restablecimiento o mantenimiento de la salud (OMS, 2000). Los mismos deben ser eficientes, y lo más importante de todo es que deben ser accesibles y capaces de atender a la población que así lo requiera. Por otra parte, cuentan con la participación de las instituciones, organizaciones y poseen los recursos necesarios para atender las necesidades de los individuos en materia de prevención, y disminución de las enfermedades, así como los altos costos asociados. De acuerdo con Jaén, Salvato, Daza y Rivas (2006) en su trabajo *Costo de la Salud en Venezuela*, un sistema de salud está conformado por los siguientes componentes:

- Sistema de atención sanitaria: los cuales son servicios asistenciales personales, que incluyen prevención, curación, y paliativas a los individuos.

- Sistema de atención a las poblaciones y al ambiente: actividades colectivas de prevención, saneamiento ambiental y actividades relacionadas con el mejoramiento de la salud.
- Tratamientos tradicionales en manos de medicina no convencional.

Los sistemas de salud de cada país contienen elementos propios de acuerdo a sus condiciones económicas, climáticas, geográficas, políticas, demográficas y sociales, que en definitiva generan estructuras específicas de sistemas de salud que dependen de las instituciones de cada país. A pesar de la diversidad de los sistemas de salud, Suárez (2001) realiza una clasificación de éstos que se utilizará para caracterizar el sistema de salud en Venezuela.

Los sistemas de salud se pueden clasificar en tres categorías, según el alcance del papel que desempeña el gobierno dentro del sistema, revelando una tendencia hacia lo más público o, hacia lo más privado.

- *Sistema Nacional de Servicios de Salud*. Este tipo de sistema se caracteriza en que la provisión del servicio es predominantemente público, y el estado juega un papel fundamental, las instituciones de seguridad social son escasas y no son relevantes dentro del sistema.

- *Sistema Nacional de Seguros de Salud.* Está determinado por ser un mercado altamente fragmentado predominantemente privado, y las instituciones de seguridad social juegan un papel principal dentro del sistema.
  
- *Sistema Nacional Mixto de Salud.* Este sistema se encuentra caracterizado por varios niveles de participación de las instituciones como el Ministerio de la Salud o el Seguro Social en la provisión de un sistema de salud.

En Venezuela el sistema de salud se caracteriza por ser segmentado o mixto. Sin embargo la prestación de la salud pública es importante. A continuación se describen los principales actores que intervienen en el proceso de rectoría y fiscalización del sector salud en Venezuela.

- a. **Sector Público:** Está conformado principalmente por instituciones que se financian vía fiscal o contributiva, y su capacidad de decisión se concentra en el ámbito público. Está constituido por instituciones de la administración pública central y descentralizada lo cuales se describen a continuación.
  - *Ministerio del Poder Popular para la Salud.* Es la institución manejada por el gobierno central responsable del financiamiento y prestación de los servicios de salud nacionales públicos en Venezuela. Esta institución ha pasado por diversos cambios estructurales adaptándose a las necesidades de cada administración que así lo ha considerado necesario. Originalmente, el Ministerio se denominaba Ministerio de Salud y Asistencia

Sanitaria, más adelante, en 1999 se fusionó con el Ministerio de la Familia y sus competencias se englobaron no sólo a la asistencia médica, sino a la prevención y promoción de la salud. Finalmente, en 2006 es cambiado el nombre a Ministerio del Poder Popular para la Salud, respondiendo a una estrategia, podría decirse política, ya que los lineamientos básicos son los mismos. Las principales competencias del Ministerio del Poder Popular para la Salud, de acuerdo al Decreto sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Nacional son:

1. Ejercer la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud.
2. La elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral.
3. El control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud del país.
4. La regulación y fiscalización de los servicios de salud y de los equipos e insumos utilizados para la atención de la salud. Así como la certificación de personas para el ejercicio de profesiones relacionadas con la salud.

El Ministerio del Poder Popular de la Salud es el principal ente regulador del sistema de salud en Venezuela, tiene como objeto promover el Sistema de Salud Público Nacional, a través de la implementación de políticas y estrategias que así lo permitan.

- *Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)*. Es una institución cuya finalidad es brindar protección social a todos sus beneficiarios en las contingencias de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro y cesantía o paro forzoso, en atención al marco legal, bajo la inspiración de la justicia social y de la equidad. Asimismo, garantiza el cumplimiento de los principios y normas de la seguridad social a todos los habitantes del país. Para ello realiza determinados procesos, uno de ellos es la afiliación de empleados y patronos para que estos posean un sistema de seguridad social.
  
- *Misión Barrio Adentro*. Es un programa social, implementado desde abril del año 2003. La finalidad de este programa es el desarrollo de una red de atención primaria integral. Este programa ha evolucionado en el tiempo, creándose otras formas de atención sanitaria:

*Barrio Adentro I*. Está conformado por consultorios populares, puntos de consulta y clínicas odontológicas y, ópticas Populares

*Barrio Adentro II*. Incluyen Centros Médicos de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), Centros Médicos de Alta Tecnología (CAT)

*Barrio Adentro III*. Está conformado por Clínicas Populares y Hospitales

*Barrio Adentro IV.* Son Centros de Investigación tales como; Hospital Cardiológico Infantil.

- *Otras instituciones.* Entre otras instituciones públicas que prestan el servicio de salud están el Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación (IPASME), y el Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA). Ambos dependen de los ministerios a los cuales están adscritos: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en el caso del IPASME, y al Ministerio de la Defensa el IPSFA.
  
- b. **Sector Privado:** En Venezuela, la estructura del sistema de salud perteneciente al sector privado es muy diversa, se pueden conseguir distintos tipos de modalidades en la oferta de servicios de salud, entre ellos se tiene consultorios pequeños, grandes clínicas con altas tecnologías. Por otra parte, es importante destacar la participación del sector privado en la producción de fármacos y tecnologías en el país.

Considerando la diversidad y complejidad del sector público y privado desarrollado anteriormente, se puede apreciar a continuación un cuadro en el cual se muestra un resumen de los proveedores de salud en Venezuela en el año 2002, tomado del trabajo de Jaén, Salvato, Daza y Rivas (2006). A dicho cuadro se realizaron modificaciones, incluyendo la Misión Barrio Adentro actor que tiene una importante influencia y participación en la prestación del servicio de salud.

Tabla # 1

**Proveedores de Salud en Venezuela**

Institución de salud que presta el servicio <sup>[1]</sup>	Población beneficiada	Fuente de financiamiento	Esquema de financiamiento	Mecanismo de aseguramiento
Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Toda la población (en teoría)	Fisco Nacional	Financiamiento público	Financiamiento público: sistema público de salud
Barrio Adentro	Toda la población (ubicación estratégica)	Fondo Nacional de Salud	Financiamiento público	Financiamiento público: sistema público de salud
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales	Trabajadores (población con capacidad de afiliación) y sus familiares beneficiarios	Contributivo-tripartito <sup>[i]</sup>	Seguro social de provisión directa <sup>[ii]</sup>	Seguro social
Instituto de Prevención y Asistencia Social del Ministerio de Educación	Los maestros y sus familiares beneficiarios	Contributivo <sup>[iii]</sup>	Seguro social de provisión directa y seguro social de provisión indirecta <sup>[iv]</sup>	Seguro social
Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas	Fuerza Armada Nacional y sus familiares beneficiarios	Contributivo	Seguro social de provisión directa	Seguro Social
Hospitales ambulatorios de los organismos o del sistema público y privado de salud y hospitales de Pdvsa	Trabajadores de Pdvsa	Contributivo	Seguro social de provisión directa y seguro social de provisión indirecta	Sistemas de salud administrados <sup>[v]</sup>
Hospitales y ambulatorios de los organismos o del sistema público y privado de salud	Funcionarios de ministerios, institutos autónomos, gobernaciones y alcaldías	Fisco Nacional <sup>[vi]</sup>	Financiamiento público	Sistemas de salud administrados
Hospitales, ambulatorios del sistema de salud público y privado	Trabajadores de la Asamblea Nacional	Contributivo	Seguro social de provisión indirecta	Sistemas de salud administrados: seguro privado
Hospitales, ambulatorios del sistema de salud público y privado	Profesores universitarios	Contributivo	Seguro social de provisión indirecta	Sistemas de salud administrados seguros privados y sistemas privados
Hospitales y ambulatorios del sistema de salud público y privado	Estudiantes	Fisco Nacional	Financiamiento público	Seguro social: Fames
Red de hospitales y ambulatorios privados.	Población con capacidad de pago de los servicios de salud	Recursos propios de los hogares	Pago directo en los servicios y sistemas de salud administrados <sup>[vii]</sup>	Sistemas de salud administrados y/o directo por parte del paciente y familiares

Fuente: Jaén et al (2002)

### **Problemas de la estructura del sistema de salud:**

Entendida la estructura de los elementos del sistema sanitario, ahora es importante ilustrar los problemas que presenta el esquema segmentado o mixto de los sistemas de salud, con la finalidad de caracterizar ciertos desajustes del Sistema Nacional de Salud en Venezuela, basado en el trabajo de Jaén et al (2006):

- La desarticulación de los sistemas sanitarios.
- La fragmentación del financiamiento y desorganización institucional.
- Deficientes mecanismos de asignación de los recursos
- Elevados gastos en seguros privados lo cual genera exclusión de los sectores más vulnerables.
- La orientación hacia la atención hospitalaria y curativa

Estas propiedades son un engranaje con las características del sistema de salud venezolano, se refieren en definitiva, a que los sistemas públicos no tienen la capacidad de proveer los servicios de salud en su totalidad para una población. Se debe reconocer la importancia del financiamiento público tomando en cuenta el papel que juega la provisión privada de salud, ya que tienen el potencial de desarrollar sistemas y técnicas para maximizar la prestación del servicio al mínimo costo.

González (2008) indica que en Venezuela tanto el sector público como el privado, se caracterizan por una gran debilidad organizacional y baja cooperación entre ellos. No existe una orientación hacia mejorar la prestación del servicio, reflejando la complejidad del mercado de la salud, el cual es un mercado imperfecto, que está caracterizado por una serie de fallas como lo son las externalidades, asimetría de información, incertidumbre, competencia imperfecta. Asimismo, el mercado de salud está caracterizado de la siguiente forma:

- Número limitado de oferentes
- Los hospitales no pretenden hacer negocio
- Mercancías heterogéneas
- Compradores poco informados
- Los pacientes pagan sólo una parte de los costos

En consecuencia, el sistema nacional de salud es un aparato complejo, conformado por una gran variedad de instituciones públicas y privadas que prestan el servicio. Cualquier intervención en el sistema va a tener un efecto en las condiciones de salud de una sociedad, que a pesar de que no están sujetas únicamente a los cambios en el sistema de salud, los mismos se consideran un factor determinante del bienestar de la salud en una población. Es por ello, que es necesario conocer los cambios más significativos que han afectado al sistema nacional de salud venezolano.

### **Funcionamiento del sistema de salud:**

El sistema sanitario está conformado por aquellas instituciones y recursos implicados en la prestación del servicio de salud al individuo. En Venezuela, según Sol, Mendoza y Gotía (2008), la estructura sanitaria está dividida en tres niveles administrativos, nacional, regional y municipal, tienen diferentes funciones normativas, coordinativas y operativas.

- Nivel Nacional o Central. las funciones a este nivel son en su mayoría normativas, la jurisdicción es nacional y la autoridad reguladora máxima es el Ministerio del Poder Popular para la Salud.
  
- Nivel regional o intermedio. A este nivel las principales competencias son de coordinación, abarca una entidad federal y la máxima autoridad es la Dirección Regional de Salud de cada estado.
  
- Nivel municipal o local. Se encarga de ejercer funciones operativas, de ejecución de programas, tienen autoridad sobre las comunidades y su representación máxima es la jefatura del municipio sanitario<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Municipios sanitarios: son unidades técnico administrativas de la Dirección Regional de Salud, y se determinan de acuerdo con zonas geográficas, zonas socioeconómicas o acorde a las necesidades de una comunidad. Tienen como ente de representación instalaciones sanitarias específicas.

Estos diferentes niveles de administración, responden a las necesidades de la sociedad, y en teoría deben trabajar en conjunto bajo los mismos estándares para lograr el efectivo cumplimiento del objetivo de los sistemas de salud, el cual es proporcionar salud y bienestar a la población.

El apartado que sigue a continuación se encarga de analizar las principales políticas gubernamentales que han afectado al sistema de salud, con la finalidad de entender las reformas que desembocan en el sistema de salud actual.

### ***Reformas en el sector salud:***

El sector salud venezolano ha experimentado diversas reformas estructurales, como consecuencia de la insatisfacción en los resultados de la prestación del servicio. Ha pasado por reestructuraciones como la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud en 1987, la Descentralización de los servicios de salud en 1990, la reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en el año 1992, la reforma del Subsistema de Salud de la Seguridad Social en 1998, la creación de Barrio Adentro en 2003 y la Ley del Sistema Público Nacional en el año 2009.

Para efectos de esta investigación, se van a tomar lo que se consideran los momentos claves para comprender el desempeño actual del sector salud en Venezuela, es por ello, que se va a

realizar una descripción de la descentralización de los servicios, el desarrollo del programa Barrio Adentro y la aprobación del Sistema Nacional de Salud.

*Ley del Sistema Nacional de Salud.* En el año 1987 el Congreso Nacional aprueba la Ley del Sistema Nacional de Salud, la cual establece la integración de las instituciones proveedoras de salud en Venezuela, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, actualmente conocido como el Ministerio del Poder Popular para la Salud, el Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IPASME), Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), y otras instituciones. Según González (2006), la implementación de esta Ley fue muy limitada, y no logró su objetivo siendo políticamente inviable y técnicamente complejo por la realidad económica del país. Esto se demuestra con el comienzo del proceso de descentralización un año después de su promulgación.

La Ley del Sistema Nacional sirvió sólo para reestructurar el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y, demuestra que a pesar de haber sido una reforma aprobada con unanimidad, no implica que sea exitosa, ya que si no se adapta a las necesidades del sistema, no va a ser viable.

*Reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).* Esta institución ha pasado por muchos cambios desde los años 80, principalmente, en términos de su financiamiento y organización interna.

*Descentralización de los servicios de salud.* En el año 1989 fue aprobada la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público; esta ley tuvo por objeto (artículo 1 de la Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público):

“Desarrollar los principios constitucionales para promover la descentralización administrativa, delimitar competencias entre el Poder Nacional y los Estados, determinar las funciones de los Gobernadores como agentes del Ejecutivo Nacional, determinar las fuentes de ingresos de los Estados, coordinar los planes anuales de inversión de las Entidades Federales con los que realice el Ejecutivo Nacional en ellas y facilitar la transferencia de la prestación de los servicios del Poder Nacional a los Estados.”

La Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público entró en vigencia en el año 1990, las gobernaciones se convirtieron en órganos receptores de competencias, algunas exclusivas, tales como la administración de los puertos y aeropuertos; y otras concurrentes de competencia de la autoridad nacional, como la prestación de los servicios de salud. El proceso de transferencia de servicios de salud en Venezuela implicó la transferencia de los servicios a los estados de bienes, recursos presupuestarios y humanos vinculados al sector.

En sus primeros años, la transferencia de las competencias a los estados no fue muy fácil, se encontraron diferentes obstáculos estructurales que una vez superados permitieron configurar un sistema de instituciones y proveedores del servicio de salud. Tal es el caso de la salud en el estado Miranda durante la gestión de Enrique Mendoza, 1995-2004, se desarrolló un programa acorde al modelo de descentralización, en el cual se promovía la participación ciudadana en la prestación del servicio de salud, la creación de la Corporación de Salud del estado Mirando para incrementar la eficiencia del servicio en términos presupuestarios. Yaracuy, Carabobo y Zulia fueron estados modelos durante este proceso ya que lograron completar el proceso de reversión de las competencias al poder estatal.

A pesar de los esfuerzos para completar el proceso de descentralización, para comienzos del año 2000 el proceso comenzó a perder importancia, en el sentido de que las políticas gubernamentales nacionales estaban dirigidas a otro tipo de modelo, tal como Barrio Adentro.

Asimismo, es importante destacar que en el estado Miranda, la descentralización fue un proceso que no fue culminado, entre otras cosas por temas económicos y políticos. Ni el gobernador Enrique Mendoza ni el Gobernador Diosdado Cabello culminaron el proceso, lo que desembocó en la reversión de las competencias a nivel de salud que tenía el estado.

*Misión Barrio Adentro.* Las políticas del gobierno de Hugo Chávez tienen una tendencia hacia la cobertura de las necesidades de la población con menores recursos. En la Constitución de 1999 se promulga la salud como un derecho fundamental (Artículo 83).

“La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.”

Barrio adentro es un programa que tiene sus comienzos en el año 2003 y está basado en un modelo de gestión de salud integral, y su principal objetivo es proveer servicios de atención primaria de la salud.

