



Revista de Ciencias Sociales (Ve)

ISSN: 1315-9518

cclemez@luz.ve

Universidad del Zulia

Venezuela

Avila Urdaneta, Maritza

La Salud en el paradigma de la Descentralización en América Latina

Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XVI, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 526-543

Universidad del Zulia

Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28016320013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Salud en el paradigma de la Descentralización en América Latina

Avila Urdaneta, Maritza*

Resumen

El trabajo tiene como principal objetivo reflexionar sobre la salud en el paradigma de la descentralización en América Latina, concepción de política social instrumentada a finales de la década de los setenta. Se parte de la premisa que el aumento de la eficiencia en el gasto público social se ha transformado, y constituye el principal desafío de la política social, representando la motivación fundamental de las diversas modalidades de descentralización que se han implementado en América Latina. Tipo de investigación comparativa. Se comenta un número de ocho países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, y Venezuela. Se concluye que el proceso de descentralización en América Latina revela que el contexto político social incide sobre el modelo aplicado por los países objeto de estudio en función de los cambios y continuidades de los patrones de la política social instrumentada. Asimismo se observa ausencia de modelos puros de transferencia de la competencia de la salud. Hay un predominio de tipo fiscal en Argentina Chile y Brasil, y de tipo político (legitimación de los gobiernos situaciones conflicto y democratización) como en Colombia y Venezuela.

Palabras clave: Descentralización, política social, salud, América Latina.

Health in the Decentralization Paradigm in Latin America

Abstract

The principle objective of this work is to reflect on health in the decentralization paradigm of Latin America, a social policy implemented at the end of the 1970s. It is based on the premise that the increase of efficiency in social public expenditure has been transformed and constitutes the main challenge for social policy, representing the fundamental motivation for diverse modes of decentralization that have been implemented in Latin America. The study is a comparative investigation. Eight countries are mentioned: Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Mexico, Nicaragua, and Venezuela. Conclusions are that the decentralization process in Latin America reveals that the social political context affects the model applied by the countries under study, based on the changes and continuities of the implemented social policy patterns. Also, the absence of pure transference models for health competence is observed. The fiscal type predominates in Argentina, Chile and Brazil

* Doctora en Ciencias, Post-Doctora en Políticas Públicas Universidad Simón Bolívar. PPI Nivel II, Profesora Titular de la Universidad del Zulia. Directora Consejo Fomento LUZ. Telf. 0261-7504160/ Cel: 04166616210. E-mail: mari19ciencia@gmail.com

Recibido: 09-02-10 • Aceptado: 09-11-10

while the political type (legitimation of government situations, conflict and democratization), predominates in Colombia and Venezuela.

Key word: Decentralization, social policy, health, Latin America.

Introducción

La salud constituye un derecho social fundamental de las personas y como parte del derecho a la vida, en el marco de un Estado democrático. América Latina esta considerada la región con mayor desigualdad en el mundo. Al respecto, Kliksberg (2002:3) sostiene que “la desigualdad ha sido una de las causas centrales del aumento de la pobreza en la región, no como una consecuencia natural del camino hacia el desarrollo, sino más bien como consecuencia de estructuras regresivas y políticas erradas”. Efectos que se traducen en una frágil salud pública, reducida capacidad de ahorro nacional, disminución de mercados internos, inequidad en el sistema educativo y en el acceso a las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías.

Las políticas sociales han sido instrumentadas como una forma de dar respuesta a las reacciones y efectos de la aplicación de políticas (1) de aparente importancia para el desarrollo, como las llamadas políticas de ajuste fiscal, macroeconómicas y privatización, llegando a generar situaciones de pobreza mayor y exclusión social en América Latina.

A finales de los setenta en América Latina, emerge la descentralización como paradigma que da respuesta a un nuevo modelo de reforma de administración pública centralizada. Revisión y cambio de estructuras estatales y políticas que se visualizan como inadecuadas a los nuevos requerimientos. De modo que la descentralización pasa por una fase de cooperación y coordinación entre el modelo de gestión de poder nacional (nivel central) y el

nuevo modelo de centro de gestión de poder al nivel subnacional. Coordinación que configura la cooperación que se manifiesta como estímulo para generar la confianza en los niveles de gobierno central, de forma que otorgue el traspaso de responsabilidades y competencias hacia los niveles más bajos. Desplegando a la vez circuitos de supervisión y evaluación permanente, a través de visibles capacidades y liderazgo de equipos que deriven sinergias de identidad propia con la descentralización de los servicios públicos.

La descentralización (2) también se orienta a reordenar las relaciones centro-periferia (nivel territorial subnacional), tanto entre las unidades de gobierno, como entre los diversos actores sociales involucrados en la gestión del servicio público (salud), como derecho enmarcado en la constitución. La constitución, las leyes y reglamentos emanados de ella, y leyes de las entidades subnacionales (federativas, municipios, departamentos), recogen la política de descentralización (salud), como vía de orientación progresista para formular un modelo de Estado. De manera que se pretende adoptar la forma de Estado de derecho en su etapa más evolucionada: la del Estado social (3). Donde el Estado constituye la organización política soberana para implementar la política de descentralización en América Latina que conlleva una reestructuración de los órganos del estado para la transferencia de responsabilidades competencias, servicios y recursos al nivel subnacional (estados, municipios, provincias, departamentos).

En consecuencia, la descentralización deviene de una obligación política que se des-

prende del marco constitucional, que instruye a los hombres a constituir comunidades organizadas porque tiene una sociabilidad natural, aún cuando no cuentan con la capacidad de gestión para satisfacer sus necesidades (Sabine, 1998). Surge la premisa, que el aumento de la eficiencia del gasto público social se ha transformado, y constituye el principal desafío de la política social, representando la motivación fundamental de las diversas reformas (descentralización) que se han implementado en los países de América Latina.

Los resultados de importantes investigaciones gubernamentales en descentralización desarrolladas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (1998) y del Consejo Latinoamericano de Administración (CLAD, 2007), evidencian aportes significativos en América Latina las cuales son tomadas como sustento en el presente trabajo, destacan la heterogeneidad de las estrategias y modelos de descentralización desarrollados, impulsados por motivaciones iniciales en muchos casos desde los niveles subnacionales, ante la regulación restrictiva de los recursos por el gobierno central, limitando su capacidad de gestión para el financiamiento de los servicios públicos en un determinado y limitado territorio, al cual se someten y deben acatar los derechos y obligaciones colectivas (participación ciudadana).

