

La Salud Pública Venezolana: entre el compromiso social y la economía de mercado

Teresa Gamboa Cáceres

Introducción

En un trabajo previo discutimos la relación entre la coyuntura política, económica y social y las características de los modelos de salud en Colombia, Chile y Venezuela, que nos permitió establecer cómo la primera influye significativamente en la posibilidad y alcance de las reformas; igualmente discutimos las limitaciones para llevar a la práctica un modelo ideal, independientemente de su formulación legal, puesto que las condiciones de la realidad van imponiendo ajustes más allá de la voluntad de sus diseñadores (Gamboa, 1998).

En esta oportunidad, queremos discutir las características peculiares de la coyuntura político social venezolana, y las oportunidades que ella representa para el desarrollo de un modelo determinado de salud.

1. La coyuntura política: ¿revolución, populismo o neoliberalismo?

Venezuela vive actualmente un momento especial de su historia: después de 40 años de una democracia ineficiente y corrupta, bajo la dirección de los partidos tradicionales que surgieron y se consolidaron durante el siglo pasado, la nación ensaya un proceso inédito de cambios en democracia, que ha ocasionado el desplazamiento de dichos partidos en la escena política y el renacer de la esperanza popular. El proceso es indudablemente difícil, pues como afirmara el Presidente Hugo Chávez: "Ser y pretender transformar es un compromiso serio que requiere mucha convicción, fortaleza y meditación para avanzar contra esas corrientes, además de convencer a la gente de recorrer nuevos caminos" (Blanco Muñoz, 1998).

Como es conocido, el actual Presidente de la República irrumpe en el escenario político venezolano el 4 de febrero de 1992, como líder de un intento de golpe de estado, resultado de un trabajo creativo y sistemático de organización, planificación y accionar político de casi quince años, iniciado formalmente al crear en el ejército al MBR 200 (Movimiento Bolivariano Revolucionario 200), al cumplirse el bicentenario del natalicio de Simón Bolívar (Blanco Muñoz, 1999; Zago, 1998). La crisis política, acelerada por la rebelión militar, conduce finalmente a la destitución del entonces presidente Carlos Andrés Pérez, quien ya había sufrido en 1989 una revuelta popular contra las medidas de ajuste neoliberal, implantadas a escasas tres semanas de su asunción al poder, revuelta que concluyó en una masacre sin precedentes (Ochoa Antich, 1992). Este evento - al decir de Leonardo Vivas (1999,33) - "cambió radicalmente, sin que nos percatáramos enteramente, la manera de registrar los eventos sociales y políticos de la nación".

Detenido y encarcelado por dos años, Chávez obtiene en 1994 del entonces Presidente Caldera el sobreseimiento (no el indulto) por la rebelión militar, y se dedica a recorrer el país, acumulando fuerzas y promoviendo originalmente la abstención hasta 1998, año en que lanza su candidatura presidencial con la propuesta de una Asamblea Nacional Constituyente y reorganización del gobierno, como únicas ofertas electorales, de carácter eminentemente político, a un país en franco deterioro económico, político y social. El MBR se transforma por impedimentos legales en MVR, Movimiento V República, en alusión a la nueva república que pretende contribuir a desarrollar.

En una carrera política sin precedentes, Chávez es electo Presidente en diciembre 1998 contra todos los pronósticos del estatus, contra la alianza de todos los opositores, contra la acción sistemática de los medios de comunicación. Inmediatamente inicia el proceso constituyente: referéndum para su convocatoria, elección mayoritaria de constituyentes del MVR, cierre del antiguo Congreso, discusión pública de la nueva Constitución, aprobación en referéndum del nuevo texto constitucional, incluyendo la modificación del nombre del país - República Bolivariana de Venezuela - y finalmente relegitimación de todos los poderes a escasos dieciocho meses de su primera elección. Es necesario reconocer que se produjeron 68 impugnaciones de un total de 774 cargos electos, que están siendo analizadas por el organismo electoral; igualmente hubo algunos conflictos locales (sobredimensionados en los medios de comunicación) por desconocimiento de los resultados oficiales, de los cuales diez días después sólo se mantienen dos protagonizados por los gobernadores salientes de los Estados Mérida y Yaracuy (socialdemócratas), quienes se niegan a entregar la Gobernación.