*Reforma de la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencias del Poder Público.* Como se mencionó en el capítulo anterior, esta reforma tiene por objeto devolver al gobierno central algunas competencias exclusivas de los estados, en el caso de la salud, fueron devueltas al gobierno central la administración y recursos de instalaciones sanitarias específicas.

En definitiva, en el marco de las reformas del sistema de salud, las mismas han causado un impacto significativo en la estructura de dicho sistema que, en tiene una repercusión inmediata en el funcionamiento del sistema de atención sanitaria y en los resultados de la salud de la población. Estos resultados se evaluarán posteriormente, en el capítulo cinco.

## **CAPÍTULO CUARTO: MARCO METODOLÓGICO**

Para la elaboración del presente trabajo de grado se inició con una investigación bibliográfica del modelo de análisis inter-temporal de formulación e implementación de políticas públicas propuesto por Spiller, Stein y Tommasi (2003), haciendo especial énfasis en las características que debe tener tanto el proceso de formulación como las políticas públicas en si, para que las mismas sean sostenibles en el tiempo, en base a esta información se elaboró el capítulo primero.

Se complementó dicho capítulo con una investigación documental del proceso de descentralización en Venezuela, iniciado en el año 1989, representando éste el principal cambio institucional en el ambiente político venezolano para el período de estudio de 1992 a 2008. Dicha descripción se condensa en el capítulo segundo.

Finalmente, y para concluir el marco teórico, se elaboró el capítulo tercero en el cual se incluye una descripción y análisis del funcionamiento del Sector Salud en Venezuela, al ser ésta el área particular de enfoque del presente trabajo.

Una vez concluida la investigación bibliográfica, se procedió a buscar la información necesaria para llevar a cabo el análisis inter-temporal del Sector Salud del estado Miranda para el período 1992 a 2008.

Se recopiló data estadística del estado a través del Anuario Estadístico del Instituto Nacional de Estadísticas y de Miranda respectivamente, así como el Anuario de Mortalidad del Ministerio de Salud; haciendo principal énfasis en datos demográficos y datos particulares del sector salud del estado Miranda (Instituciones de salud existentes en el estado, número de camas disponibles, enfermedades tratadas, mortalidad, natalidad, entre otros).

De igual forma, con la ayuda de la Gobernación del Estado Miranda, se localizaron las Memoria y Cuenta del estado Miranda para los años 1992 a 2008, en los cuales se realiza una descripción general, actividades realizadas y estructura organizativa del sector salud en el estado para cada año.

Adicional a esta información, a través de la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRE), de la Biblioteca Nacional y del Consejo Legislativo del estado Miranda se obtuvieron los presupuestos estatales para el período en cuestión, en los cuales se presenta el monto destinado por el estado al Sector Salud para cada año, lo cual permitió elaborar un indicador de la evolución en la asignación porcentual al sector a lo largo del período de estudio.

De igual forma de manera complementaria a través de la página Web y de las oficinas del Consejo Nacional Electoral, se consiguió la información relacionada a los procesos electorales regionales ocurridos entre los años 1992 y 2008 en términos de la elección del Gobernador del estado así como la constitución de la Asamblea Legislativa, actualmente Consejo Legislativo.

De manera complementaria, se realizaron diversas entrevistas a personas que fueron o son actores importantes dentro del Sector Salud, lo cual ayudó a dilucidar ciertos aspectos no regulados por reglamentos o leyes, o de los cuales no existe información documentada. Se entrevistó a las siguientes personas:

**Dr. Gustavo Villasmil:** Director Regional de Salud del Estado Miranda bajo la gestión del gobernador Henrique Capriles Radonski. Concejal del municipio Baruta del estado Miranda (2005-2008). Superintendente Municipal de Salud del municipio Baruta (2000-2004). Médico graduado de la Universidad Central de Venezuela, con especialización en Medicina Interna, y especialización y magíster en Gerencia Pública y Gerencia de servicios de salud. Candidato a Doctor en Ciencias Políticas.

**Dr. Andrés Rodríguez Torres:** Director General de la Corporación de Salud bajo la gestión del gobernador Henrique Capriles Radonski. Médico de salud Pública Jefe III (2005). Adjunto al Director de Salud del estado Miranda (2000-2004). Director de Atención Médica del estado Miranda (1995). Director Regional de Salud Sub-Región Caracas, Región Capital (1982-1984).

Médico Cirujano Universidad Central de Venezuela, con maestría en Salud Pública y Administración de servicios de Salud.

**Dr. Manuel Hernández:** Director adjunto a la Dirección General de la Corporación de Salud bajo la gestión del gobernador Henrique Capriles Radonski. Médico Jefe del Distrito Sanitario N. 2, estado Miranda (2008), Medico Director del Hospital General de los Valles del Tuy (2008), Epidemiólogo Distrital Valles del Tuy (2008). Médico Epidemiólogo del Hospital de los Valles del Tuy (2005-2006). Médico Director del Hospital Victorino Santaella (2002-2005). Director de Epidemiología del estado Miranda (2000-2002). Médico cirujano Universidad Central de Venezuela, con especialización en Epidemiología, Salud Pública, Gerencia de Centros de Salud.

**Gob. Enrique Mendoza:** Gobernador del estado Miranda desde 1996 a 2004. Alcalde del municipio Sucre del estado Miranda desde 1989 a 1995. Candidato a la gobernación del estado nuevamente en el año 2008, sin embargo se vio forzado a retirar su candidatura, tras la inhabilitación política dictada por la Contraloría General de la República. También se desempeñó como Concejal del municipio Sucre, previo a su elección como alcalde de dicha entidad.

**Dr. Héctor Monzón:** Director Regional de Salud bajo la Gestión del gobernador Arnaldo Arocha (1993-1996). Comisionado de Salud de la Gobernación del estado Miranda (1989-1993). Comisionado permanente de la COPRE- Miranda (1991). Director de la Región Capital del Ministerio de Sanidad y Asistencial Social (1981). Profesor universitario de la UCV. Coordinador y corredactor del Programa de Descentralización y Transferencia del sector Salud del estado

Miranda (1994). Médico cirujano de la Universidad Central de Venezuela, con especialización en Obstetricia y Ginecología; Dermato leprología, Medicina Tropical, Salud Pública, Epidemiología y administración de hospitales, Planificación y Programación en Salud.

**Dr. Marino González:** Médico de la Universidad Central de Venezuela. Magíster en Ciencias Políticas y Ph.D. en Políticas Públicas. Profesor Titular de la Universidad Simón Bolívar adscrito al Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas. Coordinador del Área de Políticas Públicas del Postgrado en Ciencia Política de la USB. Investigador de la Unidad de Políticas Públicas de USB-FUNINDES. Ha publicado más de 50 trabajos especializados relacionados con políticas públicas, políticas de salud y políticas sociales. Consultor de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial, BID, CEPAL, FNUAP.

Adicional a la información antes descrita, se realizó una investigación de las diversas leyes relacionadas con el sector: Constitución de la República de Venezuela (1961), Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (1989, 2003 y 2009), Ley Orgánica de Salud, Ley de los Consejos Comunales, Constitución del estado Miranda (1985, 2001 y 2006), Ley Orgánica de los Consejos Legislativos de los Estados (2001), Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública (2002), Ley Orgánica de la Administración pública (2001), Ley Orgánica de Régimen Presupuestario (1999), entre otras.

Con esta información disponible y en base a la metodología propuesta por Spiller, Stein y Tommasi (2003) y siguiendo el plan de acción propuesto en Monaldi, González, Obuchi y Penfold (2006), se siguieron las siguientes etapas para contrastar la hipótesis y alcanzar los objetivos planteados.

### **1. Caracterización del proceso de formulación de políticas públicas:**

Se inició dicha caracterización con la descripción de los principales actores participantes en el sector salud del estado miranda: Gobernador del Estado Miranda, Dirección Regional de Salud, Corporación de Salud del estado Miranda, Ministerio de Salud, Consejo Legislativo (anteriormente Asamblea Legislativa), Barrio Adentro, entes municipales. Se hizo referencia en cada uno de ellos a su estructura, funciones, período de permanencia y volatilidad del funcionario a cargo y posibles interrelaciones entre los distintos actores.

Posteriormente se realizó un análisis del proceso de formulación del presupuesto para el estado miranda, en términos de sus horizontes temporales y los actores participantes. Con un análisis posterior de la evolución presupuestaria del estado Miranda desde dos puntos de vista:

- Porcentaje asignado al sector salud del estado Miranda: Se elaboró un indicador porcentual del porcentaje de gastos presupuestado asignado al sector salud, analizando su evolución en el período de estudio 1992 a 2008.
- Descripción del presupuesto asignado al sector salud por partidas presupuestarias: De acuerdo a la distribución del presupuesto asignado al sector salud se elaboró un cuadro destacando los porcentajes asignado a las partidas de: Gastos de personal, materiales y suministros, servicios no personales, activos reales, Servicio de la deuda pública y disminución de otros pasivos, y transferencias. De acuerdo a dicho análisis se determinó el comportamiento de cada una de las partidas presupuestarias de acuerdo a su volatilidad y comportamiento en el período de estudio.

## **2. Caracterización de las políticas públicas:**

Tras finalizar la descripción del proceso de formulación de políticas públicas de las instituciones políticas que conforman el sector salud, se procedió a analizar las diversas políticas públicas ejecutadas en el estado durante el período 1992 a 2008.

Para esto se inició clasificando la información disponible en las Memorias y Cuentas de la gobernación para cada uno de los años, y se estructuró un cuadro comparativo de los distintos programas realizados.<sup>2</sup>

En base a esta información se procedió a analizar las características de dichas políticas públicas ejecutadas. Se analizó la estabilidad, adaptabilidad, coordinación, coherencia, calidad, entre otras características propias del sector salud del estado, y los lineamientos pautados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

De igual forma se analizaron, los cambios de esquema en el manejo de la salud del estado en el período, particularmente relacionados con los cambios de gobiernos dentro del ente ejecutivo regional, siendo éstas las principales alteraciones en el esquema de políticas públicas del sector salud.

### **3. Análisis de transacciones Inter-temporales:**

En base a la información previa se procedió a hacer el análisis del período, dividiendo el mismo en tres etapas de acuerdo a los principales cambios políticos experimentados por el sector. Igualmente, se procedió a contrastar la hipótesis planteada estableciendo el impacto de las instituciones políticas en el proceso de formulación de políticas públicas, así como el resultado de

---

<sup>2</sup> Se puede observar dicha tabla comparativa en los anexos del presente trabajo de grado.

las mismas, determinando así si existieron o no condiciones de cooperación para alcanzar acuerdos inter-temporales de acuerdo al modelo de Tommasi et al (2003), presentado en el capítulo primero.

## **CAPÍTULO QUINTO: ANÁLISIS DE TRANSACCIONES INTER-TEMPORALES**

### **5.1 Caracterización del proceso de formulación de políticas públicas en el estado Miranda:**

El estado Miranda, recibe por primera vez este nombre en el año 1889, en honor al Generalísimo Francisco de Miranda; con el paso de los años sufrió diversas transformaciones y fusiones hasta conformarse en el año 1909, con la promulgación de la nueva constitución, en el territorio actualmente conocido.

Está conformado por 21 municipios: Acevedo, Andrés Bello, Baruta, Brión, Buroz, Carrizal, Chacao, Cristobal Rojas, Guaicaipuro, El Hatillo, Independencia, Lander, Los Salias, Páez, Paz Castillo, Pedro Gual, Plaza, Simón Bolívar, Sucre, Urdaneta, Zamora; contando cada uno con su respectivo Alcalde y Concejo Municipal.

Al instaurarse la figura del Gobernador, como poder ejecutivo máximo en cada estado, éste era designado por el Poder Ejecutivo Nacional, y posteriormente con el decreto de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias de las Competencias del Poder Público en el año 1989, los mismos comienzan a ser electos por voto universal, directo y secreto.

Para el presente trabajo de grado, se evaluará el funcionamiento del Sector Salud del estado Miranda para el período definido desde el año 1992 a 2008.

***Principales actores del Proceso de Formulación de Políticas públicas del estado Miranda:***

***- Ente Ejecutivo Estatal: Gobernación de Miranda***

- **Gobernador del estado:**

El Poder Ejecutivo del estado Miranda es ejercido por el Gobernador electo, quien tiene la función de administrar y ser representante de la población del estado.

Las atribuciones de los Gobernadores son reguladas por la Constitución de la República y por las Leyes orgánicas correspondientes, como la Ley Orgánica del Poder Público Nacional. En el caso del estado Miranda, se agregan competencias específicas establecidas en la Constitución de dicho estado, la cual ha sido modificada dos veces en el período de estudio, primero en 2001 y luego en el 2006.

El Gobernador representa una figura relevante en el proceso de toma de decisiones. Entre sus principales atribuciones destaca ser el máximo tomador de decisiones en los temas relacionados a la dirección de las políticas que se van a implementar. Asimismo, el Gobernador tiene la potestad de nombrar y remover a los principales participantes de la estructura de la Gobernación como lo son los directores, secretario general, y demás funcionarios. Por último, se encarga de realizar el Proyecto de Ley de Presupuesto de la Gobernación.

De acuerdo a la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 14, el Gobernador del estado es responsable del cumplimiento de la Política Nacional de Salud y de la programación, organización, dirección, ejecución y coordinación de la Organización Pública en Salud del estado.

Asimismo, los Gobernadores tienen las siguientes atribuciones en materia de salud (artículo 15 de la Ley Orgánica de Salud):

1. Elaborar un Plan Estatal de Salud, de conformidad con las políticas del Ministerio de la Salud.
2. Coordinar a nivel local la ejecución de los programas de la organización pública en salud.
3. Organizar el Registro Estatal de la Salud bajo la dirección del Ministerio de la Salud.
4. Evaluar la situación epidemiológica para establecer medidas preventivas, en concordancia con las políticas del Ministerio de Salud.
5. Administrar los establecimientos de atención médica propiedad del estado.

6. Intervenir y reestructurar, sólo a los efectos de la organización y dirección administrativa, los establecimientos públicos de atención médica.
7. Administrar los programas nacionales y locales de asistencia social, correspondientes al estado.
8. Administrar el Fondo Estatal de Asistencia Social para el financiamiento de la salud.
9. Nombrar y remover al Director Regional de Salud, y Director General de la Corporación de Salud del estado Miranda.

El Gobernador juega un papel fundamental en la prestación de servicios de salud en el estado Miranda, ya que las decisiones de representación y planificación del servicio están en sus atribuciones como representante del Ejecutivo Estatal.

Esta autoridad ejecutiva es elegida de forma directa por la población, desde el año 1989. En el cuadro que se presenta a continuación, se pueden observar quienes han sido electos como Gobernadores del estado Miranda y los resultados electorales de cada elección:

Tabla # 2

**Gobernadores Electos del estado Miranda**

Año	Gobernador electo	Partido	Votos (%)
1989	Arnaldo Arocha	Copei	41,36%
1992	Arnaldo Arocha	Copei	62,37%
1995	Enrique Mendoza	Copei	43,91%
1998	Enrique Mendoza	Copei	51,02%
2000	Enrique Mendoza	Copei	64,81%
2004	Diosdado Cabello	Movimiento V República	51,88%
2008	Enrique Capriles	Primero Justicia	52,60%

(Fuente: Consejo Nacional Electoral)

A lo largo de los años, se observa que los cambios más significativos se dieron en las elecciones de 2004, cuando gana un partido de ideología opuesta, Movimiento V República, y desplaza a Copei que llevaba doce años en la Gobernación del estado Miranda. Asimismo, en el año 2008 es electo Henrique Capriles R. como Gobernador del estado Miranda, un candidato de tendencia ideológica totalmente opuesta al gobernador Diosdado Cabello.

De esta manera se observa estabilidad en los gobernadores, al ser todos reelectos para desempeñar dicho cargo, con la única excepción del gobernador Diosdado Cabello. Por otra parte, se evidencia que el Gobernador, es un actor de gran importancia en el proceso de formulación de políticas públicas ya que ostenta un elevado poder político en la dirección del estado. Dicho poder se vio reforzado tras el cambio de Constitución en el año 1999, al retirársele la potestad al Ente Legislativo de improbar al Gobernador. Es por ello que la figura del Ente Ejecutivo es importante tomarla en consideración al emprender esta investigación, ya que en términos del sector salud tiene las atribuciones para tomar decisiones como designar al Director

de Regional de Salud, determinar la parte del presupuesto de la Gobernación que va a ser destinada para el sector, y la dirección de las políticas.

- **Sector Salud del estado Miranda:**
  - **Dirección Regional de Salud:**

La Dirección Regional de Salud es una dirección que forma parte de la estructura organizativa de la Gobernación del Estado Miranda, la cual presta apoyo en materia de salud. Tiene como objetivo fundamental la planificación, dirección, coordinación, control y evaluación de la ejecución de los programas de salud en el estado, además de implementar y hacer seguimiento al cumplimiento de las políticas del Ministerio de Salud y del Ejecutivo Regional, a través de estrategias formuladas por este ente.