El trabajo aborda la descentralización de la salud como política social en América Latina, parte del acatamiento a las demandas sociales recogidas en el marco constitucional, leyes orgánicas y procesos de reformas constitucional, a fin de adecuar las estructuras funcionales y procedimentales del Estado, fortaleciendo las entidades territoriales, brindar ámbitos de concertación con la sociedad civil, diseñar campañas de divulgación sobre la descentralización y distribución de competen-

cias, recursos y responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno, servir de canalizador en las solicitudes de las entidades territoriales y comunidades organizadas para el mejoramiento de su capacidad de gestión y aumento de la eficiencia del gasto público social en materia de salud. El propósito fundamental es reflexionar sobre los modelos de descentralización de la salud instrumentados en ocho países en América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua y Venezuela. Considerando la complejidad se trata de captar las características principales y responsabilidades que facilite la comparación entre los países.

1. La descentralización de la Salud en América Latina

Casi todos los países de América Latina asumen la descentralización como estrategia para fortalecer su democracia interna y hacer más eficiente su gestión pública y accesible al alcance de sus objetivos de desarrollo y del milenio. En ese proceso, invariablemente coinciden en que la descentralización introduce una nueva dinámica en muchos estados latinoamericanos, en materia de políticas públicas, donde los gobiernos descentralizan tanto a nivel local como intermedio, políticas sociales, educativas, sanitarias y de salud, induciendo una distribución del poder mucho más territorial, y una mejora de calidad de vida de su población (PNUD, 1997).

La tendencia hacia la descentralización de la salud en la región se acentuó en los ochenta, como una respuesta a la ineficiencia, inequidad, altos costos, baja cobertura y efectividad de los servicios de salud asociados con el centralismo. Se suponía que con la descentralización mejoraría el servicio de la salud, al ajustar la organización y funcionamiento a los sistemas de

salud en relación a las necesidades sociales de la población desde la base territorial, y con ello orientar un cambio en los perfiles epidemiológicos de la población. La descentralización de los servicios de salud tiene una larga tradición en América Latina, considerando la heterogeneidad en la tipología de modelos de descentralización. Al respecto, se considera el estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (1998), recoge el avance de la evolución histórica de los procesos de descentralización de la salud en América Latina. En un marco de referencia de los estudios realizados por el Consejo Latinoamericano de Administración (CLAD, 2007) (4), los cuales posee para consulta en su página Web. Al respecto, la investigación es de tipo comparativo, sobre las experiencias de la descentralización de la salud en 8 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México y Nicaragua, y Venezuela.

Para la comprensión del modelo de organización del Estado, conforme a las tendencias que se manifiestan en la realidad jurídico-política del poder, existen dos grandes modalidades: unitario y federal. El estado unitario es aquel en donde existe un solo centro de poder político que se extiende a lo largo de todo el territorio. Mientras el estado federal es una organización formada por varios estados, a fin de integrar un sistema político común extensivo a todo el territorio. En este contexto, de las 8 experiencias seleccionada, 4 países se identifican con el ordenamiento administrativo de tipo federal como son Argentina, Brasil, México y Venezuela; y 4 países de tipo unitario: Bolivia, Chile, Nicaragua y Colombia. Para el estudio se hace referencia del Cuadro 1 "Evolución histórica de la descentralización de la Salud en los países Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México y Nicaragua, y Venezuela".

1.1. Descentralización de los servicios de salud en Argentina

Argentina tiene una extensión territorial de 2,8 millones Km² el segundo país de América Latina con mayor extensión territorial. Dividida en un Distrito Federal, 23 provincias y 503 departamentos. La población estimada: 36,1 millones de habitantes para el año 2001 (CEPAL/GTZ, 1996). La descentralización constituye una estrategia de política de gestión pública con el objeto de lograr un uso más eficiente de los recursos. En Argentina se inicia el proceso de descentralización de la salud hacia finales de la década de los setenta, enmarcado en una intensa presión de la crisis sobre los recursos tributarios tanto nacionales como provinciales. Donde se evidencia que el diseño de las relaciones financieras entre la nación y las provincias no emprende mecanismos claros y explícitos para atender con equidad el financiamiento de políticas compensatorias en salud (Bisang, y Cetrángolo, 1997). Históricamente, no ha habido un desarrollo lineal en busca de un mayor grado de descentralización. Se inicia en 1978, una segunda fase (1986), y una tercera a partir de 1990. Responde a un contexto regido por estrictas restricciones presupuestarias que han afectado el financiamiento de los programas sociales. Coexisten múltiples modelos de descentralización con distintas intensidades y diversas formas de organización con significativas diferencias.

Hay un nivel de descentralización que opera en condiciones de referente sanitario casi excluyente con una actividad privada de menor desarrollo. Un segundo nivel en las provincias que le imprimen un mayor dinamismo, aún cuando opera con ciertas restricciones presupuestarias y ante la diversidad de políticas sanitarias locales y regionales ante perfiles diferen-

Cuadro 1
Evolución histórica de la descentralización de la salud en los países Argentina Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua y Venezuela

Países	Hitos de la Descentralización
Argentina	Hasta 1945: Modelo descentralizado anárquico 1955-1978: Descentralización de un sistema desarticulado Desde 1978: Descentralización orientada relaciones financieras entre nación y provincias: Desde 1997: Nuevo Modelo Sanitario: descentralización Híbrido de devolución de competencias al nivel provincial con escasa participación de la comunidad, con un elevado grado de autonomía de gestión.
Bolivia	1994: Delegación De responsabilidad nivel municipal 1995 Delegación de responsabilidades a nivel departamental 1996: Nuevo Modelo Sanitario o Modelo de gestión compartida con participación popular a través de los directorio local de salud (DILOS)
Brasil	1978-1983: Primeras iniciativas de integración (AIS). Movimientos sociales exigen cambio institucional en la política de salud. 1984-1991: Creación del sistema unificado y descentralizado de salud (SUS). Paso decisivo con la democratización del país. En 1988 se consagra constitucionalmente el SUS (pero con competencias ambiguas), el cual es reglamentado en 1990. 1992-1996: Aumento y aceleración de la municipalización
Chile	1981-1982: traspaso en forma experimental de función ejecutiva (responsabilidades de atención primaria de salud e infraestructura) al nivel municipal. Suspendido durante la crisis y reiniciado en 1987)
Colombia	1968: desconcentración de recursos fiscales 1986: Descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestatarias de servicios de primer nivel en los municipios. 1990: descentralización de la prestación de los servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y control sobre los servicios de salud. A los municipios se les asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención primaria en salud y a los departamentos los del segundo y tercer nivel. Constitución de 1991. Los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria y se establece el carácter obligatorio de seguridad social. 1993: Se reglamentó los dos elementos establecidos en la Constitución de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en salud.
México	1983-1987: Primera etapa de la descentralización de la salud. Se trató mas de un modelo de coordinación que de descentralización, pues no se transfirió autoridad. 1988-1994: Fortalecimiento del modelo de sistemas Locales de Salud (SILOS). Se intentó fortalecer la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones descentralizadas dando origen a una descentralización administrativa (se desconcentro la contratación de los medios y, en 1994, el pago del personal.) 1996: Nuevo modelo de descentralización. Se traspasan a los estados recursos y competencias.