Durante el año y medio que estuvo centrado en el proceso político, el país ha vivido un clima de confrontación verbal, que en algunos momentos llegó a la agresión física entre los adherentes a los sectores en pugna. Como resultado, los dos grandes partidos tradicionales prácticamente desaparecieron como bastiones políticos, al punto de no llevar candidato a la presidencia de la República. Perdieron todas las gobernaciones importantes y se convirtieron en fracciones minoritarias de la Asamblea Nacional Legislativa. Sin embargo, lograron mantenerse en menos de la tercera parte de las alcaldías menores.

La dirigencia joven de los partidos tradicionales conformó nuevos grupos políticos, con los cuales logró conservar algunas posiciones en aquellas regiones donde los liderazgos locales habían desarrollado una labor de gobierno significativa; igualmente lograron conquistar las tres alcaldías menores del Distrito Capital, correspondientes a los sectores medios y altos de Caracas. Además pasaron a formar parte de las fracciones minoritarias del Parlamento.

Por su parte, la coalición oficial controla la Asamblea Nacional Legislativa, la mayoría de las gobernaciones y un número significativo de Alcaldías. La oposición carece de líderes con proyección nacional y de un discurso trascendente. La mayoría de los gobernantes electos de la oposición no tradicional declararon su disposición a colaborar con el gobierno central.

La base de la posición gubernamental respecto al rol del Estado Venezolano, se fundamenta en los principios fundamentales de libertad, justicia, igualdad, solidaridad, democracia, responsabilidad social, preeminencia de los derechos humanos, ética, pluralismo político y participación protagónica popular, establecidos en la Constitución (ANC, 1999, art. 2,62). Además, parte de la siguiente convicción: si bien el mercado posee una eficiencia relativa para resolver problemas de distribución de recursos en el corto plazo, es inoperante para asignar recursos financieros, técnicos y humanos necesarios en una perspectiva de desarrollo a largo plazo, así como para la prestación de los servicios sociales necesarios.

En consecuencia, el gobierno bolivariano no renuncia a la intervención estatal como ente regulador y redistribuidor de recursos; por la misma razón, la Constitución consagra el rol del Estado en la dirección de la industria petrolera y de otras industrias básicas, así como en la redistribución de la renta correspondiente (ANC, 1999, 302), y consecuentemente, el gobierno actual asume responsablemente el liderazgo del cartel petrolero, en defensa de la estabilidad de los precios.

El gobierno del presidente Chávez se ha caracterizado por el predominio de la visión de largo plazo y por la defensa de los intereses de los sectores populares "el soberano", que ha impuesto su voluntad en este proceso y ha visto concentrar esfuerzos en el pago de la denominada "deuda social" de hecho y de derecho, como el reconocimiento de la deuda laboral por prestaciones sociales, la cancelación de deudas salariales acumuladas. El incremento de la pensión a los jubilados y su pago oportuno. Clara evidencia de la conjugación de la visión de largo plazo con la de corto plazo, ha sido la respuesta dada a la tragedia ocurrida en Vargas en Diciembre de 1998. Aunque se atiende la necesidad inmediata, no se pierde vista la construcción de largo plazo, por lo cual la investigación y la planificación juegan un rol fundamental.

El presidente ha cuestionado sistemáticamente el neoliberalismo salvaje, cuyos efectos nocivos han sido reconocidos incluso por estudios del BM y del BID. Al respecto afirma Vilas (1995: 17-18):

Existe relativo consenso sobre el impacto nocivo del ajuste neoliberal y de la reforma del estado sobre las condiciones de vida de amplios segmentos de la población latinoamericana. Para algunos se trata de un efecto de corto plazo que una consistente y sistemática aplicación del enfoque permitirá revertir gracias a la reactivación de las inversiones y del crecimiento; para otros, el deterioro social es consecuencia e incluso requisito del esquema; para otros más, el enfoque simplemente agrava las tendencias inerciales del modelo de acumulación vigente: reducida y precaria generación de empleo, concentración de ingresos, exclusión social, que son aspectos inherentes a la creciente subordinación de la economía real a la economía financiera que el ajuste neoliberal involucra. Cualquiera sea la hipótesis que se adopte, todas ellas coinciden en que el nivel de vida de importantes sectores de la población trabajadora y de las clases medias, así como la sobre vivencia de franjas amplias de la empresa latinoamericana, han sido dos de las más sensibles 'variables de ajuste' de las economías locales a la economía mundial.