Asimismo, está conformada por diversas direcciones o unidades que permiten su correcto funcionamiento. A lo largo de los años esta estructura organizativa ha sido modificada, sin embargo no se observan cambios relevantes.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> En el anexo número II se presenta la evolución de la estructura organizativa de la Dirección Regional de Salud del estado Miranda.

El Director Regional de Salud es el máximo representante de ésta; el mismo tiene como objetivo implementar las políticas del Ministerio de Salud y del Ejecutivo Regional. Así como dirigir y organizar proyectos y programas para fomentar las condiciones necesarias e institucionales para la salud del estado Miranda.

El Director es nombrado por el Gobernador, y se ha mantenido estable a lo largo de los diferentes períodos gubernamentales como se muestra en el cuadro que sigue a continuación:

Tabla # 3

**Directores Regionales de Salud**

Período	Gobernador	Director Regional de Salud
1989-1995	Arnaldo Arocha	Héctor Monzón
1996-2004	Enrique Mendoza	Miguel Mejías
2004-2008	Diosdado Cabello	José G. Alvarado
		Iván Pacheco

(Fuente: Memoria y cuenta Gobernación del Estado Miranda)

Se observa que desde 1989 a 2004, el Director cambió tan sólo dos veces, lo cual puede ser un indicativo de estabilidad y durabilidad de las políticas implementadas en cada período. Sin embargo durante el gobierno de Diosdado Cabello, la figura de Director de Salud fue cambiada dos veces en cuatro años, resultado que puede reflejar la inestabilidad de las políticas implementadas durante este período, este análisis se realizará con mayor detalle posteriormente.

- **Corporación de Salud del estado Miranda:**

La Corporación de Salud fue creada de acuerdo con la Ley de Salud del estado Miranda, en fecha 12 de diciembre de 1997, publicado en Gaceta Oficial extraordinaria s/n, título III, bajo la gestión del gobernador Enrique Mendoza. Es un instituto autónomo<sup>4</sup> con personalidad jurídica y patrimonio propio e independiente del Fisco Nacional, adscrito a la Gobernación del estado Miranda y con domicilio en la ciudad de los Teques, el cual nació con la misión (Memoria y Cuenta de la Gobernación del estado Miranda, 1999) de garantizar la salud a toda la población de Mirandina, proporcionando accesibilidad, equidad, disponibilidad y solidaridad a los servicios con un máximo de bienestar social físico y ambiental.

De esta manera, se convirtió en el ente encargado de administrar los órganos y servicios del sistema de salud regional y, la formulación de planes y programas estatales, tomando en consideración la situación de cada área del municipio, en concordancia con las políticas y normas nacionales de salud.

Posteriormente en el año 2005, la misión de Corposalud, fue ligeramente cambiada, de acuerdo a la Memoria y Cuenta de la Gobernación del Estado Miranda para el año 2005:

---

<sup>4</sup> De acuerdo al artículo 95 de la Ley Orgánica de la Administración Pública *“los Institutos Autónomos son personas jurídicas de derecho público de naturaleza fundacional, creadas por ley nacional, estatal u ordenanza conforme a las disposiciones de esta ley, dotadas de patrimonio propio e independiente de la República, de los estados, de los distritos metropolitanos, y de los municipios, según sea el caso, con las competencias o actividades determinadas en la ley que los cree.”*

“Gerenciar los Lineamientos y políticas estratégicas del sector salud coherentes con la realidad del estado, mediante programas y acciones que fortalezcan la integración y la participación ciudadana en el proceso de transformación del sector salud, para brindar una atención integral, eficaz, oportuna, accesible, gratuita y con calidez humana, mejorando así la calidad de vida de los mirandinos”.

Los recursos con los que cuenta Corposalud corresponden a una transferencia efectuada por el Ejecutivo Regional, lo cual representa una mayor facilidad en el manejo del presupuesto destinado a la salud, ya que por ser una Corporación, las normas correspondientes al manejo presupuestario son más flexibles con respecto a la Gobernación, siendo este el principal beneficio de la creación de dicho ente descentralizado. Asimismo, trabaja de forma coordinada con la Dirección General de Salud (o Dirección del Sistema Regional de Salud), siendo ésta última una dirección dentro de la estructura organizativa del Ejecutivo Regional.

Desde su creación, la Corporación de Salud del estado Miranda, ha sufrido diversas transformaciones en su estructura organizativa, en función de las exigencias de la realidad nacional, así como los lineamientos impartidos por el gobierno nacional en los temas de salud.<sup>5</sup> A pesar de esto se ha mantenido la importancia de dos figuras en particular: El Consejo Directivo o Directorio, y el Director General o Presidente de la Corporación.

Las personas que ocupan los cargos directivos dentro de Corposalud son elegidos directamente

---

<sup>5</sup> En el Anexo III se presenta la evolución de la estructura organizativa de Corposalud.

por el Gobernador del estado Miranda y son cargos de libre remoción a juicio del Ejecutivo Estadal.

La máxima autoridad que representa a Corposalud es la misma persona que quien cumple el cargo de Director Regional del Sistema Nacional de Salud, el cual es elegido por el Gobernador. En la tabla # 3 presentada en el apartado anterior se presentan los funcionarios que desempeñaron dichos cargos.

Se observa claramente una mayor volatilidad durante la gestión del gobernador Diosdado Cabello, debido a la decisión de cambiar al funcionario a cargo del sistema de salud del estado, mientras que en las gestiones anteriores el cargo fue ocupado por una misma persona por un tiempo prolongado.

Actualmente bajo la Gestión del gobernador Henrique Capriles Radonski, dichos cargos son ejercidos por personas distintas: Dr. Andrés Rodríguez Torres como Director General de Corposalud, mientras que el Dr. Gustavo Villasmil ocupa el cargo de Director Regional de Salud. Luego de la entrevista sostenida con ambos funcionarios, se evidenció que el funcionamiento de ambos no es independiente y que la formulación, diseño y ejecución de los planes de salud es y ha sido siempre tomada en conjunto entre la Dirección Regional de Salud y la Corporación de Salud del estado Miranda, en concordancia con las políticas planteadas por el Ministerio de Salud.

En definitiva, el sistema de salud del estado Miranda, como se presentó anteriormente contempla dos actores principales: Dirección Regional de Salud y Corposalud. Ambos entes trabajan de manera coordinada en la planificación e implementación de políticas de salud; lo que los distingue es la facilidad en el manejo de los recursos de Corposalud, al ser un ente descentralizado, a diferencia de la Dirección Regional de salud que se apega a la rigidez del presupuesto regional, debido a la complejidad de las normas establecidas para el manejo de dichos recursos.

A pesar de que los representantes de estas estructuras tienen potestades dentro del Sector Salud del estado, están sujetos a la dirección política fijada por el Gobernador, de igual forma su permanencia en el cargo depende de éste, disminuyendo así su autoridad definitiva.

**- Ente Legislativo Estadal:**

El Ente Legislativo Estadal estaba originalmente representado por las Asambleas Legislativas Estadales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19 de la Constitución de la República de Venezuela del año 1961. El estado Miranda de acuerdo a la Ley Orgánica de Sufragio (1993) contaba con 23 diputados<sup>6</sup> en la Asamblea Legislativa, los cuales -de acuerdo al artículo 14- se

---

<sup>6</sup> El número de diputados a la Asamblea Legislativa era 23 diputados de acuerdo a la Ley Orgánica del Sufragio del año 1993 en su artículo 4, de acuerdo a la población del estado.

escogían dividiéndose el número total de diputados a elegir entre 2, el número entero o menor más próximo al resultado serían electos de forma nominal, y el resto por lista, de acuerdo al principio de representación proporcional. Antes de la elección directa de los Gobernadores, la elección presidencial, Senadores, Diputados al Congreso Nacional, Diputados a la Asamblea Legislativa y Concejos Municipales se realizaban conjuntamente, de forma que el período de dichos cargos era de 5 años tal como lo indicaba la constitución (Artículo 91 Ley Orgánica del Sufragio 1977 y reformas posteriores). Bajo este lapso de tiempo se llevan a cabo las elecciones del año 1988 y 1993.

Posterior al establecimiento de la elección directa de Gobernadores en el año 1989, se reforma nuevamente la Ley Orgánica del Sufragio en el año 1993, en la cual en su artículo 91 establece que las elecciones de Diputados a la Asamblea Legislativa y Gobernadores se realizará conjuntamente. De esta forma las siguientes elecciones se llevarán a cabo en el año 1995 (reduciendo el período de los diputados electos en el año 1993 a únicamente 2 años) de forma conjunta, y estableciéndose a partir de ese momento un período constitucional de 3 años para ambos cargos.

Las Asambleas legislativas fueron eliminadas por la Constitución del año 1999, y el Poder Legislativo Estatal pasó a ser representado por los Consejos Legislativos Estadales.

El Consejo Legislativo del estado Miranda está conformado por 15 diputados, electos para un período de 4 años pudiendo ser reelegidos por dos períodos consecutivos como máximo, 6 por

medio de voto lista y 9 por medio de voto uninominal. El funcionamiento del Consejo Legislativo es regido por la Ley Orgánica de los Consejos Legislativos de los Estados decretada en el año 2001.

En el cuadro presentado a continuación se muestran las principales atribuciones de los diputados en la Asamblea Legislativa y el Consejo Legislativo respectivamente:

Tabla # 4

**Atribuciones del Ente Legislativo Estatal**

<b>Asamblea Legislativa Estatal</b>	<b>Consejo Legislativo Estatal</b>
<b>Constitución de la República de Venezuela 1961</b>	<b>Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Legislar sobre las materias de la competencia estatal</li> <li>2. Aprobar o improbar anualmente la gestión del gobernador, en la sesión especial que al efecto se convoque</li> <li>3. Sancionar la Ley de Presupuesto del Estado. El total de gastos autorizados por la ley de presupuesto no podrá exceder en ningún caso de la estimación de los ingresos del respectivo período hecha por el gobernador en el proyecto presentado a la Asamblea Legislativa.</li> <li>4. Demás atribuciones conferidas por la Ley.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Legislar sobre las materias de la competencia estatal.</li> <li>2. Sancionar la Ley de Presupuesto del Estado.</li> <li>3. Las demás que establezcan la Constitución y la Ley.</li> </ol>

Se evidencia en el cuadro presentado anteriormente que el paso de Asamblea Legislativa a Consejo Legislativo tuvo un cambio fundamental, representado por la capacidad de los Diputados

Regionales de improbar la gestión del Gobernador y destituir al mismo; bajo la nueva constitución de 1999, el Gobernador del estado puede ser retirado de su cargo por medio de un Referendo revocatorio, retirándole así poder político al Ente Legislativo.

La participación del Ente Legislativo en el sector salud es de gran importancia, pues son quienes aprueban o no el presupuesto estatal, el cual conforma la columna vertebral de la gestión en cada año, de manera que representan un actor fundamental en el proceso de formulación de las políticas públicas, así como en su implementación.

Tabla # 5

**Resultados Electorales: Ente Legislativo Estatal**

	ASAMBLEA LEGISLATIVA						CONSEJO LEGISLATIVO					
	1993		1995		1998		2000		2004		2008	
	Alianza	Cargos	Alianza	Cargos	Alianza	Cargos	Alianza	Cargos	Alianza	Cargos	Alianza	Cargos
<b>Voto Lista</b>	CONVERGENCIA	4	AD	5	MVR	5	MVR	2	MVR, PPT, PCV	5	PSUV, PCV, P	3
	AD	3	LCR	4	AD	2	E MIRANDA, MPJ, COPEI	4	COPEI, GENACVEN	1	UNPARVE	3
	COPEI	3	CONVERGENCIA, MAS, URD	4	MAS	2						
	MAS	1			PRVZL	2						
					PPT	1						
<b>Voto Nominal</b>	LCR	8	COPEI, ETC	11	COPEI	10	MVR	3	PODEMOS	4	UNT, MPJ, CO	5
	COPEI	3	AD	1	PRVZL	1	COPEI	1	MPJ, COPEI, ETC	5	UVE	4
	AD	1					MPJ	3				
						E MIRANDA	2					
<b>TOTAL</b>		<b>23</b>		<b>25</b>		<b>23</b>		<b>15</b>		<b>15</b>		<b>15</b>
<b>PARTIDO DE GOBIERNO REGIONAL</b>		<b>COPEI</b>		<b>COPEI</b>		<b>COPEI</b>		<b>COPEI</b>		<b>MVR / PSUV</b>		<b>PRIMERO JUSTICIA</b>

Fuente: Dirección de Estadísticas Regionales. Consejo Nacional Electoral.

En el cuadro presentado anteriormente se muestran los resultados electorales en cada año de los Diputados electos para constituir la Asamblea Legislativa y posteriormente el Consejo Legislativo.

Durante el período de existencia de la Asamblea Legislativa, Copei ostentaba el gobierno regional y de igual forma dentro del órgano legislativo ocupaba varios curules, siendo particularmente importante el caso de las elecciones de 1995 y 1998 donde Copei obtuvo el mayor número de puestos. En el año 1995, Copei obtuvo 11 cargos de forma uninominal, por lo cual de acuerdo a la Ley Orgánica del Sufragio fue necesario elegir 2 cargos adicionales de forma proporcional pues Copei ganó más circuitos que cocientes. De esta manera parece evidente que el gobierno regional manejado por Copei era ampliamente sustentado por su mayoría relativa también dentro de la Asamblea Legislativa.

Ya en el año 1998, aparecen los partidos que apoyan al Presidente Hugo Chávez los cuales también obtiene una representación no despreciable dentro de dicho órgano legislativo ( MVR 5 cargos, PPT 1 cargo y MAS 2 cargos para un total de 8 cargos).

Tras el cambio de Constitución en el año 1999 y la instalación de los nuevos Consejos Legislativos, en las elecciones siguientes el panorama se alterará levemente, creándose siempre dos alianzas bastante marcadas: Partidos Oficialistas y Partidos de Oposición al gobierno Nacional. De esta manera en las elecciones del año 2000, donde el gobernador Mendoza del Partido Copei resulta victorioso, la situación dentro del Consejo Legislativo es similar, existiendo 10 cargos de tendencia opositara (al Gobierno nacional) y tan solo 5 de tendencia oficialistas.

La situación se revierte en las elecciones siguientes del año 2004, donde resulta electo el gobernador Diosdado Cabello de tendencia oficialista apoyado por el MVR, y la conformación del

Consejo Legislativo es similar existiendo 9 representantes de la tendencia oficialista (Para dichas elecciones el partido PODEMOS aún apoyaba la tendencia oficialista), y únicamente 6 de tendencia opositora.

Nuevamente en el año 2008 el escenario varía, resultando electo el gobernador Henrique Capriles del partido Primero Justicia (de tendencia opositora al gobierno nacional) e igualmente la constitución del Consejo Legislativo es dominada por la tendencia opositora con 8 cargos en contra de los 7 cargos obtenidos por el frente oficialista.

El Ente Legislativo del estado en conjunto con el Ejecutivo Regional, representa el único espacio oficial de negociación, donde el principal elemento a ser discutido es el presupuesto para el ejercicio fiscal siguiente, el cual puede ser aprobado o rechazado por los Diputados, otorgándoles control sobre la gestión del Gobernador.

La Asamblea Legislativa del estado, poseía mayor poder que el actual Consejo Legislativo, tras la eliminación en el año 1999 de la potestad de improbar la gestión del gobernador; por otra parte la disminución del número de Diputados a elegir según la nueva Constitución implicó una disminución en la complejidad de las negociaciones internas.

- **Entes Nacionales:**

- **Ministerio de Salud:**

El Ministerio de Salud, como fue descrito en el capítulo tercero, representa la máxima instancia a nivel nacional en temática de salud. Previo al proceso de descentralización iniciado en el año 1989, era el encargado de prestar servicios de salud públicos en todo el territorio nacional. Con el inicio de la transferencia de competencias a las distintas instancias estatales y municipales el Ministerio de Salud continúa teniendo un papel representativo en ciertas áreas, como lo son el trato de enfermedades de mayor riesgo, así como garantizar la prestación de servicios asistenciales a nivel nacional.

El máximo representante es el Ministro de Salud, el cual pertenece al Gabinete ministerial del Ejecutivo Nacional. Es un cargo de libre remoción escogido por el Presidente de la República, lo cual le asigna una alta volatilidad al cargo, pues antes cualquier cambio bien sea de Presidente o de las decisiones de éste, el Ministro puede ser cambiado sin ninguna limitación.