Cuadro 1
Evolución histórica de la descentralización de la salud en los países Argentina Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua y Venezuela (Continuación)

Países	Hitos de la Descentralización
Nicaragua	1982: Proceso de regionalización del Ministerio de Salud a/. Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud, bajo el sistema unificado de salud. 1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria b/ 1990: Recentralización presupuestaria 1992: Creación de los sistemas locales de atención integral
Venezuela	1987: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS)- Modelo de descentralización administrativa y desconcentración programática de las funciones de planificación Firma de Convenios entre MSAS, IVSS, IPASME y gobernaciones. Firmaron: Anzoátegui, Bolívar, Mérida, Nueva Esparta, Trujillo y Zulia, con el propósito de coordinar y cooperar en las acciones de las diferentes instituciones dispensadoras sub-regionales de salud, se establece un periodo de 10 años para su consolidación. de SNS; INTEGRADO Por seis subsistemas: 1) Subsistema integrado de atención médica, subsistema de saneamiento sanitario ambiental, subsistema de asistencia social, subsistema de contraloría sanitaria, de profesiones afines y actividades relacionadas con la salud, y subsistema de asesoría técnica y científica. Marzo 1988: Normativa de la organización estructural y funcional del subsistema Integrado de Atención Médica. Noviembre 1988: Reglamento Parcial de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Normativa de la estructura funcional y orgánica del Sistema Nacional de Salud hasta el nivel de Direcciones Generales Sectoriales. Diciembre 1988: Reglamento Orgánico del MSAS, 1989: Ley Orgánica de Descentralización, delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público. 1990: Reglamento Interno del MSAS, Extraordinario. 1993: MSAS anuncia organismo rector de salud para fijar políticas, estrategia, regulación, supervisión proceso de descentralización. 1999: Constitución República Bolivariana de Venezuela; contempla la Descentralización como política de Estado.

Fuente: Bisang y Cetrángolo, 1997; Ruiz –Mier y Guisan, 1997; Ornelas , 1997; Vargas y Sarmiento, 1997c México, Consejo Nacional de Salud, 1996; Draibe, 1998, Gómez, 1997; Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996. CLAD, SIARE. MSAS. Maritza Avila Urdaneta (2007).

ciados de demanda y de regulaciones específicas y legislaciones laborales únicas para de la administración pública. A partir de 1980, la relación de gastos descentralizado sobre el gasto total, a las provincias y municipios estuvo en el orden del 54% y para 1992 del 48%, considerando que la mayoría cuentan con la coparticipación de impuesto para algunos sectores específicos (CEPAL/GTZ, 1996).

El financiamiento a la salud pública se realiza a través de transferencias automáticas a los gobiernos provinciales del denominado pacto fiscal y de recursos propios. No hay transferencias específicas desde el nivel central al sector de la salud, de manera que el presupuesto provincial de salud queda sujeto a la discrecionalidad de la asignación provincial de los recursos propios y de los provenientes

de la coparticipación. El nivel central mantiene la participación en el diseño de programas y formulación de normas. Pero sus decisiones no tienen más que un valor indicativo.

La experiencia Argentina presenta ciertos elementos que la diferencian del resto: 1) intensidad del aporte recursos por la vía subnacional, 2) facultades (competencias) y poder de decisión transferidos a las provincias minimizando el papel del nivel central. 3) compleja estructura del sistema público de las obras sociales, 4) aseguramiento sindical que se ha caracterizado por una organización con autonomía. 5) atención primaria en el sector público se realiza tanto en establecimientos propios como dispensarios, hospitales de baja complejidad como también en hospitales de alta complejidad (Montoya, 1997), y finalmente el 6) Modelo de Autonomía hospitalaria, bajo la figura de hospitales de autogestión.

En general, la tendencia como resultado de la descentralización a nivel subnacional territorial, llamada provincialización de la salud, ha generado diferentes modelos de descentralización, que se diferencian por el grado de descentralización que trasladan a los niveles locales; y por la otra, la ausencia de una política integral encargada de definir las prioridades del sector. En general, las provincias han tendido a copiar el mismo esquema centralizador de la nación, donde un Ministerio de la Salud con un cierto número de hospitales de baja y alta complejidad, y con algún grado de articulación, genera de ese modo un sistema nacional de salud, que se concreta en 24 sistemas provinciales de salud.

1.2. Descentralización de los servicios de salud en Bolivia

Bolivia tiene una extensión territorial de 1,1 millones Km², dividido en 9 departamento,

112 provincias y 311 municipios. La población estimada 7,4 millones de habitantes para el 1995. El proceso de descentralización de la salud se inicia con la promulgación de la ley de poder popular LPP (1994), y con la creación de jurisdicciones municipales autónomas y elegidas por voto popular. Seguidamente el proceso se consolida con la promulgación de la ley de descentralización administrativa LDA (1995) que crea el poder ejecutivo a nivel departamental con las prefecturas, responsables de la coordinación entre el poder central y subnacional (Ruiz Mier, y Guisanni, 1997).

El modelo de descentralización de la salud es de tipo de gestión compartida a través de la Secretaría Nacional de Salud Pública, con participación popular responde a una voluntad más amplia de democratizar y modificar la distribución del poder político. El cual se aplica a través del directorio local de salud (DILOS), que es un ente de participación localizado en el municipio y cuya función es cumplir una función de coordinación dada ausencia de una reglamentación y normativa. Se inscribe en un plan formal de redefinición de las relaciones entre las unidades locales y centrales al interior del sector público en general. A partir de 1993, el financiamiento del gasto a los gobiernos subnacionales (departamentos y municipios) esta en el orden del 42,8 %, y para 1994 del 56%, incluye transferencias de coparticipación tributaria para municipios y departamentos (CEPAL/GTZ, 1996).