El gobierno de Chávez ha realizado privatizaciones, ha cumplido rigurosamente con el pago de la deuda externa, así como ha honrado la deuda heredada con el sector privado por el "draw back". Igualmente ha ofrecido infructuosamente exoneraciones fiscales a los empresarios a cambio de empleos generados, los ha incluido en diversas comisiones y en giras internacionales con miras a la apertura de nuevos campos de negocios. Por otra parte ha dedicado ingentes recursos al desarrollo de infraestructura, ha brindado apoyo crediticio público y dedicado esfuerzos a la negociación con las entidades financieras para bajar las tasas de interés.

La gestión de Chávez es criticada por los dos extremos: para la derecha es "víctima de la obsesión igualitaria", promueve las cooperativas, crea inseguridad para la propiedad y le atrae el modelo cubano (El Nacional, 13-08-00); según la izquierda recalcitrante no hace ningún esfuerzo por implantar un modelo radical socialista.

2. Evolución del Modelo de Salud Venezolano

Es durante el siglo XX, cuando el gobierno venezolano asume su su responsabilidad con la salud de los venezolanos: la Oficina de Sanidad es creada en 1911, en pleno inicio de la actividad petrolera, mientras el Ministerio correspondiente se crea tan solo en 1936, después de la muerte del dictador Juan Vicente Gómez y ocho años más tarde el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. El derrocamiento de Pérez Jiménez, el dictador de mediados de siglo y el advenimiento de la democracia a comienzos de los años 60 genera una ampliación de los servicios, especialmente de educación y salud, como estrategia consensual ante el auge de las luchas populares y por la profundización del modelo de sustitución de importaciones, o de economía hacia adentro, que requería ampliar la capacidad para el consumo interno.

Los cuatro modelos de atención de la salud desarrollados progresivamente, fueron:

- a) Modelo de atención amplia y libre acceso, que incluye los servicios de malariología y saneamiento ambiental financiado básicamente con recursos fiscales; la infraestructura de atención constituía en la década de los ochenta una de las mayores de América Latina, con una capacidad de 2,7 camas por cada mil habitantes. Los hospitales y ambulatorios públicos funcionaron gratuitamente durante la primera época democrática, pero al iniciarse la crisis a comienzos de 1980 fueron estableciendo modalidades de recuperación de costos por servicios prestados, así como fundaciones por especialidades que actúan como clínicas privadas dentro de la infraestructura pública.
- b) Modelo de atención de acceso restringido, correspondiente al Seguro Social y diversas instituciones similares de previsión social para grupos específicos de trabajadores, logrados en los convenios laborales. El Seguro Social ha sufrido diversas crisis, producto tanto de la corrupción como de la evasión del pago por parte de los empresarios.
- c) Modelo de atención privada, de carácter empresarial, según demanda y pago

por servicios prestados, correspondiente a las clínicas, que también han sufrido los embates de la crisis.

- d) Modelo de medicina prepagada y seguros de hospitalización: que prestan servicios directos a los afiliados o bajo contratos con clínicas privadas, los cuales han crecido a medida que se deterioran los servicios públicos y se encarecen los servicios de las clínicas.

En los años noventa, la crisis económica, política y fiscal, así como las presiones de los organismos multilaterales empujaron hacia una reforma general de la administración pública, cuyas características fundamentales serían la administración tecnocrática basada en la eficiencia, la privatización y como medida previa, la descentralización (Ochoa Henríquez, 1996). Esta reforma se inició en aquellas instituciones vinculadas directamente a la economía, vale decir: empresas del estado, organismos tributarios, puertos, aeropuertos, etc.

La reforma del sistema venezolano de salud se inicia con la descentralización; es un proceso que lleva más de una década sin resultados integrales, desarrollado en un clima de confrontación social e inestabilidad política.