El Ministerio de Salud debe presentar sus estimaciones de egresos al ejecutivo nacional para ser entregadas a la Asamblea Nacional (Anteriormente Congreso Nacional), para que sea sancionada la Ley de Presupuesto Nacional. En dichas proyecciones de egreso, el Ministerio

debe indicar todos los programas y proyectos en que quiere incursionar en el año fiscal siguiente de acuerdo a los lineamientos específicos del Plan Operativo de la Nación.

La relación entre el Ministerio de Salud y el Sistema de Salud del estado Miranda reside en que ambos deben coexistir en sus funciones en la jurisdicción indicada, de igual forma en algunos casos tras el paso de las competencias, el Ministerio de Salud es aún el encargado de correr con los gastos de personal y otras obligaciones adquiridas previamente.

En el pasado mes de diciembre de 2008, todos los ambulatorios, hospitales y demás estructuras del sistema de salud del estado Miranda, fueron retomadas por el Ministerio para ser éste el encargado de su administración.

De esta forma el Ministerio de salud es un actor con un elevado poder al definir los lineamientos para la formulación de políticas en todo el territorio nacional, sin embargo, tras la transferencia de las competencias de salud al Ejecutivo Regional, su poder se vio mermado al no poder escoger al representante máximo dentro del ejecutivo regional en materia de salud.

- **Barrio Adentro:**

En el marco de las Misiones de asistencia social impulsadas por el Gobierno Nacional desde el

año 2003, Barrio Adentro fue desarrollado en abril de 2003 para cubrir ciertas necesidades en el área de salud, primordialmente aquellas relacionadas con atención médica básica. Tal como se describió en el capítulo tercero, las Misiones están directamente adscritas al Ejecutivo Nacional y su fuente primordial de financiamiento es PDVSA. Barrio adentro representa así un sistema paralelo a la estructura tradicional de salud en el país.

**- Entes Municipales:**

Una vez iniciado el proceso de descentralización, algunos municipios realizaron de igual forma la solicitud de transferencia de las competencias en materia de salud. En el caso del estado Miranda, de los 21 municipios son pocos los que manejan dichas competencias, estos son: Baruta, Chacao, Sucre, El Hatillo, Los Salias y Carrizales. Cada uno de estos Municipios han establecidos servicios asistenciales primarios, en ambulatorios y servicio de ambulancias.

La salud municipal es dirigida por el Superintendente de Salud o el Director de salud el cual es designado por el Ejecutivo Municipal como parte de su gabinete de gobierno, siendo este de libre remoción.

***Formulación de la Ley de Presupuesto del estado Miranda:***

La formulación del presupuesto estatal es regida por la Ley Orgánica de Régimen Presupuestario, el cual a su vez rige la formulación del presupuesto en las demás instancias del poder público, incluidos los Institutos Autónomos. De acuerdo con esta ley todos los organismos del poder público deben consignar un presupuesto que contenga el monto de ingresos y gastos. El proceso de formulación del presupuesto estatal se asemeja al que debe seguir el Poder Nacional, trasladándose a las instancias estatales correspondientes.

Cada dirección, institutos autónomos y demás entes adscritos a la gobernación, deben entregar la proyección de sus estructuras de gastos para el año fiscal siguiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Despacho del Gobernador y el plan operativo, dichas proyecciones serán agrupadas por la Dirección de Planificación y Presupuesto, la cual conformará el Proyecto de Ley de Presupuesto Estatal correspondiente, que debe ser entregado antes del día 2 de octubre por el Gobernador del estado al Consejo Legislativo, ente encargado de sancionar el Presupuesto estatal.

El Consejo Legislativo (anteriormente Asamblea Legislativa) debe revisar y sancionar la Ley de Presupuesto estatal antes del día 30 de noviembre del año en curso, de no ser posible se procederá a reconducir el presupuesto en ejecución, realizando las modificaciones correspondientes tanto en el ramo de ingresos como de gasto. De no alcanzarse un acuerdo

antes del día 31 de marzo del año siguiente, se continuará utilizando el presupuesto reconducido.

Tras ser sancionado el nuevo presupuesto por el Consejo Legislativo, este debe ser publicado en la Gaceta Oficial del Estado.

De esta manera se evidencia la labor fundamental que desempeñan los distintos actores antes mencionados, pues cada uno de ellos cumple una función en el proceso de elaboración del presupuesto, el cual representa el elemento fundamental de formulación de políticas públicas.

El Gobernador del estado fijará los lineamientos en el área de salud que espera alcanzar durante su gestión, bajo lo cual la Dirección Regional del Sistema de Salud y la Corporación de Salud del estado Miranda formularán la proyección de gastos que requieren para cumplir los objetivos establecidos por cada uno. Posteriormente la Dirección de planificación y presupuesto tomará las decisiones correspondientes para ajustar el presupuesto de gasto con el monto de ingreso estimado para el año fiscal.

Finalmente, el Consejo Legislativo (o anteriormente Asamblea Legislativa) revisará y sancionará la Ley de Presupuesto Estadal, culminando así una etapa del proceso de formulación de políticas públicas.

**- Análisis presupuestario del Estado Miranda para el período 1992-2008:**

A lo largo del período de estudio, el porcentaje del total de gasto asignado al sector salud (Fondos otorgados a la Dirección Regional de Salud y transferencia a la Corporación de Salud del Estado Miranda) ha variado, esto se evidencia claramente en la tabla presentada a continuación:

Tabla # 6

**Asignación presupuestaria al Sector Salud en el estado Miranda**

(Unidades expresadas en BsF)

<b>Año</b>	<b>Presupuesto Total de Gasto por Ley de Presupuesto</b>	<b>Asignación a Sector Salud por Ley de presupuesto</b>	<b>Indicador</b>
1992	10.987.156	1.183.466	10,77%
1993	14.071.946	1.516.383	10,78%
1994	21.287.911	1.923.508	9,04%
1995	33.369.864	2.523.054	7,56%
1996	46.676.504	3.942.475	8,45%
1997	113.781.437	8.291.289	7,29%
1998	195.854.983	11.853.000	6,05%
1999	241.233.941	11.851.440	4,91%
2000	293.910.445	47.636.203	16,21%
2001	360.547.449	55.676.477	15,44%
2002	374.203.394	63.178.014	16,88%
2003	569.584.129	84.808.590	14,89%
2004	700.925.162	83.270.974	11,88%
2005	855.928.395	128.644.796	15,03%
2006	1.324.273.179	210.529.597	15,90%
2007	1.649.629.715	305.832.160	18,54%
2008	2.115.177.257	306.591.451	14,49%

Fuente: Leyes de Presupuesto del estado Miranda 1992-2008

En la tabla anterior, se observa como ha variado el porcentaje asignado al Sector Salud, disminuyendo considerablemente entre los años 1994 y 1999, para luego aumentar significativamente a partir del año 2000.

El porcentaje que se asigna a cada sector responde a un proceso de negociación que se lleva a cabo entre las distintas direcciones, el despacho del Gobernador y en última instancia el Consejo Legislativo, de forma que el Director de Salud, y posteriormente junto al Director General de Corposalud, deben persuadir a los actores correspondientes de que los fondos que solicitan son realmente necesarios y tienen justificación.

Sin embargo, es importante recordar que luego del proceso de descentralización, existe un monto establecido en el Presupuesto Nacional del Ministerio de Salud que es transferido a la Gobernación de cada estado, que debe ser dedicado únicamente a Salud, de esta forma el porcentaje de presupuesto dedicado al sector salud debe ser descompuesto en dos: aquel monto proveniente del Ministerio de Salud y el monto adicional asignado por la Gobernación. Es este monto adicional el que efectivamente se discute en el proceso de formulación del presupuesto, pues el monto asignado por el Ministerio debe ser obligatoriamente dedicado a salud.

En la tabla # 7 se presenta dicha descomposición para el período 2000 a 2008. Se observa claramente que el mayor porcentaje siempre es aportado por el Ministerio de Salud, y el mismo ha variado considerablemente en el período descrito. Por su parte la asignación por parte de la

gobernación de Miranda ha variado considerablemente representando en la mayoría de los años cerca de la mitad del monto aportado por el Ministerio.

Tabla # 7

**Descomposición de la Asignación Presupuestaria al Sector Salud (2000-2008)**

Año	Asignación por parte del Ministerio	Asignación por parte de la Gobernación	Total del presupuesto de gasto asignado a Salud
2000	10,93%	5,28%	16,21%
2001	11,47%	3,97%	15,44%
2002	14,32%	2,57%	16,88%
2003	10,00%	4,89%	14,89%
2004	8,81%	3,07%	11,88%
2005	10,08%	4,95%	15,03%
2006	7,39%	8,50%	15,90%
2007	10,12%	8,42%	18,54%
2008	8,59%	5,91%	14,49%

Fuente: Ley de Presupuesto Nacional y Estatal. Cálculos Propios

Un elemento fundamental en la administración pública en todos sus niveles, es la elevada participación que tienen los gastos de personal en el monto total de gasto de cualquier organismo. El caso del Sector Salud del estado Miranda, no es distinto al resto de la administración pública, en base a información obtenida de la Ley de Presupuesto del Estado Miranda, se presenta en el cuadro a continuación el Resumen de Créditos Presupuestarios del Sector Salud por partidas.

Tabla # 8

**Resumen de créditos presupuestarios por partida**

Partida	401 Gastos de Personal	402 Materiales y Suministros	403 Servicios no Personales	404 Activos Reales	406 Serv de la deuda pública y disminución de otros pasivos	407 Transferencias	Total
1992	37,19%	51,96%	-	10,79%	-	0,07%	100,00%
1993	35,27%	55,15%	0,69%	8,12%	-	0,77%	100,00%
1994	40,00%	40,82%	10,48%	8,53%	-	0,18%	100,00%
1995	53,16%	28,52%	9,63%	8,46%	-	0,23%	100,00%
1996	51,25%	29,21%	11,07%	8,30%	-	0,18%	100,00%
1997	-	-	-	15,17%	-	84,83%	100,00%
1998	54,84%	9,63%	2,11%	14,02%	-	19,40%	100,00%
1999	54,33%	0,69%	0,82%	0,00%	-	44,15%	100,00%
2000	64,45%	18,63%	6,78%	3,51%	-	6,64%	100,00%
2001	69,55%	13,72%	5,60%	0,66%	-	10,47%	100,00%
2002	68,98%	13,78%	7,08%	1,66%	1,48%	7,03%	100,00%
2003	63,67%	0,24%	0,39%	-	-	35,70%	100,00%
2004	71,60%	0,20%	0,33%	-	-	27,87%	100,00%
2005	64,19%	0,17%	0,30%	-	-	35,33%	100,00%
2006	61,42%	5,78%	5,18%	0,24%	-	27,38%	100,00%
2007	61,37%	0,36%	0,53%	0,03%	-	37,71%	100,00%
2008	61,22%	0,36%	0,53%	0,03%	-	37,86%	100,00%

Fuente: Ley de Presupuesto Estatal 1992-2008, cálculos propios

Se evidencia claramente el peso relativo que tienen los gastos de personal (Partida 401) sobre el total asignado al sector, representando en la mayoría de los años más del 50% e incluso el 60% del gasto total del sector. Esto se debe principalmente a los elevados costos asociados al manejo de personal (Utilidades, Bonos, Prestaciones, etc.) así como el gran número de empleados que suele tener el sector público en todas sus escalas.

Otro elemento a considerar es el aumento considerable que presenta la partida 407 (transferencias) a partir del año 1997, lo cual responde a la creación de la Corporación de Salud del Estado Miranda, la cual al ser un Instituto Autónomo recibe una cierta cantidad de fondos por

parte de la Gobernación, los cuales administra a su propio criterio de acuerdo a los planes presentados al momento de formular el presupuesto para el año.

Las demás partidas que conforman el presupuesto no presentan un comportamiento tan estable como las dos partidas mencionadas anteriormente, el porcentaje asignado ha ido disminuyendo; estos valores responden directamente a los programas elaborados en cada año, de forma que representarían una partida de costos variables, a diferencia de los Gastos de Personal y Transferencias cuyo comportamiento es aquel de costo fijo.

En este apartado 5.1 se realizó un análisis de los distintos factores del Proceso de Formulación de Políticas Públicas del Sector Salud del estado Miranda, evidenciándose la participación de diversos actores los cuales han aumentado a lo largo del período con la inclusión de nuevos actores en los últimos años, tal como lo es el caso de Barrio Adentro, el Consejo Local de Planificación, entre otros, así como la variación de algunos actores ya existentes, como lo es el cambio de Asamblea Legislativa a Consejo Legislativo en la Constitución de 1999.

De esta forma el Gobernador del estado ostenta un gran poder político al definir las líneas políticas a seguir en la formulación del presupuesto, el cual se ve complementado por las propuestas realizadas por la Dirección Regional de salud y Corposalud quienes tienen menor poder e influencia en el sector al depender directamente de las decisiones del Ejecutivo Regional.

El Ente legislativo por su parte, posee un gran poder, al poder aprobar o rechazar el presupuesto presentado por el ejecutivo regional, sin embargo, sus atribuciones se vieron disminuidas con la nueva Constitución de 1999, al eliminarse la capacidad de improbar la gestión del gobernador, aumentando a su vez el poder político del Gobernador (al dificultarse la remoción del mismo).

La Corporación de Salud del estado Miranda, como ente descentralizado, representa una buena tecnología de delegación, sin embargo dicho proceso no se ha completado a cabalidad, pues sus funciones se encuentran estrechamente ligadas a las de la Dirección Regional de Salud, lo cual es principalmente evidenciado por el funcionario a cargo de ambos puestos.

La principal arena del proceso de formulación de políticas públicas del Sector Salud del estado Miranda es la negociación del presupuesto estatal, en ésta interactúan el Ejecutivo Regional y el Ente Legislativo Regional. Las características que ha presentado dicho proceso a lo largo del período 1992 a 2008, evidencian claramente una alineación política de ambos actores, puesto que la tendencia mayoritaria de los diputados de la Asamblea Legislativa (actualmente Consejo Legislativo) es favorable al Gobernador del estado, lo cual se ve incentivado por la estructura electoral, bajo la cual las elecciones del Ente Ejecutivo y Legislativo regional son simultáneas.

## 5.2 Caracterización de las Políticas Públicas:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los programas orientados a mejorar la salud de las poblaciones son de tres tipos: los primeros enfocados a la determinación de la estructura técnica del sistema sanitario, los segundos a contribuir con la eficacia en el mejoramiento de la salud y los terceros a incentivar la participación de sectores. A lo largo de esta sección se realiza una descripción general de los proyectos y políticas que se han implementado en el estado Miranda durante el período de estudio<sup>7</sup>, haciendo referencia a la clasificación de los tipos de políticas planteadas por la OMS.

**Políticas orientadas a determinar la estructura técnica del sistema sanitario.** Este conjunto de políticas públicas están determinadas por las necesidades básicas de los sistemas sanitarios, los cuales abarcan lo relacionado a los medicamentos, instalaciones, tecnología, calidad, recursos humanos, suministros, logística y demás actividades relativas al funcionamiento técnico de un sistema sanitario.

**Políticas enfocadas a incrementar la eficacia en el mejoramiento de la salud.** Políticas de salud pública que se aboquen a la eficacia a través de programas de orientación, formación, contraloría sanitaria, prevención y promoción de la salud para enfrentar los problemas prioritarios

---

<sup>7</sup> En el anexo se pueden observar con más detalles los programas y actividades realizadas en el estado Miranda durante 1992 a 2008, de acuerdo a los Memoria y Cuenta del estado Miranda.

de la población. Asimismo, deben estar destinados a capacitar al sistema sanitario ante cambios repentinos en las necesidades de una comunidad.

**Políticas que incentiven la participación de sectores indirectos.** Finalmente, deben existir un conjunto de políticas que la Organización Mundial de la Salud denomina como "*la salud en todas las políticas*", que persiguen mejorar la salud de una sociedad a través de medios indirectos, que se manejan a través de otros sectores de un país, tales como el sistema educativo, laboral, empresarial y demás actividades cotidianas.

Las políticas anteriores se han ejecutado en el estado Miranda a lo largo del período de estudio, con diferentes aproximaciones que dependen del gobierno del momento, atendiendo las necesidades persistentes de la población.

#### ***Cambios de esquema en el manejo de la Salud:***

Observando los programas llevados a cabo por la Gobernación a lo largo del período, no se evidencia un cambio considerable en los mismos, lo cual responde básicamente a que las enfermedades básicas que aquejan a la población Mirandina no han cambiado, siendo necesaria la preservación de ciertos programas a lo largo de los años.

Se puede mencionar así la conservación de programas de enfermedades crónicas (Cardiovasculares, Tuberculosis, Asma, etc.), control epidemiológico y nutricional dentro del esquema de cada gestión.