Conforme a lo establecido en la LPP (1994), el proceso de la descentralización del sector salud transfiere a los municipios la infraestructura física de la asistencia sanitarias, los centros de salud y los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad incluyendo hospitales del nivel central. Se traslada también las responsabilidades de mantenimiento de la infraestructura, equipamiento y los recursos para

insumos para la prestación de los recursos de salud. El proceso de descentralización avanza de un modelo centralista hacia un modelo de descentralización fiscal, que promueve la creación de dos niveles de gobierno uno local y otro el central. Al respecto, la descentralización no se ha ejecutado plenamente, en lo referente a la transferencia de la gestión administrativa a los departamentos para cumplir con las funciones operativas de administración, supervisión y control de los recursos en salud (Ruiz - Mier y Guisanni, 1997). En síntesis, este tipo de modelo de gestión de salud compartida y fragmentado por factores, pasa a ser altamente controlado por los mecanismos de coordinación vertical (prefecturas) para salvaguardar la eficiencia de los servicios de salud; mientras que control social se realiza a través de los comités de vigilancia a los fines de controlar las actividades de salud. En general, preservar la provisión de servicios de salud que debe estar acompañado por los mecanismos administrativos que aseguren a cada organismo en los distintos niveles las funciones a cumplir que se les ha asignado.

1.3. Descentralización de los servicios de salud en Brasil

Brasil tiene una extensión territorial de 3,6 millones Km² el primer país de América Latina con mayor extensión de población. Dividida en 26 estados más 1 Distrito Federal, 5.200 municipios. La población estimada es 198,8 millones de habitantes para el 2006 (CEPAL/GTZ, 1996). El proceso de descentralización del sector salud en Brasil se inicia a finales de setenta, caracterizado por la gradualidad en los cambios y prioridades. Proceso que deviene ante la reacción al fuerte centralismo derivado del gobierno militar, entre 1964 y 1984, cuando cobra fuerza el movi-

miento por la descentralización de las políticas públicas en Brasil. Posteriormente, en 1988 se crea el sistema único de salud (SUS), significó una transformación radical no solo por la descentralización, sino también gratuito y universal de prestación médico-sanitaria (Draibe, 1998).

A partir de 1960, el financiamiento del gasto a los gobiernos subnacionales (relación de gastos descentralizado sobre el gasto total), es 41%, disminuye en 1980 (34%), y se incrementa en 1992 (48%); tradicionalmente ha estado restringido a las municipalidades observando que la mayoría se caracteriza por la coparticipación tributaria para algunos sectores específicos (CEPAL/GTZ, 1996). En su inicio el proceso de descentralización se constituye en una respuesta a las demandas en la orientación del derecho a la salud y eliminar la fuerte segmentación y fragmentación del sistema. En este sentido, la descentralización se asocia con la optimización en la asignación de recursos al interior del sector salud, y se complementa con una serie de reformas orientadas a integrar el sistema público de salud, reducir el poder del nivel central, fortaleciendo los niveles subnacionales y aumentando el grado de participación popular (Draibe, 1998).

El modelo de descentralización de la salud establecido fue liderado por el personal del área médica fundamentalmente del sector público, impulsado a través de movimientos sociales hacia un cambio institucional definido en tres niveles de gobierno en el sistema unificado de salud (SUS), correspondiente a la descentralización y desconcentración de los recursos y del poder público (Draibe, 1998). A partir de 1993, para los estados, se definieron dos categorías: gestión parcial y semiplena, y en el caso de los municipios se ajusta a una tercera categoría aún incipiente, identificada con los siguientes elementos: 1) la corresponden-

cia de las fuentes de financiamiento, funciones y atribuciones de las distintas instituciones, 2) irregularidad y ausencia de una articulación constitucional por la fuerte dependencia de las políticas de ajuste y estabilización macroeconómica. La profundización de la crisis se presenta durante el período 1991-1993, cuando el gasto en salud se aplica para el ajuste fiscal, acción que se subsana con el establecimiento de un impuesto transitorio destinado a financiar el sector salud a partir de 1997.

Es general, podemos destacar que el modelo de municipalización de la salud semiplena se está ejecutando gradualmente, atendiendo a las competencias específicas del nivel municipal en lo que respecta a la gestión de la salud local; mientras que los estados le compete la planificación regional de las políticas de salud. Se puede decir, que el modelo puede conceptualizarse como de devolución híbrida al nivel de los municipios. Donde los estados no tienen claramente delimitada sus competencias, aún cuando han venido transfiriendo los servicios de salud y ejecutando en forma completaria o sustitutiva algunas acciones y servicios no asumidos por el municipio. “Entre los factores condicionantes de éxito figuran las capacidades relativas y el empeño reformulador de los niveles superiores de la jerarquía...encaran dificultades en materia de gestión, capacitación y en fin, calidad de los servicios prestados. La revolución gerencial anunciada por SUS (5) no se materializa todavía” (Dribe, 1998: 151*).

1.4. Descentralización de los servicios de salud en Chile

Chile tiene una extensión territorial de 756.096 km². Dividida en 13 regiones y 51 provincias. La población estimada es 16 millones de habitantes para el 2002 (CEPAL/GTZ,

1996). El proceso de descentralización de la salud en Chile, se inicia a comienzos de los ochenta en un contexto no democrático, como respuesta a un conjunto de reformas políticas, se identifica como un modelo de desconcentración administrativa a los municipios bajo la direccionalidad del nivel central; concebido en tres dimensiones: 1) introducción de mecanismos de mercado, 2) criterios de subsidiariedad del Estado (focalización y privatización), y 3) la descentralización territorial de la atención primaria de la salud en el nivel municipal (Carciofi y Larrañaga, 1996).

A partir de 1980, el nivel central faculta a los niveles subnacionales para recaudar impuestos en el orden del 4,7% y para 1992 (3,6%), específicas para los sectores salud y educación. No se aplicaban transferencias desde el nivel central (CEPAL/GTZ, 1996). El modelo de descentralización consistió en el traspaso de la administración de los establecimientos y recursos del personal de la salud primaria a nivel municipal, y en la desconcentración de los servicios de segundo y tercer nivel. De manera que fueron traspasados: 1) la infraestructura y el personal del primer nivel de atención a los municipios, y 2) los hospitales de administración centralizada pasaron a ser administrados por 26 servicios de salud que se crearon en todo el país.