La reforma propuesta e iniciada a mediados de los noventa incluía los siguientes aspectos (Rondón Morales, 1996,32, 169):

- a) Cambio del nombre de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social por el de Ministerio de salud, para eliminar el carácter formal asistencialista.
- b) Crear un Consejo Nacional de Seguridad Social y Salud.
- c) Reducir la intervención del Estado en la prestación de los servicios
- d) Establecer tres modelos de gestión seriamente competitivos, que ofrezcan planes obligatorios de salud: modelo público abierto con sistemas de recuperación de costos, modelo de seguridad social de acceso restringido y modelo privado.
- e) Sustituir el financiamiento a la oferta por el financiamiento a la demanda.
- f) Convertir los hospitales y otros establecimientos públicos en empresas sociales del Estado, condición para la autonomía institucional.
- g) Desarrollar un sistema escalonado de tarifas y un mecanismo estratificado de costos a subsidiar.
- h) Reducir el 75% del personal obrero y administrativo no productor de servicios de salud

Como puede observarse, a los diferentes elementos de la propuesta subyacen las características de los modelos privatistas y el énfasis en la eficiencia, promovidos por los organismos multilaterales, sin definiciones claras de un sistema integral; esto responde a la política de desarrollo progresivo de los cambios, sin recurrir a políticas de shock que puedan generar resistencias organizadas.

El segundo gobierno de Rafael Caldera, motivado por la crisis fiscal y por la presión de los organismos multilaterales conforma una Comisión Tripartita (Ejecutivo, Fedecámaras y

Central de Trabajadores) para proponer las reformas en dos sistemas vitales: el de prestaciones sociales y el de seguridad social. El proceso de concertación entre cúpulas, fue dominado por la representación empresarial y se realizó carente de consulta, discusión e información a la nación.

Los acuerdos básicos son entregados en marzo de 1997 y tres meses después se promulga la reforma parcial de la Ley Orgánica del Trabajo, con la cual se elimina la retroactividad de los beneficios laborales por antigüedad y cesantía, un mes por año de servicios que se calculaba en base al último salario; se sustituye por el pago de cinco días por mes, de acuerdo al salario vigente en cada mes. Esta modificación en el régimen laboral constituye el cambio fundamental para la modernización tanto en el sector público como en el privado, por cuanto reduce significativamente el costo del despido, facilitando la flexibilización de los contratos laborales..

En diciembre del mismo año (1997) se promulga la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral (LOSSI), que establece los aspectos básicos de la reforma, dejando importantes vacíos y contradicciones legales, que condujeron a su violación en el desarrollo de los instrumentos legales correspondientes a los diferentes sub-sistemas. Por ejemplo, la Ley que regula el subsistema de salud elimina el carácter universal, la afiliación única, la prestación de servicios no sujetos a contribución, entre otros. Además, mientras los empresarios de la salud consideran insuficientes las contribuciones estipuladas, los trabajadores afirman que el sistema resulta excesivamente costoso.

Por otra parte, las condiciones de pobreza (80%), desempleo y precariedad del mercado laboral, impiden la aplicación de la LOSSI como sistema general de seguridad social para toda la población. Sin embargo, en todo caso, el contenido mismo de los instrumentos legales que regulan la salud, no se orienta a constituir un sistema de salud sino a la desintegración de las potenciales partes del mismo. Incluso elimina la Institución del Seguro Social, existente desde 1944, sin precisar un ente que la sustituya.

Al margen de la reforma de los instrumentos legales, las únicas reformas que se han efectuado en la práctica están vinculadas a:

- a) A la iniciativa de las regiones, de conformidad con el avance de la descentralización y con su grado de compromiso político con un proyecto alternativo o con el modelo neoliberal
- b) A los convenios de cooperación técnico - financiera con el BID y el BM.

En el primer caso, destacan experiencias como la del estado Aragua, que ha estado ensayando una modalidad de atención integral, con estrategias de intervención correspondientes a la prevención primaria (actuar sobre factores de riesgo) y prevención secundaria (tamizaje de población sana o búsqueda de enfermos en etapa subclínica) con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad y consecuentemente, mejorar la calidad de vida. Al respecto, el momento clave de intervención es el encuentro con el paciente en el nivel de atención primaria (López, 1999, 41-42)

La consulta se realiza considerando las condiciones específicas de prevención necesarias de acuerdo al riesgo posible según el caso, independientemente del motivo de la consulta: control prenatal, citología, pesquisa de diabetes, hipertensión, albúmina, descarte de sífilis, exámenes básicos de laboratorio, despistaje de riesgos laborales, etc. (López, 1999, 50). Lo anterior implica una consulta de mayor duración que la normal, lo cual demanda mejorar sustancialmente la relación médico / población, y dotar los centros de atención primaria de los recursos técnicos necesarios, especialmente cuando hablamos de ambulatorios rurales o situados en la periferia de las ciudades.