Sin embargo, aún cuando se buscaban solventar las mismas enfermedades, el enfoque desde el cual se prestaban dichos servicios varió a lo largo de los años, se presenta de esta manera a continuación un análisis de los diversos enfoques existentes:

- **Descentralización de la Salud Mirandina (Período Arnaldo Arocha 1992-1995):**

Tras la publicación de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencias de competencias en el año 1989, las distintas instancias de poder regional podían solicitar al ejecutivo nacional la transferencia de competencia para que la administración de las mismas pasase a manos de las autoridades regionales o municipales.<sup>8</sup>

Es así como en el año 1993, bajo la gestión del gobernador Arnaldo Arocha, impulsado por el Director de Salud del estado Miranda, el Doctor Héctor Monzón, se inicia el proceso de

---

<sup>8</sup> En el capítulo Segundo del presente trabajo de grado se presentó mayor información acerca del proceso de descentralización política en Venezuela.

descentralización en materia de salud para el estado, conjuntamente a los estados de Aragua, Bolívar, Anzoátegui y Carabobo.

En la entrevista realizada el día 12 de septiembre de 2009, en Higuero, el Doctor Monzón, Ex-Director Regional de salud del Estado Miranda, compartió su experiencia al liderar dicho proceso dentro del estado. De acuerdo, a la información suministrada el proceso involucraba la participación de las direcciones de Planificación, Recursos Humanos, Administración y Presupuesto, y en el caso específico de la competencia de salud, la Dirección de Salud de la Gobernación del Estado Miranda. Los cuales debían interactuar con el Ministerio de Relaciones Interiores, específicamente con la Oficina de Planificación y transferencia de competencias, así como con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, a través del Viceministro.

De la interacción de estos actores, debía presentarse finalmente al Congreso Nacional un proyecto que incluía la siguiente información:

- Inventario de Recursos Humanos: Todo el personal humano adscrito a servicios de salud en la jurisdicción del estado, así como los pasivos asociados a los mismos.
- Inventario de Bienes Muebles e Inmuebles: Las distintas infraestructuras y equipos con los que contase el sistema de salud instalado en la región.
- Política de Salud: Debía especificarse cual sería el plan a seguir en materia de salud dentro del estado.

En este sentido la Gobernación del estado Miranda haría la solicitud de transferencia de competencia del sector salud, el cual debía ser sancionado por el Congreso Nacional, pudiendo las instancias regionales solicitar la transferencia parcial o total de las competencias específicas.

Tal como lo cuenta el Doctor Monzón, tras un largo proceso de estudio, particularmente de otros sistemas de salud (como lo fue el caso del sistema de Autonomías de España) la gobernación presenta en el año 1995, la solicitud de transferencia total de la competencia de salud a manos de la Gobernación, la cual es finalmente sancionada por el Congreso Nacional y pasa así el estado Miranda a administrar directamente sus servicios de salud.

En este proceso, de acuerdo a lo expuesto en el capítulo segundo, el Ejecutivo Regional realiza la solicitud de la transferencia de las competencias concurrentes, y en conjunto con las diversas instancias de Gobierno regional se formula el proyecto de transferencia a ser presentado ante el órgano legislativo nacional. En el caso de la negociación política para la transferencia del Sector Salud del estado Miranda, dicha discusión se vio marcada por una desconfianza por parte del Gobierno Nacional, al considerar al estado Miranda como autosuficiente, generando severas dudas en los tomadores de decisiones.

Se puede observar claramente, que en materia de salud en el período de gobierno del Doctor Arnaldo Arocha, que va desde el año 1992 a 1995 (siendo éste su segundo período como Gobernador electo de dicha entidad), gran parte del tiempo fue dedicado a la planificación y preparación del proyecto de descentralización del sistema de salud. De esta manera los

proyectos y programas de salud que fueron llevados a cabo durante dicho período aún respondían al mandato directo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

- **Modelo de Ambulatorios Cogestionados (Período Enrique Mendoza 1996-2004):**

De esta manera al tomar posesión en el año 1996, el nuevo gobernador Enrique Mendoza, también de la tolda política del partido Copei, recibe un sistema de salud ya descentralizado, el cual de acuerdo a sus palabras en la entrevista realizada el día 10 de julio de 2009, era realmente una mezcla entre el Ministerio de Salud y la Gobernación, por temas que estaban pendientes por resolver, tal como pasivos laborales y el gran número de personas del ministerio que aún trabajaban en el estado.

El gobernador Mendoza, cuenta que durante su proceso de campaña a lo largo del estado Miranda, observó una completa actitud de desidia en los distintos ambulatorios y hospitales del país, y propone así el Programa de Ambulatorios Cogestionados, el cual consistía en la participación directa del ciudadano en la administración y gestión de los establecimientos de salud del estado. De esta manera, se entregaba a distintas asociaciones civiles el manejo de los ambulatorios.

Se presenta así un nuevo esquema en el manejo de la salud dentro del estado, el cual contaba con la participación directa de las distintas comunidades, involucrándolas en el día a día de cada uno de los establecimientos de salud.

Sin embargo, el gobernador Enrique Mendoza asegura que el proceso no fue fácil, en primer lugar porque el tema de la salud no tiene tanta resonancia dentro de las comunidades como lo tienes otras problemáticas como las cloacas, la construcción de viviendas, etc., de forma que fue necesario concientizar a la población del estado en la importancia de prestar atención al manejo de la salud pública, lo cual ralentizó fuertemente el proceso de traspaso.

Por otra parte, el segundo problema que enfrenta este modelo de cogestión, son los propios médicos que deben laborar dentro de dichos establecimientos de salud, los cuales afirma Enrique Mendoza, en muchos casos no se sienten cómodos teniendo que tomar decisiones administrativas con miembros de la comunidades que bien pueden ser amas de casa, albañiles o carpinteros.

Estos dos problemas, fueron los que detuvieron en gran medida la aceleración de este modelo, que sin embargo, asegura el gobernador tenía excelentes resultados pues una vez la comunidad tomaba la gestión del ambulatorio junto con el apoyo de la Gobernación, surgía el sentido de pertenencia que garantizaba una mejor conservación y manejo de los mismos.

La comunidad recibía por parte de la Gobernación, la instrucción necesaria para poder administrar y gerenciar los establecimientos de salud, y siempre contaban con el apoyo y supervisión directa por parte de la Gobernación.

El objetivo que buscaba este programa era lograr que toda la red hospitalaria y ambulatoria del estado, pasase al mismo esquema de cogestión entre las comunidades y la Gobernación. El gobernador Enrique Mendoza afirma: *“Llegamos a entregar hasta un 60% (de los ambulatorios) a asociaciones civiles”*, pero el proceso no se continuó, tras las elecciones en el año 2004, donde resulta electo el gobernador Diosdado Cabello, afirma el gobernador Mendoza que el proceso fue revertido completamente, volviendo nuevamente a un esquema más centralista y paternalista.

- **Comités de Salud y Barrio Adentro – (Período de Diosdado Cabello 2005-2008):**

El período de Diosdado Cabello, representa un momento de corte, en el cual el modelo de Cogestión de los Ambulatorios es eliminado y se estructuran los Comités de Salud. Para comprender que es esta figura, es necesario explicar la función y participación de los Consejos Comunales en el estado Miranda.

Los Consejos Comunales son organizaciones o agrupaciones sociales que existen en las diferentes comunidades del estado, cuya finalidad es gestionar las políticas públicas y proyectos dirigidos a atender las necesidades de una comunidad.

Estas figuras sociales tienen una estructura compleja y completa, en la cual existe la elección de los representantes, presupuesto y contraloría.

Los Consejos Comunales manejan un presupuesto conformado por las transferencias estatales y municipales, por la Ley de Creación del Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) y la Ley de Asignaciones Económicas Especiales derivadas de Minas e Hidrocarburos (LAEE). Asimismo, manejan recursos generados por su propia actividad y recursos provenientes de donaciones.

De los Consejos Comunales se derivan diferentes núcleos de organizaciones denominados Comités, podría decirse, especializadas en las diferentes áreas de interés de una comunidad tales como educación, tierras, salud, agua, cultura, deporte, sindicatos y organizaciones de trabajadores, asociaciones cooperativas, entre otras.

Para efectos de este trabajo, nos interesa evaluar la participación de los Comités de Salud del estado Miranda. A pesar que no existe información documentada para respaldar la participación de estas asociaciones, partiendo de la experiencia del Dr. Andrés Torres y el Dr. Manuel

Hernández<sup>9</sup>, más allá del objetivo de asegurar la correcta provisión de servicios de salud para las comunidades, los Comités funcionan como escalera política dentro de la estructura gubernamental de los partidos adeptos a la administración de Hugo Chávez.

Asimismo, más allá de la finalidad política, se puede decir que dentro de la política Nacional de Salud, la consolidación de los Barrio Adentro era una prioridad para los hacedores de política; Diosdado Cabello, partidario de la gestión bolivariana-revolucionaria, siguió la línea del Gobierno central, y se prestó más atención a los Barrio Adentro que a los programas tradicionales, a pesar de que Barrio Adentro es un programa que funciona de forma paralela a la salud regional.

Luego de la caracterización de las políticas públicas implementadas en el Sector Salud del estado Miranda, se evidencian ciertas políticas que se han mantenido a lo largo del tiempo, las cuales responden a necesidades básicas de la población que deben ser atendidas sin importar la ideología política o color político a cargo del Ejecutivo Regional, estas políticas se refieren a la atención de ciertas enfermedades que no han variado a lo largo del tiempo como lo son las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes, entre otras. Tal como indicaron el Dr. Monzón, Ex Director de Salud del estado Miranda y el Dr. Terán Director de salud de la Región de Barlovento, *“mientras existan esas enfermedades serán tratadas”*.

---

<sup>9</sup> En entrevista realizada el día 29 del mes de julio de 2009.

Sin embargo, tal como se explicó en el presente apartado, el enfoque general de atención ha variado considerablemente a lo largo del período 1992 a 2008, alteraciones principalmente impulsadas por los cambios de gobiernos experimentados en dicho período.

De esta manera, de acuerdo a las características de las políticas públicas presentadas en el capítulo primero, según Tommasi et al (2003) se puede establecer que las políticas han carecido de estabilidad, pues tras un cambio de gobierno las políticas se ven alteradas no mostrando ningún tipo de acuerdos inter-temporales entre los actores. Por otra parte, las políticas han sido poco rígidas, bien sea por la ausencia de elementos capaces de reforzar la implementación de una cierta política o por la falta de voluntad por parte de los actores para mantenerlas en el tiempo, expresándose así una excesiva adaptabilidad de las políticas públicas, que responden fácilmente a cambios en el entorno, particularmente en el entorno político.

Se ha demostrado hasta este momento que la cooperación política de los actores se da intra-período, es decir, bajo la tutela de cada uno de los Gobernadores ha existido cooperación, sin embargo dicha cooperación no se ha dado entre los distintos períodos, de forma que un cambio de gobierno representa un quiebre en el esquema anterior. De esta forma la coordinación y coherencia de las políticas se da igualmente intra-periodos, pero dicha característica es alterada en el siguiente gobierno regional.

La calidad de implementación y aplicación de las políticas públicas en materia de salud se ha caracterizado por ser baja, principalmente por la falta de incentivos, tales como los bajos sueldos

y beneficios a médicos y directores del sector público, así como una baja contraloría de resultados.

A pesar de que a lo largo del período 1992 a 2008, se ha mantenido constante la política de renovación, construcción, ampliación y mejoras de las estructuras sanitarias, las cualidades de inversión de las políticas públicas en general ha sido baja, principalmente por la necesidad de los actores políticos de satisfacer necesidades a corto plazo, se han dedicado recursos mayoritariamente a programas de atención básica e inmediata que requieren poca estructura para su aplicación, así como la ejecución de operativos de salud. La consecuencia de esto ha sido un deterioro significativo en las estructuras sanitarias de la región, lo cual se ha intensificado con el paso de los años.

### **5.3 Análisis de transacciones inter-temporales:**

Una vez concluida la presentación y análisis de los distintos actores que participan dentro del sector salud, así como de las políticas públicas implementadas en el período definido desde el año 1992 a 2008, parece evidente que el Sector Salud del estado Miranda es un sector altamente reaccionario a los cambios de gobierno ocurridos a lo largo del período de estudio, es decir, las elecciones regionales que implicaron un cambio de Gobernador trajeron consigo cambios sustanciales en el manejo del sector.

Esto responde a las características propias del proceso de formulación de políticas públicas en el sector el cual principalmente está marcado por la falta de cooperación política entre los distintos gobiernos regionales existentes, ya que al momento de efectuarse las elecciones (de gobernador y ente legislativo simultáneamente) se realiza un cambio generalizado en toda la estructura de gobierno, generalmente favoreciendo la tendencia que resulte victoriosa para el cargo de Gobernador.

A su vez el poder político ostentado tanto por el Gobernador como por la Asamblea Legislativa (actualmente Consejo Legislativo) se han enfocado siempre en una misma dirección, aupando así las decisiones que toma el Gobernador en términos de la dirección política que van a seguir las políticas y programas en su gobierno; ya que los actores directamente involucrados con la salud (Dirección Regional de Salud y Corposalud) responden a las decisiones del gobernador al depender directamente de éste para permanecer en el cargo.

Estas características propias del proceso de formulación de políticas públicas han generado políticas poco estables, muy adaptables a las reacciones en el entorno, con una baja calidad de implementación, poco coordinadas y coherentes en el tiempo, y con bajas cualidades relacionadas a la inversión.

De esta manera se puede dividir, de acuerdo a la reactividad del sector, el período de estudio en tres sub-períodos, particularmente marcados por el cambio de la figura de Gobernador:

- **Primer Período: 1992-1995**

En este período el Poder Ejecutivo Regional era ostentado por el Dr. Arnaldo Arocha, del partido político Copei, a su vez el Presidente de Venezuela era Carlos Andrés Pérez del partido político Acción Democrática. Esto generaría el primer problema dentro del sector salud, pues tal y como lo indica el Dr. Monzón, en la entrevista realizada el día 12 de septiembre de 2009, el Ministerio de Salud, para el momento manejado por Acción Democrática, no permitía al Dr. Arocha nombrar al Dr. Monzón como Director Regional de salud del estado.

Sin embargo, es importante resaltar, que para la fecha, aún cuando ya había sido aprobada la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del poder público, las competencias de salud del estado Miranda aún estaban en mano del ejecutivo nacional, de forma que en esta gestión se continúa estando bajo la tutela y dirección del Ministerio y aún la gobernación no es directamente responsable del sistema y debe trabajar bajo los programas y proyectos definidos en la estructura nacional.

Por tanto, la configuración real del sector salud en este período estaba a cargo del Ministerio de salud, y la gobernación a través de su Dirección Regional de Salud llevaría a cabo los proyectos y programas directamente indicados por el Ministerio de Salud del momento.

De esta manera, tras finalmente lograr que el Ministerio aprobase la designación del Dr. Héctor Monzón como Director Regional de Salud del estado Miranda, se inicia el proceso de solicitud de transferencia de las competencias de salud al ejecutivo regional. Proceso que tomaría el resto de la gestión del gobernador Arocha en ser finalmente aprobado.

El proyecto de descentralización del sector salud, fue un proceso que se inició en el año 1992 y fue finalmente aceptado por el Gobierno en 1995, la razón particular que desaceleró este proceso fue la solicitud de transferencia total del sistema. El Dr. Monzón relata que el gobierno central percibía al estado Miranda como un estado autosuficiente y temía que otorgarle la transferencia total de ciertas competencias podría acarrear problemas en la distribución relativa del poder dentro del país.

Finalmente, como se explicó en el punto 5.2 del presente capítulo, la interacción de los distintos participantes del proceso de descentralización, tanto de actores regionales como nacionales, del cual se habla con mayor detenimiento en el capítulo segundo, culminó exitosamente y fue aprobada la transferencia de la competencia de salud, proceso que debían finalizar los gobiernos siguientes, los cuales no lo cumplieron en su totalidad.

- **Segundo Período: 1996-2004**

El primer cambio de gobierno, es un hecho en las elecciones regionales de 1995, con la elección del gobernador Enrique Mendoza, también del partido político Copei, pero perteneciente a una facción<sup>10</sup> distinta a la del Dr. Arnaldo Arocha.

El gobernador Mendoza, recibe el sector salud ya en proceso de descentralización, tras el proyecto presentado por la gestión del su predecesor el Dr. Arocha. Y es éste, el período con mayores cambios consecutivos: en primer lugar, el proceso de descentralización le otorga efectivamente poder al ente Ejecutivo Regional en el manejo de la salud, de forma que las distintas instancias comienzan a participar directamente en el diseño y manejo del sector.

De esta manera el Gobernador y la Dirección Regional de Salud comienzan a diseñar, los distintos programas de salud, los cuales deben ser sancionados dentro del presupuesto estatal por la Asamblea Legislativa existente en el momento.