La municipalización de la salud durante el período 1981-1985, transfirió únicamente el 20% de los establecimientos, cuyo financiamiento se basó en el presupuesto público, con ciertos grados de discrecionalidad. El avance fue lento debido a la presión de los gremios que no se adhirieron a la reforma y a la crisis económica de los ochenta. Mientras que durante el lapso 1986-1989, se traspasó la casi totalidad de los establecimientos restantes (Carciofi y Larrañaga, 1996). Es importante destacar que el esquema de financiamiento de la atención

primaria de salud se basó desde el principio en un sistema de facturación por atenciones prestadas en los establecimientos municipales (FAPEM), siendo revisado periódicamente para lograr la eficiencia y equidad en la atención de la salud. En resumen, el modelo de descentralización consistió en el traspaso del nivel central a los municipios (municipalización de la salud) consistente en la administración de los establecimientos y recursos del servicio de salud (salud primaria nivel municipal), y en la desconcentración de los servicios de segundo y tercer nivel. La participación de la comunidad, no conjugada con los mecanismos de participación formal en la función de control, por cuanto es responsabilidad de los consejos de desarrollo que contribuye al ejercicio de la función de control social.

1.5. Descentralización de los servicios de salud en Colombia

Colombia tiene una extensión territorial de 1,33 millones Km², dividida en 32 departamentos más 1 Distrito Capital, 1060 municipios y 3 distritos especiales (CEPAL/GTZ, 1996). La población estimada es 42.4 millones de habitantes para el año 2005. El proceso de descentralización en Colombia se inicia a partir de la década del sesenta, en forma gradual, originada por la demanda de una mayor autonomía en la gestión de los servicios de salud, dada por la incapacidad de los esquemas centralizados de responder a las crecientes demandas sociales e impulsa la descentralización para estimular una mayor eficiencia del gasto (Vargas y Sarmiento, 1997).

Como parte del proceso de descentralización se impulsa la transformación del aparato gubernamental para dotarlo de una estructura más moderna y la creación del situado fiscal en 1968, con destino exclusivo para pro-

gramas de salud y educación. Además se transfirió a los municipios una porción del impuesto a las ventas. El sistema nacional de salud fue creado en 1975, con el propósito de mejorar las condiciones de carácter extraterritorial, prestación y control de los servicios de salud. Transferencia de responsabilidades a los municipios y vigilancia al primer nivel de atención en salud, y a los departamentos lo correspondiente al segundo y al tercer nivel. En general se ha caracterizado por una reforma integral del sector salud, que atiende a la reorganización institucional y a la modalidad de su financiamiento para el aseguramiento de la gestión territorial. Es importante destacar, como lo señalan Vargas y Sarmiento (1997), que la planificación y organización del proceso de descentralización se inicia a partir de 1986, con la competencia de la inversión en infraestructura transferida a nivel municipal. Una segunda fase, en 1990 (6) con el proceso de reforma sectorial y transferencia en la prestación y funcionamiento del nivel del primer nivel de atención en salud. La tercera fase se concreta con la Constitución de 1991. Seguidamente, la cuarta etapa en 1993, se concretan las competencias territoriales en todos los sectores, y se establece la figura de financiamiento con la aprobación del nuevo sistema de seguridad social en salud (regímenes contributivo y subsidiado).

A partir de 1980, la financiación del gasto del gobierno central a los gobiernos subnacionales, es 38% y aumenta en 1990 (45%). La coparticipación de impuestos a nivel municipal y transferencia a los departamentos es 9,4% (1980) y disminuye en 5% para 1990, además de transferencias de recursos desde el nivel central para inversión (CEPAL/GTZ, 1996).

En resumen, el modelo del proceso de descentralización ha evolucionado en forma gradual, específicamente en la transferencia

de competencias a los niveles subnacionales (intermedio y local) con el traspaso de recursos y autonomía. Revela una débil capacidad en la gestión de recursos de los departamentos a los municipios en el manejo de los recursos humanos. Débil participación de las comunidades en el proceso de gestión del servicio de salud.

1.6. Descentralización de los servicios de salud en México

México tiene una extensión territorial de millones Km², dividida en 31 estados más 1 Distrito Federal más 2400 municipios. La población estimada es 97, 5 millones de habitantes para el 2000 (CEPAL/GTZ, 1996). La descentralización comienza a finales de la década de los setenta, motivado a las demandas acumuladas de los gobiernos subnacionales por un mayor poder decisorio. Aunado a las necesidades fiscales, y a un intento de reducir las presiones presupuestarias en un contexto de inestabilidad económica y desequilibrios fiscales. Efectivamente, en 1983 la descentralización se inicia en forma gradual por la limitada cobertura nacional. En una primera etapa, se seleccionaron los que disponían de buena cobertura y bajos costos de homologación salarial. Para fines de 1987, solamente se había transferido aproximadamente el 50% de los estados que se habían incorporado al proceso (Ornelas, 1997).

A partir de 1992, la financiación del gasto del gobierno central a los gobiernos subnacionales (estados y municipios), es aproximadamente 50%, incluye la coparticipación de impuestos para varios sectores (CEPAL/GTZ, 1996). Para 1995, continúa con el llamado descentralización de segunda generación por las consideraciones políticas y sectoriales, que considera los siguientes elementos:

1) superar la ineficiencia, 2) aumentar la cobertura y 3) mejorar la calidad de la atención primaria privilegiando a la población excluida sin cobertura de ninguna institución social. De tal forma que el mecanismo de asignación presupuestaria a partir de 1996, atiende al índice de marginación (pobreza) y la tasa de mortalidad estandarizada, con el propósito de detectar el problema y necesidades de cada estado en materia de salud. Para las regiones deprimidas y sectores vulnerables, se contempla una política de compensación a fin de preservar y mantener la unidad del sistema y fortalecer a los estados más pobres. Como programa complementario se establece un paquete básico de servicios de salud, con el apoyo del Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (Ornelas, 1997).

En síntesis, hay acuerdo en afirmar que la experiencia mexicana corresponde a un modelo estadualización de la salud a partir de 1996, con una devolución híbrida en el nivel intermedio, renovar el federalismo otorgándole mayor autonomía a los estados, en la formulación de políticas y el otorgamiento de recursos, mientras que el nivel central se abroga la función normativa en materia de salubridad general.

1.7. Descentralización de los servicios de salud en Nicaragua

Nicaragua tiene una extensión territorial de 120.339, 54 km², dividida en 17 departamentos y 142 municipios. La población estimada es de 4,3 millones de habitantes para el año 1995 (CEPAL/GTZ, 1996). El proceso de descentralización de la salud se inicia en 1992, motivado a consideraciones en el ámbito político, consolidar el nuevo papel del Estado de formular las políticas y principal responsable del financiamiento de los servicios, excluyendo la gestión de la salud.