Los esfuerzos estandarizadores de la reforma han sido promovidos por los organismos multilaterales, con la ejecución de los préstamos; los otorgados por el Banco Mundial (BM 3538) estaban condicionados a priorizar los servicios de salud que serían financiados por el Estado, mejorar la cultura en salud de los ciudadanos y mejorar la relación costo beneficio de los sistemas de salud, y por lo tanto, aumentar la productividad de los recursos humanos, valiéndose de la capacitación, así como de sistemas de contratación y remuneración de personal vinculados al rendimiento. Lo anterior implica que algunos servicios no serán financiados por el estado y por lo tanto, su prestación estará sujeta a la recuperación del costo correspondiente, o serán transferidos de hecho al sector privado. Por lo tanto, el BM exige la realización de análisis de costos, el desarrollo de alternativas financieras para cubrir costos en los centros de salud públicos y finalmente, el uso de formas no salariales de contratación del personal de salud, especialmente a través de microempresas.

La Propuesta de Reforma de los Servicios de Salud para el estado Zulia, que desarrolla el Proyecto Salud, destina el Capítulo VI al "Sistema de Microempresas" y establece que Fundasalud, como dirección administrativa financiera del sistema, contratará microempresas de servicios para atender las ocho redes en las cuales se distribuye geográfica y administrativamente el Sistema Regional de Salud. Dichas microempresas prestarán cinco (5) tipos de servicios: cuidados primarios de salud, cuidados hospitalarios, administración, mantenimiento y abastecimiento (SRSZ, s/f).

El Proyecto no explicita los mecanismos de funcionamiento ni de contratación o asignación de las microempresas a las unidades de servicios de salud. Sin embargo, al describir los procedimientos de atención declara taxativa y escuetamente que "no habrá indemnización (pago del servicio) por parte del Fondo Regional de Salud si no se cumplen los procesos de evaluación, referencia y contrarreferencia del paciente" (SRSZ, s/f, 45). Se deduce que el pago a las microempresas será en proporción a los servicios prestados, lo cual implica el mecanismo de financiamiento a la demanda, en contraposición al sistema anterior de financiamiento presupuestario global a los centros de atención que ofertaban servicios de salud sin ejercer ningún control de desempeño. El modelo basado en microempresas se está ejecutando exitosamente en algunos hospitales y ambulatorios nuevos o reestructurados.

De lo anterior se deduce claramente la intención de privatizar los servicios de salud. Por lo tanto, la reconversión laboral exigida por el BM implica la flexibilización de las relaciones de trabajo, convirtiendo a los actuales asalariados en microempresarios que obtendrán contratos como personas jurídicas para responsabilizarse por un aspecto determinado del servicio; esto reproduce prácticas que ya tienen más de una década en algunas clínicas privadas, en las

cuales por ejemplo, el servicio de emergencia, el laboratorio, el servicio de enfermería quirúrgica, etc., son atendidos por microempresas. De esta forma los respectivos equipos humanos que conforman cada microempresa deben organizarse y controlarse recíprocamente para cumplir las guardias necesarias y asumir el trabajo asignado; los trabajadores convertidos en microempresarios reciben una retribución global que ellos mismos deben distribuir, haciendo las provisiones para seguridad social, vacaciones, etc. En algunos casos sus ingresos dependen del tipo y volumen de los servicios prestados, es decir, remuneración según productividad.

En el caso del Banco Interamericano de Desarrollo, el 25% del préstamo asignado corresponde a un convenio de cooperación técnica que financiaría el desarrollo de leyes, reglamentos, modelos, diagnósticos y planes actuariales, económicos, financieros, organizacionales y de mercado. El centro de interés estaba en la descentralización y reestructuración con miras a la racionalización del gasto, lo cual conduciría a ampliar la cobertura, la calidad y la equidad, pero especialmente subyace la creación de las condiciones necesarias para la privatización de la salud.

Como puede observarse, el BM y el BID actúan complementariamente: el primero en la ejecución concreta de las reformas, conjuntamente con la asesoría técnica de la OPS y el segundo en el desarrollo jurídico institucional. Sin embargo, no puede negarse el rol jugado por organismos como el CLAD, especialmente en la difusión de modelos modernizadores.