El siguiente gran cambio que experimenta el sector es la creación de la Corporación de Salud del estado Miranda, la cual representa un órgano de la administración descentralizada, encargada del manejo de los servicios de salud en el estado, cuyo principal beneficio es la facilidad en el

---

<sup>10</sup> La elección directa de los gobernadores, generó un mayor fraccionamiento del sistema, tanto con la formación de nuevos partidos regionales, como con el surgimiento de facciones dentro de los partidos regionales.

manejo de los recursos al depender de una transferencia de la gobernación y no tener que atenerse a la rigidez propia del presupuesto. Apareciendo así un nuevo actor en el esquema, sin embargo, tal y como se manejó, en realidad el Director de Corposalud era a su vez el Director del Sistema Regional de salud del estado, de forma que las decisiones se mantenían en una sola persona.

Hasta el año 1998, la formulación de políticas de salud, debía ir de la mano de los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud a nivel nacional, y estaría en manos del Gobernador, la Dirección Regional del Sistema de Salud y Corposalud; programa que debía ser sancionado por la Asamblea Legislativa para su inclusión dentro del Presupuesto estatal.

De esta forma en el año 1999, con el cambio de la Constitución de la República, se da un cambio estructural a todo el sistema político, las reglas formales del juego se ven completamente afectadas y nuevas organizaciones sustituirán las que quedan obsoletas con los cambios en la Constitución.

En el capítulo segundo del presente trabajo de grado se hizo una presentación de los principales cambios que trajo consigo el cambio de Constitución en el año 1999, pero es importante resaltar que se le otorga un mayor poder a los Gobernadores, particularmente debido a la desaparición de la Asamblea Legislativa que fue sustituida por el Consejo Legislativo, entre cuyas atribuciones dejó de estar la capacidad de improbar la gestión del Gobernador. En la nueva Constitución para retirar a un Gobernador de su cargo se debe convocar una Referéndum revocatorio, otorgándole

así una mayor seguridad al Gobernador en su cargo, principalmente porque la organización de un referéndum, es bastante compleja y por demás costosa. Adicionalmente, se extiende el período de los gobernadores de 3 a 4 años.

Se crean una serie de figuras de participación de las comunidades, que pasarán a intervenir en el proceso de formulación particularmente en el caso de las asignaciones especiales por FIDES y LAEE<sup>11</sup>, entre estas nuevas figuras se encuentra el Consejo Estatal Local de Planificación y Coordinación de Políticas Pública, conformado por representantes de la comunidad junto a autoridades municipales y estatales, que debe presentar proyectos para la solicitud de fondos de FIDES y LAEE.

De esta manera, a pesar de los numerosos cambios que sufrió el sistema político, el manejo del sector salud no se vio fuertemente modificado. En el caso particular de este período, el gobernador Mendoza, desarrolló como propuesta principal el manejo compartido de las instalaciones de salud entre la Gobernación y la comunidad en general, el Programa de Ambulatorios Cogestionados representa la primera fase del esquema de salud que buscaba implementar el gobernador Mendoza, tras la aprobación de la descentralización de salud.

Tal como fue ampliado en el apartado 5.2 del presente capítulo, el modelo buscaba extenderse a todos los niveles de la salud dentro del estado, proveyendo a las distintas comunidades de la capacitación necesaria para intervenir directamente en la administración de la salud.

---

<sup>11</sup> Ver el capítulo Segundo para más información sobre FIDES y LAEE

Otro elemento a analizar dentro de este período es el surgimiento de Barrio Adentro, como modelo alternativo de atención de salud, propuesto por el gobierno central en el año 2003. La estructura de Barrio Adentro es completamente paralela a la estructura tradicional de salud y procede de un convenio entre Venezuela y Cuba.

A pesar de la gran cantidad de cambios experimentados por el sistema político en este período, a raíz de la elección del Cde. Hugo Chávez Frías como Presidente de la República, el gobernador Mendoza asegura que su gestión no se vio obstruida en ningún momento por dichos cambios, en algunos casos fue necesario adaptarse a las nuevas figuras que fueron creadas, pero el proceso y los programas tradicionales se mantuvieron.

Sin embargo, ese gran número de cambios no implicó cambios significativos en las características del proceso de formulación, el cual se mantuvo aún como un proceso que incentivaba una baja cooperación política entre los actores, incluso con el aumento del número de actores que participan en dicho proceso, el mismo se hizo aún más complejo, disminuyendo así las posibilidades de cooperación.

- **Tercer Período: 2005-2008**

En el año 2004, resulta electo Diosdado Cabello del Partido político MVR (Actualmente PSUV) como gobernador del Estado Miranda, representando un cambio drástico de ideologías en el manejo del sector público.

Es así como en el caso de la salud de Miranda, se desecha el esquema de salud propuesto por el gobernador Mendoza y se comienza a aplicar uno nuevo, particularmente enfatizando el modelo de participación de las comunidades a través de los Consejos Comunales y el apoyo al modelo central de Barrio Adentro.

El apoyo prestado a Barrio Adentro, tal como se habló anteriormente, trajo como consecuencia un deterioro generalizado en el sistema tradicional de salud del estado Miranda. Incentivándose actividades de carácter proteccionista, principalmente impulsadas por la creación de la Dirección de Atención al Ciudadano, cuya función principal es la entrega de ayudas directas e indirectas. Disminuyendo así en mayor instancia, la calidad de implementación de ciertas políticas tradicionales, como lo son la atención a pacientes de enfermedades crónicas y enfermedades endémicas. Por otra parte las cualidades de inversión de las políticas públicas implementadas se vieron fuertemente mermadas, principalmente por el descuido generalizado a las estructuras existentes al enfocarse gran parte de los recursos a impulsar el desarrollo de Barrio Adentro.

El esquema de salud manejado en este período, del tipo netamente centralizador, implica un fuerte retroceso en el proceso de descentralización que fue iniciado durante el primer período discutido. Se evidencia durante este período una clara cooperación del Gobierno Regional con el Gobierno Nacional, cooperación que no se puede clasificar directamente como negativa, sin embargo, al atenerse a las políticas del gobierno central, se eliminan las capacidades de decisión del poder regional, al simplemente responder a las líneas impartidas por el Ejecutivo Nacional.

El impacto político de las decisiones tomadas durante esta gestión se vio reflejado en las elecciones regionales que se llevaron a cabo en el año 2008, donde nuevamente se experimenta un impacto político al darse un cambio de Gobernador, siendo el gobernador Diosdado Cabello el primero de los gobernadores electos en la región en no ser reelecto para el cargo.

#### ***Cooperación Política en el Sector Salud del estado Miranda:***

A lo largo de esta investigación se puede evidenciar que en el estado Miranda a pesar de que existen acuerdos de cooperación interna en las diferentes gestiones, no existe cooperación intertemporal, cada gobernador marca una pauta diferente al anterior, sin adaptar las políticas y esquemas al trabajo realizado.

Esto se ve a su vez reforzado, tal como se vio en la descripción de las Asambleas Legislativas y Consejos Legislativos, por el respaldo del Ente Legislativo Regional a la tendencia política del Gobernador, el cual a igual que éste, cambia en la misma dirección que lo hace el Ente Ejecutivo.

De esta manera se evidencia, utilizando el modelo de transacciones Inter-temporales, que el funcionamiento de las Instituciones Políticas<sup>12</sup>, en términos de las reglas que rigen el proceso de formulación, así como la permanencia de los actores en las organizaciones que se derivan de dicho conjunto de reglas formales, no incentiva que el juego de transacciones políticas presente características de cooperación a lo largo del tiempo.

En el capítulo primero, se presentaron los elementos que a juicio de los autores Tommasi et al (2003) determinan la cooperación política; aplicándolo al caso del Sector Salud del estado Miranda, se observa que los pagos a la cooperación son bajos entre gestiones; el número de actores ha ido creciendo con el paso del tiempo; los actores carecen de conexiones inter-temporales fuertes, pues tras un cambio de gestión desaparecen los elementos de la gestión anterior; las tecnologías de delegación si bien han sido implementadas, no se ha diferenciado claramente un elemento del otro (Tal como lo es el caso de Corposalud) y no existen organizaciones fuertes capaces de hacer cumplir los acuerdos. Todos estos elementos conllevan a una baja cooperación política en el sector.

---

<sup>12</sup> En el capítulo primero fue desarrollada la estructura del Modelo de transacciones Inter-temporales propuesto por Tommasi et al (2003).

Por otra parte la Salud, como política específica en observación, requiere de una serie de elementos que van más allá de temas meramente políticos, es decir, tiene una gran cantidad de contenido técnico, y los resultados propios de un programa de salud por lo general son observables en períodos prolongados de tiempo.

Dicha falta de cooperación en el juego de transacción políticas, culmina en el deterioro del desempeño del sector salud del estado, de acuerdo al Dr. Monzón y al Dr. Terán en la entrevista realizada el día 12 de septiembre de 2009, la construcción de un sistema de salud requiere estabilidad de las políticas en el tiempo, dejando de lado los fines políticos que puedan entorpecer el proceso.

En consecuencia, las políticas aplicadas al Sector Salud del estado Miranda, no han sido efectivas ni perdurables en el tiempo ya que la salud e incluso se podría hablar de los sectores prioritarios como la educación y la seguridad han sido una bandera política de las diferentes administraciones.

## CONCLUSIONES

Tras realizar el análisis del Sector Salud del estado Miranda, parece evidente que la hipótesis planteada inicialmente es correcta, pues las instituciones políticas existentes dentro de dicho sector influyen negativamente las características del proceso de formulación de políticas públicas, así como las políticas implementadas, dada la inexistencia de los elementos capaces de generar la cooperación política inter-temporal necesaria.

Se evidencian tres períodos diferenciados, marcados por cambios de gobierno, que implicaron una modificación de tendencia política a cargo del Ente Ejecutivo Estadal. Con cada cambio de Gobierno Regional, se sucede un cambio radical en el esquema del manejo de la salud, lo cual trae como consecuencia que las políticas no sean sostenidas en el tiempo, y no se obtengan los resultados inicialmente deseados.

Los tres períodos definidos son: Primer Período de 1992 a 1995, Segundo período de 1996 a 2004 y Tercer Período de 2005 a 2008. Cada período estuvo marcado por un esquema de manejo de la salud particular.

El primer período de 1992 a 1995, bajo el gobernador Arnaldo Arocha, fue un período de cogobierno entre el Ministerio de Salud y el ente regional, donde se inicia el proceso de transferencia de la salud del estado. El segundo período de 1996 a 2004, bajo la gobernación de Enrique Mendoza, es un período marcado por numerosos cambios en el ámbito político nacional, que a pesar de su gran revuelo no alteraron considerablemente el manejo de la salud en el estado, el cual para el momento era guiado por el Programa de Ambulatorios Cogestionados o transferencia del manejo de la salud a los niveles inferiores de participación ciudadana. Finalmente el tercer período de 2005 a 2008, bajo la gobernación de Diosdado Cabello, es un período de cambios profundos en el esquema de salud, apoyando considerablemente la línea central propuesta por Barrio Adentro y la creación de los Consejos Comunales, propuestas que en su totalidad pertenecen al ejecutivo nacional.

A pesar de que si existe una cooperación interna dentro de cada período, esencialmente reforzada por la alineación política existente entre el Ente Legislativo y Ejecutivo regional, dicha cooperación no se mantiene tras un cambio en el entorno político fuerte, es decir, no persiste de manera inter-temporal.

De acuerdo al modelo propuesto por Spiller y Tommasi (2003), el Sector Salud del estado Miranda, carece de las características necesarias que incentiven la cooperación entre los actores políticos y así se de un juego de transacciones políticas capaz de generar políticas públicas perdurables, coherentes y adaptables en el tiempo.

Específicamente se cuenta con una serie de actores participantes, que manejan diversos niveles de poder, siendo la figura con mayor poder representada por el Gobernador, el cual lleva la dirección y definición de las líneas políticas a seguir en todos los sectores relacionados a la región. El poder que dispone este funcionario, se ve adicionalmente reforzado por el cambio de la Constitución en el año 1999, donde se le retira la atribución al Ente Legislativo estatal de improbar la gestión del Gobernador, y el mecanismo de remoción es cambiado a la figura de un referendo revocatorio, es cual es mucho más difícil de organizar y ejecutar.

Por su parte el Ente Legislativo del estado también es poderoso sin embargo, su facultad reside en su capacidad de aprobar o rechazar las propuesta que efectúa el Ejecutivo, y como se mencionó anteriormente poseía la atribución de improbar al Gobernador, función que al ser eliminada, generó un traslado de poder hacia el Gobernador del estado.

Los demás actores participantes directamente dentro del Sector Salud como lo son la Dirección Regional de Salud y la Corporación de Salud del estado Miranda, si bien tienen cierta autoridad dentro del proceso de formulación e implementación de las políticas públicas, se debe tomar en cuenta que sus cargos son de libre remoción, de forma que existen fuertes incentivos a mantenerse bajo la línea del Gobernador y asegurar así la permanencia en el puesto. Adicionalmente en el caso de Corposalud, si bien es un ente descentralizado, su separación nunca ha sido completa, pues al trabajar de manera coordinada (en todas las gestiones el Director de Salud y el Director General de Corposalud son las misma persona) no es realmente independiente al momento de tomar las decisiones.

Por su parte el Ministerio de Salud, también juega un rol fundamental, pues desde este organismo se emanan las reglas y lineamientos básicos de la salud, y como lo muestra la tabla # 7 aporta un gran porcentaje de los recursos que utiliza el sector.

De esta manera, los actores previamente mencionados deben interactuar en la formulación de las políticas a ser ejecutadas en el sector, siendo la principal arena de negociación la discusión del presupuesto estatal, en donde interactúan el Ejecutivo regional y el Ente Legislativo regional.

Es en este proceso donde se evidencian las principales debilidades de las instituciones políticas existentes, pues no generan condiciones suficientes para generar la cooperación política inter-temporal necesaria. En primer lugar, el sistema electoral, que establece que las elecciones de Gobernadores y Diputados regionales se efectúen de manera simultánea, resulta en un cambio completo cada vez que hay un evento electoral, tal como lo demuestra la evidencia, la composición del Ente Legislativo favorece siempre a la tendencia que resulte victoriosa para el cargo de Gobernador. De esta manera dichos cambios bruscos en el entorno político dificultan la cooperación entre cada una de las gestiones, aún cuando garantizan la cooperación interna en cada una de éstas.

Se puede fácilmente resumir que en el Sector Salud del estado Miranda los elementos necesarios para la cooperación política se comportan de la siguiente manera: los pagos a la cooperación son bajos entre gestiones; el número de actores ha ido creciendo con el paso del tiempo; los actores carecen de conexiones inter-temporales fuertes, pues tras un cambio de

gestión desaparecen los elementos de la gestión anterior; las tecnologías de delegación si bien han sido implementadas, no se ha diferenciado claramente un elemento del otro y no existen organizaciones fuertes capaces de hacer cumplir los acuerdos. Estos elementos, tal como se expresa en el capítulo primero no incentivan la cooperación política en el sector, dificultando así que las políticas presenten las características deseables definidas por Tommasi et al (2003).

De esta manera las políticas públicas implementadas han sido poco estables en el tiempo, altamente adaptables a los cambios del entorno político, poco coherentes y consistentes, con una baja calidad de implementación y a su vez presentan pocas cualidades orientadas a la inversión y permanencia en el tiempo, estas características son principalmente derivadas de que al realizarse un cambio de gobierno las políticas previamente aplicadas son completamente desechadas, en el caso particular del sector salud, cada cambio de gobierno implica un cambio en el manejo de la salud.

La principal política implementada en el período evaluado, es aquella que fue iniciada en el año 1993, en la gestión del gobernador Arnaldo Arocha, la política de descentralización del Sector Salud, a pesar de haber sido aprobado el proyecto en el año 1995, nunca se concretó; se ensayaron diversos esquemas desde su aprobación, pero en ninguno de ellos se finalizó la transferencia de las competencias, de forma que el Sector Salud siempre se manejó de manera coordinada con el Ministerio de Salud.

Las consecuencias de estas decisiones tomadas, quizás inconscientemente por cada uno de los actores en cada período, trajo como consecuencia que hoy en día haya sido posible que tras el decreto número 6.543 ejecutado el día 16 de diciembre del año 2008, la administración de los hospitales, ambulatorios y demás instalaciones de la Salud en el estado Miranda, hayan sido retornadas a la administración central.

De esta forma, el nuevo ejecutivo regional, electo en las pasadas elecciones del año 2008, se ve ante la diatriba de mantenerse bajo el esquema de salud anterior, o tomar la oportunidad de generar un nuevo sistema de salud, corriendo el riesgo de que tras un nuevo cambio político estos intentos se vean nuevamente desestimados.

Parece imprescindible bajo cualquier esquema, generar las reformas necesarias no solo en las reglas formales que regulan el sector, si no también en las normas informales que rigen a los actores y organizaciones que participan en el sector.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banco Central de Venezuela. Fuente consultada el 16 de febrero de 2009. <http://www.bcv.org.ve>

Constitución de la República de Venezuela 1961. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N. 662, enero de 1961.

*Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 36.860, diciembre de 2009.

*Decreto con Rango y Fuerza de Ley de Reforma Parcial de la Ley Orgánica de Régimen Presupuestario.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N. 5.358, junio de 1999.

*Decreto Sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Nacional.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 5.836, Enero, 2007.

Estaba, R. (1999) *La Descentralización y la ordenación del territorio en Venezuela: Estrategias hacia la modernidad.* Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona, N. 54. Fuente consultada el 12 de mayo de 2009.

<http://www.ub.es/geocrit/sn-54.htm>

Gobernación del Estado Miranda. Fuente consultada el 31 de agosto de 2009.

<http://www.miranda.gob.ve>

Gobierno en Línea. Fuente consultada el 19 de mayo de 2009. [www.gobiernoenlinea.ve](http://www.gobiernoenlinea.ve)

González., M. (2001) *Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): Balance y perspectivas*. Unidad de Estudios Especiales. CEPAL

Hernández, A. (1999) *La descentralización. Diálogo para el desarrollo*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Banco Mundial. Banco Interamericano de Desarrollo. Editorial Nueva Sociedad.

Instituto de Prevención de la Fuerza Armada Nacional. Fuente consultada el 28 de enero de 2009. <http://www.ipsfa.mil.ve>

Instituto de Prevención y Asistencia Social del Ministerio de Educación. Fuente consultada el 28 de enero de 2009. <http://www.ipasme.gob.ve>

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Fuente consultada el 28 de enero de 2009. <http://www.ivss.gob.ve>

Jaén, M. ( 2001). *El sistema de salud en Venezuela: Desafíos*. Ediciones IESA

Jaén, M., Salvato, S., Daza, A., Rivas, J. (2006) *Costo de la Salud en Venezuela. Gasto y Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud*. Ediciones IESA.

*Ley de los Consejos Estadales de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 37.509, Agosto, 2002.

*Ley de los Consejos Comunales*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 5.806, abril, 2006.

*Ley de Presupuesto del Estado Miranda*. Gaceta Oficial del Estado Miranda. Años 1992-2008

*Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público*. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N. 4.153, diciembre, 1989.

*Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 37.753, agosto, 2003.

*Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 39.140, marzo, 2009.

*Ley Orgánica de la Administración Pública.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 37.305, octubre de 2001.

*Ley orgánica de los Consejos legislativos 2001.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 37.282, septiembre de 2001.

*Ley que crea el Fondo Intergubernamental para la descentralización.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N. 5.805, marzo de 2006.

*Ley Orgánica del Sufragio y la Participación Política.* Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N. 5.223, mayo de 1998.

*Ley Orgánica del Sufragio.* Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N. 4.618, agosto de 1993.

*Ley Orgánica del Sufragio.* Gaceta Oficial de la República de Venezuela N. 2.117, diciembre de 1977.

Mascareño, C. (2000) *Balance de la descentralización en Venezuela: logros, limitaciones y perspectivas.* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Editorial Nueva Sociedad.

*Memoria y cuenta Gobernación del Estado Miranda*. Gobernación del Estado Miranda años 1992-2008.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Fuente consultada el 28 de enero de 2009.

<http://www.mpps.gob.ve>

Monaldi, F., R. González, R. Obuchi y M. Penfold (2006) *Political Institutions, Policymaking Processes and Policy Outcome in Venezuela*. Inter-American Development Bank

North, D. (1993) *Instituciones, cambio institucional y Desempeño Económico*. Fondo de Cultura Económica.

Oficina Nacional de Presupuesto. Fuente consultada el 16 de febrero de 2009.

<http://www.ocepre.gov.ve/>

Organización Panamericana de la salud. Fuente consulta el 14 de septiembre de 2009.

<http://new.paho.org/>

Polanco, J. (2001) *La Reforma de la Salud de Venezuela: Aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela*. CENDES. CIID. MSDS. Corpo Salud. IESA. Fundación Polar.

Puente, J., A. Daza, G. Ríos y A. Rodríguez (2007) *The Political Economy of the Budget Process in the Andean Region: The Case of Venezuela*. Inter-American Development Bank.

Scartascini, C., E. Stein y M. Tommasi (2008) *Veto Players, Intertemporal Interactions and Policy Adaptability: How do Political Institutions Work?* Inter-American Development Bank.

Spiller, P., E. Stein y M. Tommasi (2003) *Political Institutions, Policymaking Processes, and Policy Outcomes. An Intertemporal Transactions Framework*. Inter-American Development Bank.

Stein, E., M. Tommasi, K. Echebarría, E. Lora, M. Payne (2006) *The Politics of Policies. Economic and Social Progress in Latin America. 2006 Report*. Inter-American Development Bank.

Stein, E., M. Tommasi, P. Spiller, C. Scartascini (2008) *Policymaking in Latin America How Politics Shapes Policies*. David Rockefeller Center for Latin American Studies Harvard University. Inter-American Development Bank.

Stein, E. y M. Tommasi (2006) *The Institutional Determinants of State Capabilities in Latin America*. World Bank.

Suárez, R. (2001) *Health system inequalities and inequalities in Latin America and the Caribbean: Findings and policy implications*. Pan American Organization.

---. (2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*. Organización Mundial de la Salud. Fuente consultada el 14 de septiembre de 2009. <http://www.who.int/whr/2008/es/>

## **ANEXOS**

Anexo I: Modelo formal de Cooperación Política y Políticas Públicas.

Anexo II: Estructura organizativa de la Dirección de Salud del estado Miranda.

Anexo III: Estructura organizativa de CORPOSALUD.

Anexo IV: Cronología de Programas de Salud. Estado Miranda 1992-2008.

Anexo V: Descripción de Programas de Salud.

## ANEXO I

### MODELO FORMAL DE COOPERACIÓN POLÍTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Los conceptos explicados previamente son desarrollados formal y teóricamente por Tommasi, Stein y Spiller (2003) con base en un juego entre dos jugadores o grupos  $i = A, B$  en el cual cada jugador tratará de minimizar:

$$(1) \sum_{t=0}^{\infty} \delta^t E[L_i(y_t, \theta_t)] \text{ donde:}$$

$\delta \in [0,1]$  es un factor común de descuento que mide la paciencia de los actores paciencia

$L_i(\cdot)$  es una función de pérdida idéntica e independientemente distribuida en el tiempo con  $E(\theta) =$

0 que depende de:

La política y colectivamente escogida.

El shock económico  $\theta$ .

Para simplificar se utiliza la expresión:

$$(2) L_i(y_t, \theta_t) = [y_i - (y_i + \theta_t)]^2$$

El hecho de que las políticas preferidas por cada individuos sean distintas, es decir,  $y_A \neq y_B$  captura los elementos de conflicto, mientras que el hecho de que la política preferida por todo el mundo responda en la misma dirección al shock económico  $\theta$  captura el interés común, o eficiencia económica. Para esto se asume que  $y_B = -y_A > 0$ .

En cada período, luego de ocurre un shock aleatorio  $\theta_t$ , se decide la política  $y_t$  a través de un mecanismo de elección colectivo. También se asume que la regla de reconocimiento,  $\mu_t = i$ , genera igual probabilidad de que cada jugador  $i \in \{A, B\}$  sea el dictador del un-período ( $\mu_t = i$  implica que cada jugador  $i$  decide  $y_t$  en el período  $t$ .), es decir:

$$(3) \mu_t = i, i \in (A, B) \text{ con prob } 0.5$$

Se asume además que hay un período inicial en el cual, por unanimidad, los jugadores pueden hacer algunos acuerdos. Se define así un criterio utilitario de primer óptimo como:

$$(4) \text{Min} \sum_{t=0}^{\infty} \delta^t E [L_A(y_t, \theta_t) + L_B(y_t, \theta_t)]$$

dado los supuesto, (4) se simplifica a:

$$(5) \text{ Min } \sum_{t=0}^{\infty} \delta^t E(y_t - \theta_t)^2$$

De tal forma que la política de primer óptimo es  $y_t = y^*(\theta_t) = \theta_t$  para todo t. Este resultado indica que la política de primer óptimo es función de la realización de shocks económicos, pero independiente de la realización de shocks políticos.

**Solución de un juego no cooperativo:** El equilibrio de Nash de una única oportunidad tiene  $y^t = y_{it} + \theta_t$ . Es decir, que cada jugador político implementa su política preferida, ignorando los intereses de los otros jugadores. Volviendo al juego repetido, la repetición infinita del juego de una única oportunidad de Nash es siempre un equilibrio. Se define  $V^N$  como el valor presente de la pérdida esperada para cada jugador de la repetición del equilibrio de Nash de una única oportunidad. Entonces se tiene que:

$$(6) V^N = \frac{1}{2} [0 + (2y_B)^2] + \delta V^N = \frac{2y_B^2}{1-\delta}$$

Para simplificar el análisis se enfoca ahora en la posibilidad de que el comportamiento más cooperativo sea sostenido por la estrategia de castigo a través de revisión permanente a la no cooperación. Esta es la estrategia (S1) para ambos i:

$$(7) y_1^i = y^*(\theta_1) = \theta_1$$

$$(8) y_1^i = \begin{cases} y_i^* = \theta_i & \text{si } y_\tau = \theta_\tau \quad \forall \tau < t \\ y_i + \theta t & \text{otro caso} \end{cases}$$

El pago sobre el camino de equilibrio de cooperación es:

$$(9) V^* = \frac{y_B^2}{1 - \delta}$$

para ambos jugadores, lo cual coincide con el valor de la función de pérdida en el primer óptimo.

Para poder verificar si este par de estrategia constituye un equilibrio, debemos considerar el valor de una desviación oportunista a  $y_{it} + \theta_i$ . Tal desviación puede mover al juego a la no cooperación para siempre, alcanzando el valor:

$$(10) V^D = 0 + \delta V^N = \frac{\delta}{1 - \delta} 2y_B^2$$

Comparando la función de pérdida  $V^*$  y  $V^D$ , podemos concluir que la cooperación puede ser sustentada si  $\delta \geq 1/2$ . El Primer óptimo se puede alcanzar, entonces, para  $\delta$  suficientemente grande, eso sucede cuando los jugadores cuentan con largos horizontes temporales.

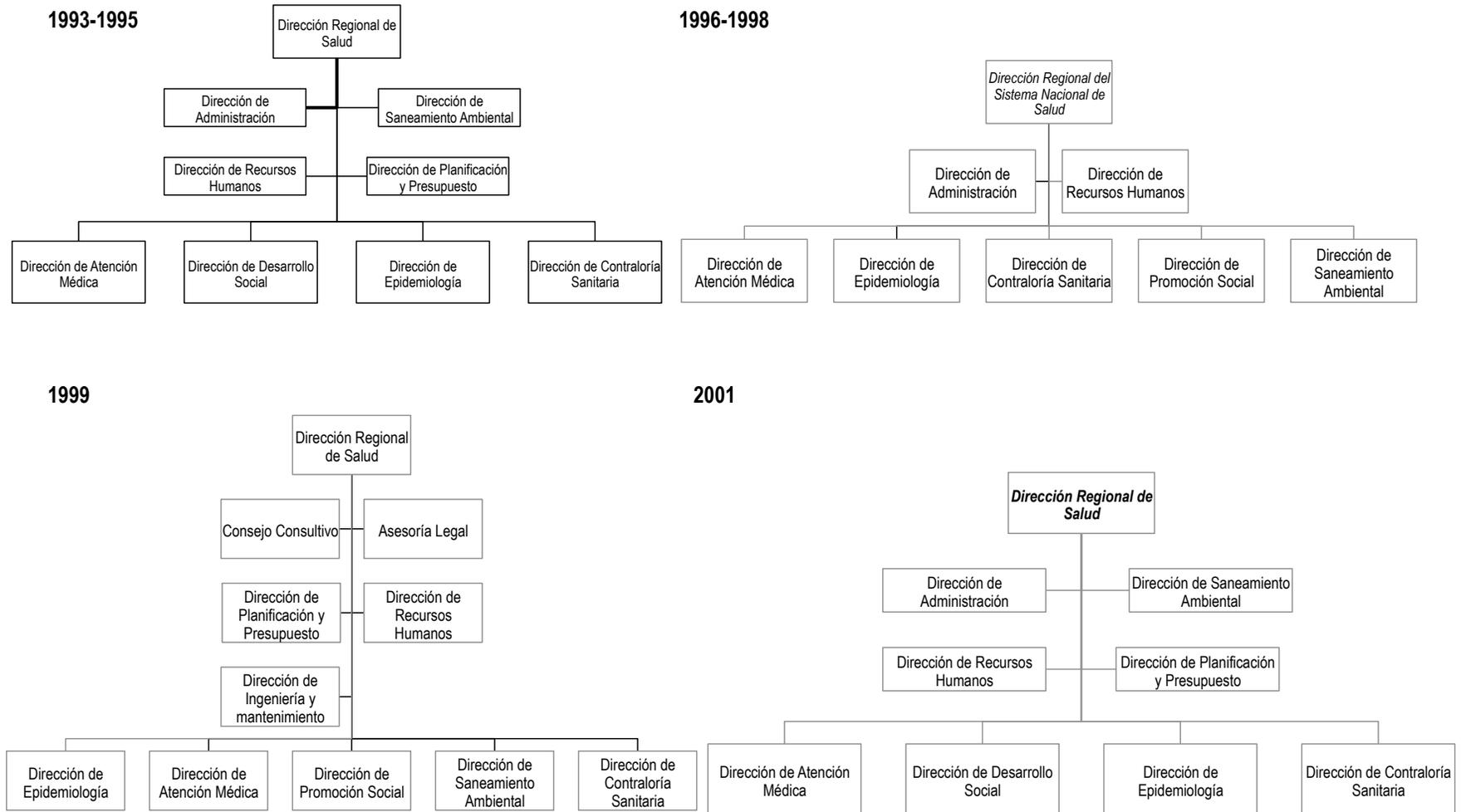
Se considera ahora que podría filtrarse en la etapa previa del juego, lo que llamamos el momento contractual. Las características de las políticas resultantes dependerán del set alcanzable de contratos. Se asume que los acuerdos pueden ser implementados, pero que la ocurrencia del shock económico no es verificable. En ese caso, no será posible firmar contratos que prescriban estados (económicos) – contratos contingentes. Por otra parte, las partes puede acordar sobre una regla simple. En nuestro ejemplo, se puede mostrar que la mejor regla sería fijar  $y_t=0$  para todo  $t$ . Esto traerá una pérdida esperada de:

$$(11) V^0 = \sum_{t=0}^{\infty} \delta^t E(y_B + \theta_t)^2 = \frac{y_B^2 + Var(\theta)}{1 - \delta}$$

Este resultado es inferior al del primer óptimo para ambos jugadores, es decir,  $V^0 > V^*$ . El equilibrio cooperativo discrecional es preferible a la regla rígida. Por tanto, si el juego repetido resulta en cooperación, una regla rígida no será utilizada. Comparando la regla rígida con el caso no cooperativo, tenemos que  $V^N > V^0$  si  $(y_B)^2 > Var(\theta)$ . Esto implica que cuando las partes tienen capacidad limitada para auto-implementar acuerdos cooperativos (es decir, cuando  $\delta$  es bajo), reglas de políticas rígidas (que no responden al entorno económico) serán escogidas si el conflicto de intereses ( $y_B$ ) es grande comparado con la volatilidad del entorno económico ( $Var(\theta)$ ). Entonces, encontramos que cuando hay una baja capacidad para implementar intercambios políticos inter-temporales, dependiendo de la extensión del conflicto distributivo como relacionado a la naturaleza de la volatilidad económica, se podría observar acuerdos políticos altamente volátiles o políticas altamente inflexibles.