A partir de 1992, la financiación del gasto de la salud se realiza mediante transferencia del gobierno central, al nivel local de 25%, con tendencia hacia la centralización. Transferencias muy reducidas para la coparticipación de impuestos para varios sectores (CEPAL/GTZ, 1996). El modelo de descentralización de la salud caracteriza limitaciones de autonomía en materia de financiamiento. Se realiza en el nivel intermedio a través del establecimiento de 17 sistemas locales de atención integral de salud SILAIS, que tienen una relación territorial próxima con el nivel de los departamentos. Para el control de los recursos, se estableció un sistema de contrato denominado compromiso de gestión, en el cual se especifican las metas en materia de productividad y satisfacción de los usuarios. El sistema de contrato o compromiso de gestión, define dos aspectos fundamentales: 1) establecimiento de metas en materia de productividad y 2) satisfacción de los usuarios a través de los SILAIS y hospitales dependientes del nivel central. A partir de 1995 se instituye procedimiento en la distribución presupuestaria mediante un índice epidemiológico que recoge el estado de salud de la población (Gómez, 1997).

A través del Instituto Nicaragüense de Bienestar y Seguridad Social, se realizan acuerdos de cooperación y recuperación de costos por venta de los servicios que no tienen una contrapartida presupuestaria. En síntesis, un modelo que identifica una desconcentración en el nivel intermedio de la gestión administrativa de los componentes de gasto variable (bienes y servicios). De manera que las funciones de financiamiento, administración y contratación de los recursos humanos continúan centralizadas en el Ministerio de Salud, y Ministerio de Finanzas, respectivamente. Significativa participación ciudadana en la

gestión de los SILAIS, tanto a nivel nacional como local, consejo nacional de salud y de los consejos locales de salud, conjuntamente con las juntas directivas en todos los SILAIS y hospitales.

1.8. Descentralización de los servicios de salud en Venezuela

Venezuela tiene una extensión territorial de 3.011 Km², dividida en 23 Estados, un Distrito capital, las dependencias federales y 333 municipios. La población estimada 26 millones de habitantes para el 2001. El proceso de descentralización como estrategia para la modernización del Estado, se inicia a finales de los ochenta con la adopción de una política de descentralización administrativa, promovida por el propio Estado, y de la centralización normativa de la salud desde el nivel central, a través del órgano rector el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS), y la aprobación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) en 1987.

Posteriormente se aprueba la Ley de Descentralización Delimitación y Transferencia de Competencia del poder Público (LDDTC, 1989), impulsada desde el ámbito político, para consolidar el nuevo papel del Estado y asegurar la transición pacífica y constitucional desde el sistema de Estado centralizado de democracia de partidos a democrático participativo, y la entrega de responsabilidades sobre el servicio de salud para mejorar la eficiencia del gasto local.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), en una primera etapa del proceso de transferencia de competencias a nivel de los estados, se materializa a través de la existencia de un convenio firmado entre el gobierno central y el estado, mediante el cual se adquieren definidos compromisos, establecen responsabilidades

que se expresan en planes y programas de transferencia de cada territorio estatal. El modelo de descentralización de la salud ha presentado limitaciones de autonomía en materia de financiamiento y en la cancelación de pasivos laborales. El sistema de servicios de salud reorganizando confiere de manera prioritaria la salud al nivel primario, con el compromiso político de profundizar la descentralización a todo el nivel territorial (Ávila, 2004).

En 1993, el proceso de descentralización toma un nuevo impulso en el marco de la política social. De ello hay que mencionar el Plan para el Enfrenamiento de la Pobreza (PEP), el Programa de Ajuste Estructural con el Banco Mundial y, especialmente, el Proyecto de Desarrollo Social (PDS), lo cual incide favorablemente en la asignación de mayores recursos a los servicios sociales, en correspondencia con las necesidades de los sectores más pobres (Pérez y Jaen, 1993).

Aun cuando la descentralización ha sido vista como una alternativa para incrementar la capacidad del estado en Venezuela, persisten problemas en los niveles subnacionales, : 1) escasa autonomía real de las autoridades (alcaldes y gobernadores), 2) tendencia deficitaria en las transferencias financieras, 3) elección de modelos de provisión de servicios con problemas de coordinación y control, 4) deficiencia en los sistemas de información y 5) insuficiente esfuerzos de formación de personal para llevar adelante los programas establecidos en los convenios de transferencia del servicio de salud.

Hasta el año 1998, se descentralizaron 17 entidades federales (estados), restando los estados Apure, Barinas, Cojedes, Guárico, Amazonas, Delta Amacuro y Vargas (PROVEA, 2000). En 1999, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) impulsa el modelo de Atención Integral como parte de los li-

neamientos de políticas públicas, orientado al logro de la mayor calidad de la atención. Este modelo enfatiza en la promoción, la prevención y el enfoque integral entre la persona, la familia, el entorno comunitario y la relación con el equipo médico.

En resumen, el modelo de descentralización de la salud ha estado orientado hacia el nivel estatal, presentando limitaciones de autonomía en materia de financiamiento y en la cancelación de pasivos laborales. Determinadas fases del proceso quedaron inconclusas por incumplimiento de parte del gobierno nacional, dada la organización no identificada con la descentralización de la salud, entorpeciendo las acciones y decisiones en la materia de transferencias al nivel subnacional.

2. Análisis de resultados

El modelo de política social desarrollado a través de la descentralización de la salud, en los países objeto de estudio, revela ausencia de modelos puros de transferencia de la competencia de la salud. Se evidencia un predominio de tipo fiscal en las reformas realizadas en Argentina Chile y Brasil, y de tipo político (legitimación de los gobiernos situaciones conflicto y democratización) como en Colombia, Venezuela, y en el caso de Brasil que se erige en un gobierno militar centralista. En el presente trabajo destacan las reformas que acontecen entre las décadas de los ochenta y noventa, producto de los cambios en el contexto económico y político, asimismo destaca que estas reformas obedecieron a preocupaciones de legitimación de los gobiernos en nuevos contextos democráticos.