Las reformas promovidas por los organismos multilaterales continuaron ejecutándose en las regiones durante el primer año y medio de gestión del Presidente Chávez, con el respaldo de los gobiernos locales. Concluido el proceso constituyente el derecho a la salud queda consagrado en los siguientes términos (ANC, 1999, 83-86):

La salud es un derecho fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida ... (para lo cual) ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad ... dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del estado ... El Estado garantizará un presupuesto para la salud, que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria ...

El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad del derecho a la seguridad social (de la cual forma parte la salud), creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección.

Como puede observarse, el articulado legal establece simultáneamente la gratuidad del servicio y el financiamiento solidario, cuestión que ameritará precisiones en los instrumentos legales que desarrollen el Texto Constitucional.

Relegitimados los poderes públicos según la nueva Carta Magna, a finales de julio del 2000, el gobierno bolivariano se concentra en tareas vitales, entre ellas la reconstrucción económica, la seguridad ciudadana y la seguridad social. Para ello fueron designadas las respectivas comisiones de alto nivel, las cuales disponen de tres meses para entregar las respectivas propuestas, incluyendo los proyectos de Ley necesarios.

La Comisión de seguridad social es presidida por el Vicepresidente Isaías Rodríguez y tiene como responsabilidad diseñar un sistema propio, en función de nuestras características, partiendo de asumir que la rectoría la tiene el Estado, tal como lo establece la Constitución Bolivariana.

Como primera medida la Comisión se propone realizar un foro internacional para conocer los modelos que pueden servir de base, en particular los de Uruguay, Colombia, Chile, Argentina y México, de América Latina, y los de España y Francia de Europa. Como concepción básica prevalece la idea de construir modelos propios, de acuerdo con las enseñanzas de Simón Rodríguez (maestro de Simón Bolívar), una de las tres raíces ideológicas de los bolivarianos: "La América Latina es original; originales han de ser sus instituciones y su gobierno, y originales las formas de fundar unas y otras. ¡O inventamos o erramos!"

Dados los niveles de autonomía desarrollados por las regiones a raíz de la descentralización (como veremos en la siguiente sección), el modelo de salud a proponer, además de su adecuación a las características nacionales, debe ser suficientemente flexible para adaptarse a las condiciones particulares de cada región, en lo político administrativo, en lo económico y en lo social.

La flexibilidad, así como la pertinencia, deberán ser garantizadas por la participación en el diseño. En ese sentido, el gobierno bolivariano ha facilitado y potenciado el desarrollo de las formas incipientes de participación que ya existían, las cuales no se agotan en los referenda, y son consagrados en el capítulo sobre derechos políticos de la Constitución (ANC,1999).

Justamente una característica fundamental del gobierno bolivariano es la promoción de la participación ciudadana en sus diferentes manifestaciones, tanto por la vía plebiscitaria como la correspondiente a las comunidades organizadas. Sin embargo, ha roto la tradición de negociación tripartita propia del sistema corporativo y enfrentado sistemáticamente a las cúpulas sindicales de los partidos tradicionales, especialmente de la socialdemocracia. Pero como contrapartida, este gobierno ha hecho importantes concesiones directas a la clase trabajadora.

La Comisión Legislativa Nacional, cuyas funciones transitorias finalizaron el 10 de agosto, dejó una experiencia dialógica con la sociedad civil, que será retomada y

profundizada por la Asamblea Nacional Legislativa; su actuación se centrará en el funcionamiento de comisiones especializadas que utilicen mecanismos permanentes de diálogo con la sociedad civil organizada.

De igual forma, la comisión responsable de elaborar la propuesta básica inicial de seguridad social se compromete a facilitar la participación, aun cuando la misma depende del propio interés de los sectores organizados. En tal sentido, CONSALUD, la Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud está promoviendo la realización de talleres y foros regionales con apoyo de las Universidades, para discutir y aportar a la propuesta de seguridad social.

3. Centralización Vs. Autonomía Regional

Para la reforma de la administración pública jugó un papel fundamental la descentralización política y administrativa. A raíz de la revuelta popular de 1989 el Congreso Nacional aprueba como medios para recuperar la legitimidad cuestionada por este evento y el malestar nacional frente a la represión desatada, dos instrumentos legales clave: la ley de descentralización y la ley de elección y remoción de alcaldes y gobernadores.