## ANEXO II

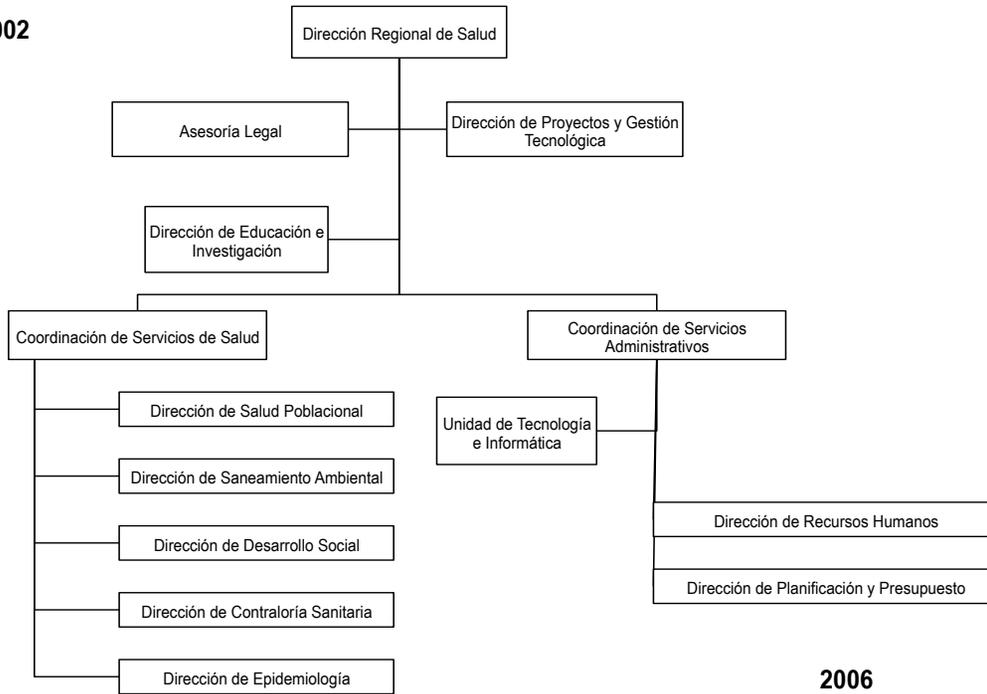
### Estructura Organizativa de la Dirección de Salud del estado Miranda<sup>1</sup>



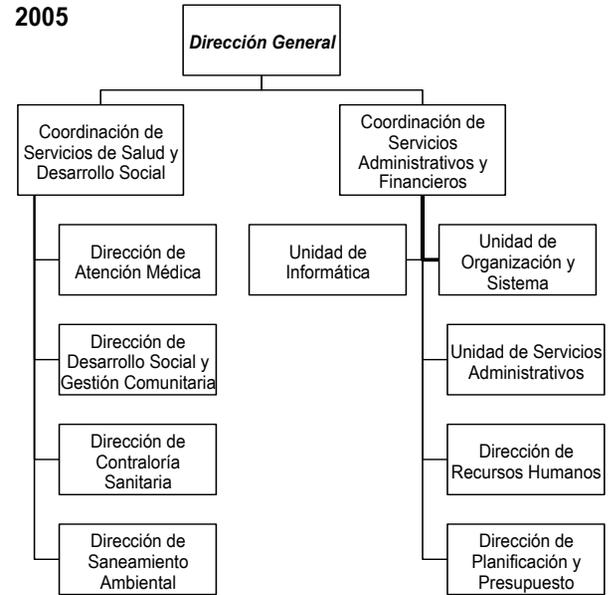
<sup>1</sup> Fuente: Memoria y Cuenta Gobernación del estado Miranda 1993-1999, 2001-2002; 2005- 2006.

## Estructura Organizativa de la Dirección de Salud del estado Miranda (Continuación)

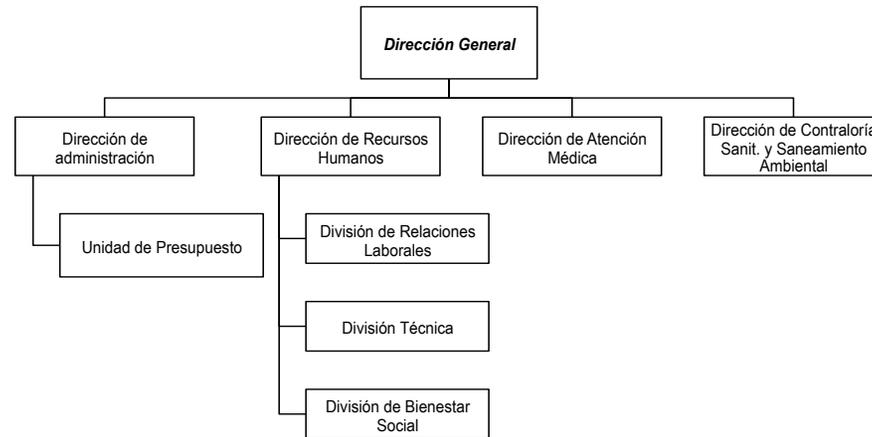
**2002**



**2005**

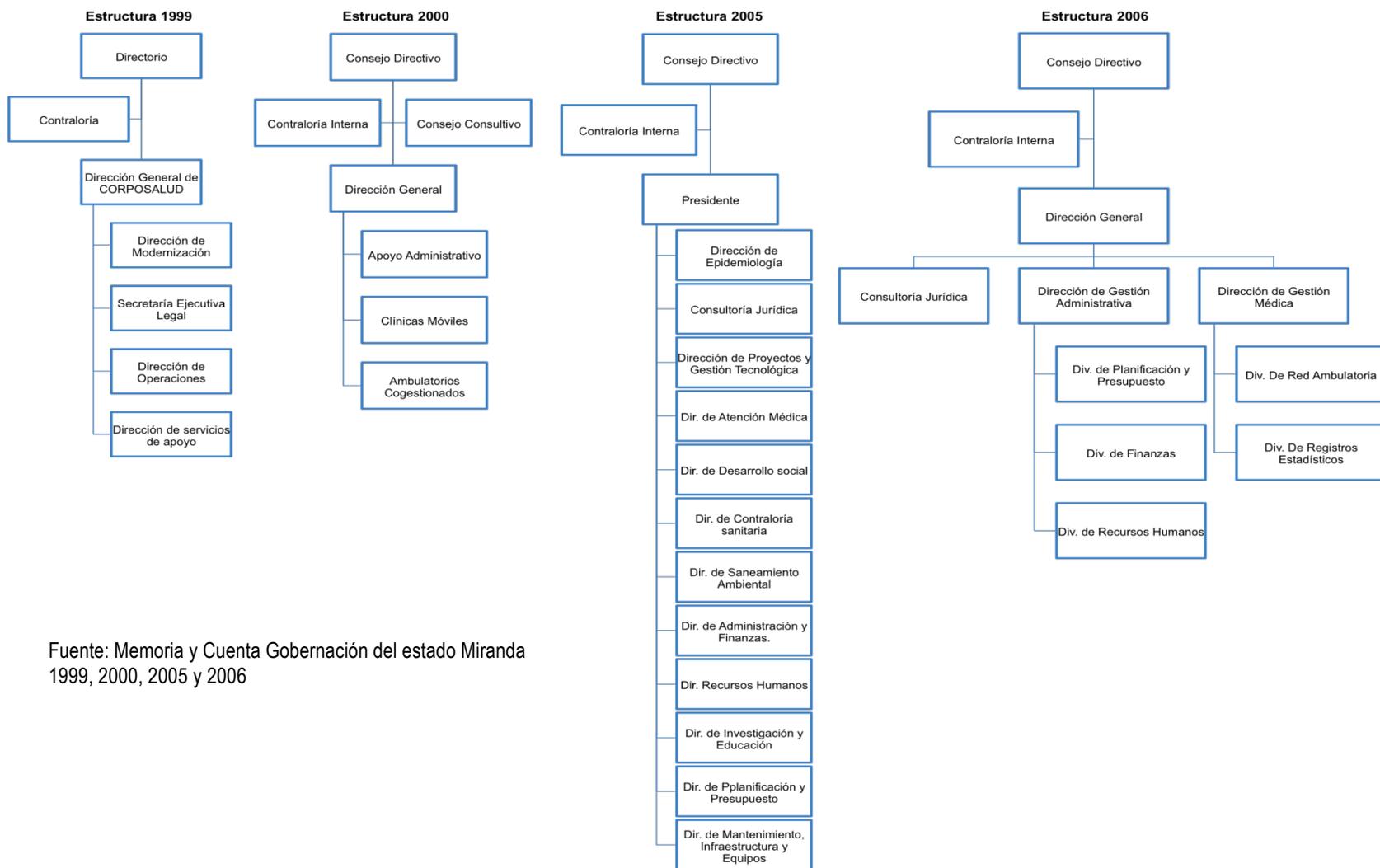


**2006**



## ANEXO III

### Estructura Organizativa CORPOSALUD



Fuente: Memoria y Cuenta Gobernación del estado Miranda 1999, 2000, 2005 y 2006

## ANEXO IV

### CRONOLOGÍA DE PROGRAMAS DE SALUD

ESTADO MIRANDA 1992-2008

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PROGRAMAS	Construcción, remodelación, mejora, y reparación de instalaciones sanitarias																
	Dotación de suministros e insumos médicos																
	Programas de Contraloría Sanitaria																
	Programas de Epidemiología																
	Programas de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida																
	Programas de Nutrición																
	Programas de Salud Bucal																
	Programas de Tuberculosis y Asma																
	Programas de Capacitación e Información al Personal Médico, Comunidades y Enfermos																
	Programa de Atención Primaria																
	Programas de Zoonosis																
	Programas Asistencia Social																
	Programa de Dermatología Sanitaria																
	Programas de Asistencia a Madres, Mujeres embarazadas y Lactantes																
	Programas de enfermedades cardiovasculares y diabetes																
	Programas de Atención de Tránsito y Accidentes Viales																
	Programas de Atención a Niños y Adolescentes																
	Saneamiento rural																
	Programa de atención médica especializada a distancia																
	Programas de Oncología																
	Programas de saneamiento ambiental																
	Programa Ambulatorios Cogestionados																
	Programas de Salud Mental																
	Programas de Enfermería																
	Banco de Sangre																
	Programas de Laboratorios																
	Programa de Clínicas Móviles																
Programa de Emergencias y Desastre																	
Programas de Apoyo Integral al Adulto Mayor																	
Coordinación de Atención al Ciudadano																	
Misión																	
Milagro																	

## ANEXO V

### DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD

<b>Programa</b>	<b>Descripción</b>
<b>Construcción, remodelación, mejora y reparación de instalaciones sanitarias</b>	Regularmente se realizaban remodelaciones, mejoras y reparaciones a las instalaciones sanitarias, así como la construcción a lo largo del período de nuevos establecimientos.
<b>Dotación de Suministros e insumos médicos</b>	Dotación regular de insumos para el funcionamiento de los establecimientos de salud. La dotación era por parte del ejecutivo regional y nacional.
<b>Programas de Contraloría Sanitaria</b>	Inspección regular de establecimiento de alimentos, así como de establecimiento de venta de productos farmacéuticos.
<b>Programas de Epidemiología</b>	Realización de campañas de vacunación masiva a la población para prevenir la aparición de enfermedades ya erradicadas. Control epidemiológico de todo el estado Miranda. Capacitación en temas epidemiológicos (Dengue, Sarampión, etc. ) a las comunidades del estado.
<b>Programas de Enfermedades de transmisión sexual y SIDA</b>	Cursos de capacitación en temas relacionados a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Entrega de anticonceptivos en la región. Atención a pacientes y consultas de despitaje de la enfermedad. Mejoras en las unidades de atención a pacientes con ITS y SIDA.
<b>Programas de Nutrición</b>	Control nutricional a habitantes del municipio. Entrega de complejos nutricionales a madres y niños. Merienda Escolar, Vaso de Leche escolar, entre otros programas particulares para el control nutricional de niños. Talleres de Capacitación nutricional a la población y personal de la salud.
<b>Programa de Salud Bucal</b>	Consultas odontológicas en las unidades odontológicas de los distintos ambulatorios, hospitales y clínicas móviles. Talleres de capacitación en tema de salud bucal a la población y personal de la salud. Programa odontológico Escolar. Tratamientos de endodoncias, restauraciones, prótesis, etc.
<b>Programas de Tuberculosis y Asma</b>	Tratamiento y prevención de estas enfermedades. Talleres y cursos de capacitación a comunidades y personal de la salud. Caminatas y actividades con la comunidad.
<b>Programas de Capacitación e información al Personal Médico, Comunidades y Enfermos</b>	Preparación de talleres, cursos, jornadas, para capacitar al personal médico, comunidades, individuos en temáticas de salud: Atención primaria, concientización, etc.
<b>Programa de Atención Primaria</b>	Atención primaria a pacientes en ambulatorios, principalmente casos de fácil solución. Talleres y cursos de prevención de accidentes y enfermedades.

## DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD (CONTINUACIÓN)

<b>Programa</b>	<b>Descripción</b>
<b>Programa de Zoonosis</b>	Campañas de vacunación de animales en el estado. Inspección de Animales
<b>Programas de Asistencia Social</b>	Formación de Juntas socio-sanitarias y juntas socio-hospitalarias. Talleres de Gerencia en Salud. Integración de los programas de salud con áreas afines al sector. Operativos médicos. Talleres de Capacitación en temas de salud a la población.
<b>Programas de Dermatología Sanitaria</b>	Tratamiento y control de enfermedades como la Lepra y la Leishmaniasis. Talleres de capacitación a las comunidades, enfermos, familiares y personal de salud.
<b>Programas de Asistencia a Madres, Mujeres Embarazadas y lactantes</b>	Control y asistencia a mujeres embarazadas. Mejoras de las salas de parto de bajo y alto riesgo. Banco de Leche materna. Control a recién nacidos. Capacitar a la comunidad en la promoción de salud de mujeres embarazadas, niños menores de un mes, lactantes, preescolares, escolares y adolescentes.
<b>Programas de enfermedades cardiovasculares y diabetes</b>	Control de enfermedades crónicas. Consultas cardiovasculares, endocrinas y diabeticas. Actividades con la comunidad. Actividades de capacitación a la comunidad y personal de la salud. Operativos de salud. Unidades diabeticas en el estado.
<b>Programas de Atención de Tránsito y Accidentes Viales</b>	Atención a accidentes en las arterias viales del estado. Talleres de capacitación a ciudadanos, personal de tránsito, personal de salud en sistemas de atención primaria y de emergencia.
<b>Programas de Atención a Niños y Adolescentes</b>	Consultas médicas. Talleres de capacitación a padres y representantes. Programas coordinados con la dirección de educación.
<b>Saneamiento rural</b>	Inspección y control de zonas rurales en el estado Miranda. Control de plagas y fumigaciones.
<b>Programa de atención médico especializada a distancia</b>	Atención médica odontológica en los barrios, operativo carnaval y semana santa. Clínica Móviles. Atención médica a través de clínicas móviles con servicios de odontología medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia y medicina general
<b>Programas de Oncología</b>	Programas de prevención de patologías oncológicas. Consultas oncológicas. Talleres de prevención de cáncer de cuello uterino. Tratamiento de Quimioterapia. Consultas de despitaje. Citologías.
<b>Programas de saneamiento ambiental</b>	Fumigaciones generales en ciertas áreas del estado para el control de plagas y prevención del dengue. Control de roedores e insectos. Jornadas de saneamiento ambiental. Talleres de capacitación sobre el control de endemias rurales.

## DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD (CONTINUACIÓN)

<b>Programa</b>	<b>Descripción</b>
<b>Programa Ambulatorios Cogestionados</b>	Incentivar la participación de la comunidad a través de la agrupación y organización de las fuerzas vivas de la sociedad y establecer los mecanismos y acciones. Promover la participación de la Sociedad Civil Organizada, a través de Fundaciones y Asociaciones Civiles, en la gestión del Servicio de Salud. Talleres de capacitación a Asociaciones Civiles en materia de gerencia e salud.
<b>Programas de Salud Mental</b>	Consulta de salud mental. Talleres de capacitación a personal de salud y familiares en el manejo de personas con enfermedades. Consulta de violencia doméstica. Programas de radio. Capacitación de equipos de salud sobre fármaco dependiente.
<b>Programas de Enfermería</b>	Consultas. Talleres de prevención e información. Asistencia en asistencias a demás programas de salud.
<b>Banco de Sangre</b>	Recepción de donantes. Transfusiones. Convenio QUIMBIOTEC. Talleres de capacitación.
<b>Programas de Laboratorios</b>	Inventario de equipos. Apoyo técnico a programas de enfermedades crónicas. Pruebas de Hemoglobina Glicosada. Apoyo al programa de SIDA, Capacitación de Bioanalistas.
<b>Programa de Clínicas Móviles</b>	Unidades móviles distribuidas en el territorio del estado Miranda. Asistencia medica cercana a la población. Consultas médicas. Operativos carnavales, semana santa, y demás vacaciones y fiestas.
<b>Programa de Emergencias y Desastre</b>	Atención inmediata en caso de emergencias. Dotación de el listado de medicamentos esenciales para casos de contingencia. Capacitación de primeros auxilios. Capacitación en el manejo de estrés post traumático.
<b>Programas de Apoyo Integral al Adulto Mayor</b>	Campañas de promoción: Talleres, medicamento e insumos. Consultas. Atención a enfermedades cardiovasculares y de diabetes. Dotación de centros ambulatorios.
<b>Coordinación de Atención al Ciudadano</b>	Entrega de ayudas directas e indirectas a la comunidad. Entrega de medicamentos. Asistencia y soluciones a las personas de escasos recursos que requieren atención médica.
<b>Misión Milagro</b>	Intervenciones Quirúrgicas como parte del convenio internacional Cuba-Venezuela.