Es importante destacar, la implantación de las reformas en contextos democráticos, motivado la negociación entre los distintos grupos de poder involucrados para lograr

la viabilidad del proceso. Otro aspecto importante de advertir es la cantidad de combinaciones de niveles involucrados y del alcance de competencias y responsabilidades traspasadas y en áreas geográficas consideradas. Todo ello condicionan el modelo, y a las consecuencias que generan las reformas por su impacto sobre la eficiencia social como característica en los procesos de descentralización, la equidad del espacio territorial, redistribución del poder político, posibilitando una serie de combinaciones. Del trabajo realizado, se derivan una diversidad de modelos de descentralización de la salud, aplicados en los países objeto de estudio, que podemos identificar: a) intermedio o estadualización, b) municipalización, c) compartida, d) semiplena, e) mixta (descentralización y desconcentración), y la combinación que puede darse entre ellas.

A continuación se identifican los diferentes modelos: 1) Argentina (Intermedio -Provincialización de la salud con múltiples modelos de descentralización); 2) Bolivia (Compartida -gestión compartida- participación niveles central, departamento y municipio con participación popular); 3) Brasil (Semiplena -municipalización de la salud con diferentes grados de descentralización); 4) Chile (Mixta -descentralización municipal la salud primaria y desconcentración municipal de los servicios de segundo y tercer nivel de salud con poco nivel de participación popular), 5) Colombia (municipalización de atención primaria de la salud y los departamentos segundo y tercer nivel con participación comunitaria); 6) México (Intermedio -estadualización de la salud devolución competencias a los estados); 7) Nicaragua (Mixta -descentralización presupuestaria con participación de sistemas locales de atención integral departamental) y, 8) Venezuela (estadualización gradual).

Al interior de cada país, se puede destacar diferencias entre los niveles involucrados por sector, en los casos de Brasil, Colombia y Nicaragua. En los dos primeros países se detecta un enfoque de carácter municipalista en atención primaria de salud, mientras que en Nicaragua se inicia con el municipalismo hacia la departamentalización de la salud. Con relación a la participación de la comunidad en las distintas funciones y actividades inherentes a la descentralización de los servicios de salud, destaca en mayor grado Nicaragua y en menor medida Brasil.

Se advierte que en la administración del servicio de salud ha sido traspasada a niveles territoriales o no territoriales subnacionales, mientras que los aspectos de regulación y supervisión del sistema han permanecido centralizados. Asimismo las motivaciones iniciales que impulsaron el proceso de descentralización de provisión por sectores, niveles y mecanismos de traspaso de los recursos, autonomía entregada en las funciones y por la intensidad en la participación social. Traspaso a niveles territoriales de provisión por parte del gobierno central hacia los niveles descentralizados, lo cual muestra una tendencia de insatisfacción de los tiempos de espera y deriva en dificultades económicas presente lo cual debilita la motivación y entusiasmos para dirigir el proceso. Hay coincidencia en el aumento de la eficiencia del gasto público social que se ha ido innovado con las variantes de la instrumentación de los diferentes modelos de provisión de la salud, elemento fundamental de la motivación fundamental de las reformas que se han venido instrumentando en América Latina.

3. Conclusiones

En general, todos los modelos revisados en los niveles subnacionales siguen res-

pondiendo al nivel central, debido a la estructura de financiamiento dependiente de éste y la vinculación normativa e incentivos establecidos. Encontramos coincidencia en países como Argentina, Brasil y Colombia, donde hay un grado relativamente alto de autonomía financiera a los niveles de gestión de financiamiento de las transferencias. Otro elemento significativo de mencionar, es la participación ciudadana, que no ha logrado aprovechar las potencialidades de la descentralización en lo referente a la eficiencia social. Al respecto, es importante destacar el caso de Nicaragua, y en menor medida en Brasil y Bolivia.

Con respecto a la evolución de la eficiencia técnica de la transferencia del servicio de salud mediante indicadores de costo/impacto de la provisión en los países objeto de estudio, no se cuenta con la información suficiente, exceptuando a México, donde existe alguna evidencia de largo plazo acerca de este tipo de indicadores.

En los países objeto de estudio, el análisis se ha centrado en la distribución de recursos y gastos en áreas geográficas como indicador intermedio de equidad. En los pocos casos donde se evidencia información comparativa entre dos momentos en un tiempo suficiente alejado y relevante ha sido en Argentina, Brasil y México donde se evidencia que la calidad del servicio ha tendido mejorar (Carciofi y Larrañaga (1996). Por lo tanto, es necesario asumir un nivel de responsabilidad de coherencia interna de los modelos de descentralización a nivel subnacional en América Latina, claridad en el diseño de los procesos para elevar la eficiencia y la equidad en el cumplimiento de la prestación de los servicios de salud y tender hacia la mejora continua de mecanismos eficaces de coordinación vertical y horizontal, de modo de acometer acciones más radicales en los procesos de descentralización de salud en América Latina.

Notas

1. En este trabajo se intenta abordar las políticas como procesos adaptativos, en los que las metas se redefinen, reajustan o reinventan, de modo que los procesos de ejecución, evaluación permanente, sean resaltado de la confrontación de intereses entre los distintos actores sociales, así como de las limitaciones de información y a otras dificultades propias de la actividad política.
2. En resumen, la descentralización se plantea como respuesta a los cuestionamientos fundamentales que derivan del siglo XV se profundizan a finales del siglo XVII, y permanece en el siglo XXI, como son: 1) centralización del poder, 2) sumisión al poder político y 3) necesidad de sociabilizar por los ciudadanos y 4) satisfacer necesidades en una vida comunitaria. De ello se desprende que el verdadero poder de un gobierno es responder al desarrollo inherente a su pueblo. En un sentido muy general, todo gobierno se basa en el consentimiento común. Asimilando la tesis de Rousseau, la soberanía pertenece solo al pueblo como cuerpo, en tanto que el gobierno es un mero órgano que tiene poderes delegados que le pueden retirar o modificar según lo quiera la voluntad del pueblo. La filosofía social de Rousseau acentúa la importancia del grupo (comunidad), y de la satisfacción derivada de la participación. De ello infiere, que la descentralización del poder, la participación del ciudadano en la vida comunitaria y en el gobierno, deviene del consentimiento común de satisfacer las necesidades vitales en una relación debidamente organizada por los órganos constituidos.
3. La noción de Estado social y democrático de derecho, como señala Parejo Alfonso citado por Gonzáles S. (1994), se fundamenta en diversas ideas rectoras de la organización política la de la conquista histórica del Estado por el Derecho, la de la soberanía popular y de la responsabilidad del Estado en orden a las condiciones de vida comunitaria, que se sintetiza en la exigencia a la organización política de una intervención social dirigida a la corrección de las desigualdades.