Ahora bien, la descentralización afecta la división vertical del trabajo, en tanto implica transferir poder de arriba hacia abajo en la estructura decisoria y de control político y administrativo. Pero, desde otra perspectiva, la descentralización así como la privatización constituyen un "proceso de ruptura y reconstitución del orden social, en el cual cada grupo busca imponer sus propias prioridades ... individuos y grupos son reubicados en la estructura social, y deben tomar conciencia de su nuevo lugar, para reinsertarse como sujetos políticos, económicos y sociales y asumir los nuevos retos" (Medellín Torres, 1994,75).

Por lo anterior, la descentralización ha generado conflictos entre el gobierno central y las regiones, especialmente cuando los respectivos gobernantes pertenecen a toldas políticas diferentes. Sin embargo, mientras el poder se repartió entre los dos partidos mayoritarios firmantes del Pacto de Punto Fijo las tensiones no se agudizaron. Distinta es la situación que se configura con el triunfo de Chávez en 1998: los gobernadores de los partidos tradicionales e incluso el de su propio compañero de luchas Arias Cárdenas, y el de un miembro del Polo Patriótico (coalición que apoyó su candidatura) mantuvieron políticas regionales en contradicción abierta o soterrada con el gobierno central. La correlación de fuerzas entre el gobierno central y los gobiernos regionales se hace más coincidente después de la relegitimación de poderes realizada a finales del pasado mes de julio.

El actual Ministerio de Salud y Desarrollo Social no renuncia a la rectoría, especialmente en cuanto asignación de parte del financiamiento, establecimiento de normas y vigilancia epidemiológica nacional. Sin embargo, el conflicto regiones/centro, en el caso del sistema de salud condujo en algunos casos a la existencia de una doble dirección regional y consecuentemente al incremento injustificado del personal. Por ello el Ministerio convocó recientemente a los gobernadores a constituir una sola Dirección Regional de Salud y Desarrollo Social, pudiendo conservar otra denominación si ya está institucionalizada, como

Corporación o Institución de Salud. (El Nacional, 8-8-00).

La descentralización, con su consecuencia lógica de autonomía relativa de los gobiernos regionales, ha generado el mayor avance de la reforma de la administración pública y específicamente de las reformas en salud; esto ha permitido una importante diferenciación en los enfoques desarrollados, los cuales están vinculados al modelo ideológico dominante en cada región: desde las tendencias eficientistas francamente privatizadoras, ligadas al modelo neoliberal, hasta la preocupación efectiva por la prevención y el énfasis en una atención integral de calidad con participación comunitaria, propios de los sectores con mayor compromiso social. En ambos casos destaca la modernización de los sistemas de información, por supuesto, con distintos centros de interés: en el primer caso, poniendo mayor atención en los registros de costos y en el segundo en las historias médicas y el registro estadístico con fines de vigilancia epidemiológica.

Considerando el acontecer regional, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social alerta a los gobernadores a "no estimular desviaciones privatizadoras por anti-Constitucionales. Lo importante es construir un Sistema Intergubernamental de Salud (SIS) fuerte, que enlace lo mejor posible los distintos niveles entre sí, nacional, estatal, municipal y comunitario, cada uno cumpliendo atribuciones concurrentes ... poniendo énfasis en la promoción de una salud integral, el saneamiento básico ambiental, la prevención y la medicina anticipatoria (diagnóstico y tratamiento precoz) ..." (El Nacional, 8-8-00).

Conclusiones

La coyuntura política venezolana, expresada por el gobierno bolivariano dirigido por el Presidente Chávez, relegitimado recientemente, constituye una oportunidad para el desarrollo de un modelo de salud con predominio del compromiso social, donde prevalezcan los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad y prevención.

Sin embargo, como limitaciones a esta posibilidad, debe destacarse el peso de los compromisos contraídos por el país con los organismos multilaterales, cuyas orientaciones ya han sido puestas en marcha en varias regiones.

Igualmente, no es descartable el peso de las relaciones estado - sindicatos, por la experiencia negativa que significa la negociación con una multiplicidad de organizaciones, y la pesadez del aparato burocrático enquistado en las instituciones de salud. Esto favorece la tendencia a la introducción de microempresas en la prestación del servicio, mecanismo al cual subyace la presión por la eficiencia y colateralmente la posibilidad real de introducir modalidades de recuperación de costos, que atentan contra la gratuidad del servicio para los sectores más empobrecidos de la población.