4. CLAD (2007) información Bibliográfica sobre Estado, Administración y Sociedad (SIARE). Página Web. <http://www.clad.org.ve>
5. El programa de redemocratización de los años ochenta insistía, en la democratización de los recursos y el poder decisorio, así como en la descentralización de casi todos los sectores del sistema nacional de protección social, proyectando una densa agenda reformista para el área social.
6. Descentralización con una nueva organización territorial. En 1990 el país convoca a una Asamblea Constituyente con el propósito de lograr la superación de los conflictos y recuperar la legitimidad. La nueva Constitución le confiere una nueva Constitución el carácter de República unitaria descentralizada y amplía el número de entidades territoriales con autonomía regulada (Vargas y Sarmiento, 1997).

Bibliografía citada

- Asamblea Nacional Constituyente (1999). Constitución de la República de Colombia, 1991. <http://www.bibliotecas-virtuales.com/biblioteca/Constituciones/Colombiana/index.asp> Consulta el 13.03.2007.
- Ávila Urdaneta, Maritza J. (2004). "Municipalización de la salud en el estado Zulia", **Revista Ciencia de Gobierno**, Año 8, No. 15, Enero Junio 2004. Pp. 93-122.
- Avila Urdaneta, Maritza (2007). "Estrategia de la Descentralización de la Salud y Participación social en el marco de la Constitución de 1999, caso de estudio el estado Zulia, período 1998-2004" Tutor Phd. Marino González Postdoctorado Políticas Públicas Decanato de Postgrado. Unidad de Políticas Públicas, Universidad Simón Bolívar. Trabajo Final que acredita el Certificado de Postdoctorado en Políticas Públicas.
- Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar (1997). Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales y publicado por CEPAL. **Serie Reformas de Política Pública** No. 47. México.
- Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar (1998). Parte II Estudios de Casos Nacionales. CEPAL Comisión de Estudios para América Latina y el Caribe. COMPILADO POR ena-nuela DI Gropello y Rosella Cominetti. Agosto de 1998. 254 pp. Internet. <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp> Consulta el 13.03.2007.
- Carciofi, Ricardo; Cetrángolo, Oscar; y Larrañaga, Oswaldo (1996). Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile. CEPAL/UNICEF (fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (CEPAL/GTZ) (1996). Descentralización fiscal en América Latina: Balance y principales desafíos. Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1996). La Descentralización de la educación y la salud un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana, compilado por Emanuela di Gropello y Rosella Cominetti, <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.Asp?xml=publicaciones/sml/4/4644/P4644.xml.../p9f.xs> Consulta el 3/3/20007. Consulta el 13.03.2007.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo CLAD (2007). Información Bibliográfica sobre Estado, Administración y Sociedad (SIARE). Página Web. <http://www.clad.org.ve> Consulta el 13.03.2007.
- Congreso Nacional República de Venezuela (1994). Ley del Poder Popular. Ley No 1603 del 15 Diciembre 1994. <http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/>

- [ley-1603-del-15-diciembre-1994.htm](#)
Bolivia Consulta el 13.03.2007.
- Congreso Nacional República de Venezuela (1995). Ley de Descentralización Administrativa de Bolivia Ley N° 1654 de 28 de Julio de 1995 [www.indicep.org/leyes2/Ley%20de%20descentralizacion%20administrativa.pdf](#) Bolivia. Consulta el 13.03.2007.
- Congreso Nacional República de Venezuela Ley de Descentralización y Delimitación y Transferencia de Competencias (1989). **Gaceta Oficial de la República de Venezuela** N° 4153 del 28-12-1989. Venezuela.
- Congreso Nacional República de Venezuela (1987). Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. **Gaceta Oficial de la República de Venezuela** N° 36579 de la 11-11-1989. Venezuela.
- Di Gropello Emanuela y Comitnetti Rosella (compiladores) (1998). La Descentralización de la educación y la salud un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana, <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=publicaciones/sml/4/4644/P4644.xml.../p9f.xs> CEPAL. Secretaría Ejecutiva. Santiago de Chile, Agosto. Consulta el 3-03-2007.
- Draibe, Mirian Sonia (1998). "Avaliacao da descentralizacao das politicas sociais no Brasil: Saúde e educacao fundamental" Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile. Publicado en México, **Serie Reforma de Política Pública**, No. 52, Pp.233.
- Gómez, Jose Pablo (1997). "Evaluación de la descentralización del sector salud en Nicaragua", serie **Reforma de política pública**, No. 54, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en Educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile. **Serie Reformas de Políticas Pública** No. 54. México. Pp. 217.
- González, Secundino (1994). Los Procesos Políticos de Cambio Compilación Manuel Pastor (Coordinador). **Fundamentos de Ciencia Política**. Mc. Graw Hill Interamericana de España S.A.U. Editor Isabel Capella. Impreso en España. Pp. 233-266.
- Kliksberg Bernardo (2002). **Hacia una Economía con Rostro Humano**. Fondo de Cultura Económica. Impreso en Argentina. Segunda Edición.
- Montoya, Santiago (1997). "Reformas al Financiamiento del sistema de salud Argentina", **Serie Financiamiento del desarrollo**, No. 60, Proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago de Chile.
- Omelas, Carlos (1997). "La descentralización de los servicios de Educación y de Salud en México. Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales. Pp. 187-207 Publicado en México.
- Pérez Itriago, Auristela y Jaen María Elena (1993). Descentralización de la Salud: por una atención de calidad. Propuestas y Escenarios. Casanova, Navarro, Jaén, Corredor (Coordinadores) Descentralización de la Educación, la Salud y las Fronteras. Comisión presidencial para la Reforma del Estado (COPRE), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Editorial Nueva Sociedad. Caracas, Venezuela.
- Programa de los Derechos Humanos para Venezuela PROVEA (2000) informe Anual

- 1999-2000 Comisión de derechos Humanos de las Naciones 2000-2001 Septiembre http://www.derechos.org/ve/publicaciones/infaual/2000_02/derecho_salud.htm#08 Consulta el 13.03. 2007.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (1997). **Gobernabilidad y desarrollo democrático en América Latina y el Caribe** New York. Naciones Unidas.
- Ruiz –Mier y Guissani, B. (1997). El Proceso de Descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en BOLIVIA”, **SERIE Reforma de Política Pública** No. 48. Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Sabine, George (1998). **Historia de la Teoría Política**. FCE. México.
- Vargas y Sarmiento (1997). “La descentralización de los servicios de salud en Colombia”. **Serie Reforma de Política Pública**, No. 49, 50 y 51. Proyecto regional CEPAL/ Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en Educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Publicado en México. Pp. 165-186.