La calidad, pertinencia y flexibilidad del modelo a diseñar depende del grado de discusión y participación que se logre realizar, lo cual está vinculado tanto a los niveles de organización que hasta el momento se han alcanzado, y los que el mismo proceso pueda impulsar, como al compromiso intelectual de los equipos de investigadores en la materia. La

oportunidad es muy valiosa para la sociedad civil organizada, para la Universidad, y en general, para el pueblo venezolano.

Bibliografía

- Asamblea Nacional Constituyente (1999) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Nº 36860, Caracas.
- Blanco Muñoz, Agustín (1998) Habla el Comandante Chávez. Ediciones de la Biblioteca, UCV, Caracas.
- CORDIPLAN/PDVSA (1997) Guía de Proyectos Públicos con Financiamiento Multilateral, Caracas.
- Gamboa, Teresa (1998) ¿Es viable un modelo neoliberal de salud en Venezuela? Discusión de las experiencias de Colombia y Chile. Revista Venezolana de Ciencias Sociales, Vol. 2 Nº 1 y 2, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt, Cabimas, Venezuela.
- Gobernación del Estado Zulia (1996) Modernización de la Gobernación del Estado Zulia. PNUD-FONVIS, Documento del Proyecto VEN/96/011, Maracaibo
- Lichsttensztein, Samuel y Baer, Mónica (1987) Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial. Estrategias y Políticas del poder Financiero. editorial Nueva Sociedad, Caracas.
- López, Nora (1999) Modelo de Atención Integral. Cuadernos para la Reforma, Vol.1 Nº3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Caracas.
- Medellín Torres, Pedro (1994) La Modernización del Estado en América Latina: entre la reestructuración y el reformismo. Rev. Reforma y Democracia Nº9, Caracas
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Dirección General (1996) Estatutos de la Fundación para la Salud que Regirá en los Hospitales. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas.
- MSAS/BM (1995) Convenio de Préstamo Nº BM/3538-OC-VE
- Ochoa Antich, Enrique (1992) Los golpes de febrero, 27F-1989 / 27F-1992. De la rebelión de los pobres al alzamiento de los militares. Fuentes Editores, Caracas.
- Ochoa H., Haydée (1995) Tecocracia y Empresas Públicas en Venezuela, Edit de la Univ del Zulia, Maracaibo
- Ochoa Henríquez, Haydée (1996). La Reforma de la Administración Pública en Venezuela: Proyectos y Realidad. I Congreso Europeo de Latinoamericanistas. América Latina: Realidades y Perspectivas, Universidad de Salamanca.
- Oszlak, Oscar (1984) Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. En Documentos del CLAD, Vol.1 Nº1, Caracas, Pags. 8-54
- Pérez Salgado, Ignacio (1997) El Papel de la Cooperación Técnica Internacional en el Proceso de Modernización del estado y de la Gestión Pñublica. Reforma y Democracia Nº8, Caracas.
- PNUD/FONVIS/GEZ (1996) Proyecto de Modernización del Gobierno del Estado Zulia, VEN/96/011
- Rondón Morales, Roberto (1996) La Descentralización de la Salud en Venezuela, Ed. Litho Color, Caracas, 219 pags.
- Sistema Regional de Salud Zulia (sf) Proyecto Salud, Maracaibo.
- Vilas, Carlos (1995) Después del ajuste: la plítica social entreel Estado y el Mercado. En Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y alternativas. UNAM - Nueva

Sociedad, Caracas, Venezuela.

Vivas, Leonardo (1999) Chávez la última revolución del siglo. Editorial Planeta, Caracas.

Zago, Angela (1998) La rebelión de los ángeles. Reportaje. Los documentos del movimiento. 4ª ed. Corregida y aumentada.

Reseña Biográfica

Teresa Gamboa Cáceres

Investigadora y actual Directora del Centro de Estudios de la Empresa, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Magister en Evaluación de la Gestión de Empresas Públicas y aspirante al Doctorado en Ciencia Política. Docente de la Maestría en Gerencia Pública. Es investigadora acreditada en el Programa de Promoción del Investigador (PPI) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas y autora de diversas publicaciones sobre administración pública, gestión de la salud y temas laborales.