



LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN VENEZUELA

(Reconstrucción de un proceso)

Thais Maingon*

Resumen

En 1989 dentro del marco de la reforma del Estado, se pone en marcha el proceso de descentralización político-administrativa. En este sentido se realiza la reforma a la Ley del Sufragio y se efectúan, por primera vez, las elecciones directas de los alcaldes y gobernaciones de los estados, menos en el Distrito Federal. Posteriormente se promulga la Ley de Delimitación y Transferencia de Competencias desde el nivel central hacia las entidades federales. El reto para los estados era concretar el proceso de transferencia de competencias. El caso que aquí interesa es el proceso de transferencia de competencia de los servicios de atención en salud desde el nivel cen-

tral hacia los niveles locales. El objetivo principal de este trabajo es el de reconstruir como se dio este proceso de transferencia, ubicando sus problemas y las consecuencias que ello tiene para el sector salud en cuanto a la eficiencia y eficacia en la prestación de sus servicios. Interesa además conocer el resultado de algunas de las evaluaciones realizadas, así como también, la actuación de las diferentes fuerzas y actores sociales. Por último, se realiza un balance sobre las perspectivas de este proceso.

Palabras claves: *Descentralización, transferencia de competencia, salud, Venezuela.*

Recibido: 21-04-96 • Aceptado: 15-10-96

* Socióloga. Profesora e Investigadora del Cendes de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

The Decentralization of Health Services in Venezuela (Reconstruction of a process)

Abstract

In 1989, within the framework of state reform, the process of political-administrative decentralization was initiated. Under this process, the first direct suffrage elections were held at the local and state level, with the exception of the Federal District. Later, the Law of Delimitation and Transfer of Authority from the central government to the state governments was promulgated. The challenge at the state level was to consolidate that transfer of authority. This study is interested in the process of the transfer of authority in the health service sector from the central to the local level. The principle interest

here is to reconstruct how this process of transfer occurred, focusing on the problems and the consequences it had on the health sector in terms of efficiency and effectiveness in the services offered. The results of some of the initial evaluations of the process as well as the role played by the different social forces and protagonists in the transfer are mentioned in this study, as well as an initial accounting as the future perspectives of this process.

Key words: *Decentralization, Transfer of authority, Venezuelan Health System*

1.- Introducción: institucionalización de la descentralización político-administrativa.

Paralelamente con la crisis económica-financiera que los países latinoamericanos están viviendo desde finales de la década de los setenta, en los ochenta se formularon diferentes proposiciones sobre las posibilidades de reformar al Estado y a sus instituciones. Encontramos planteamientos de reforma del Estado tanto en aquellas sociedades que lograron mantenerse en democracia como en aquellas que no. Las proposiciones de reforma del Estado en general, son producto del agotamiento de un modelo de desarrollo y de hegemonía que fue implantado en nuestras sociedades desde mediados del siglo XX y que entró en decadencia en los años setenta.

Los procesos de reformas del Estado adelantados en la gran mayoría de los países de la región, han implicado, en algunos, cambios institucionales significativos en el sistema político y en la relación Estado-sociedad civil, en otros, formulaciones de nuevas constituciones nacionales o cambios sustanciales en las mismas. En esta última década, alrededor de los procesos de reforma del Estado o por ellos, se han hecho evidentes las confrontaciones entre los que

intentan conservar las viejas formas de funcionamiento de la democracia y aquéllos que desean renovarla. En todo caso, el balance que se pueda hacer sobre los procesos de reforma del Estado en la región sería positivo más que negativo.

La reforma del Estado en Venezuela lleva algo más de 10 años de puesta en marcha. Desde la creación de la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE), en diciembre de 1984 -durante el gobierno de Luisini-, hasta hoy (1996) se han producido cambios significativos en algunos aspectos del funcionamiento del sistema político y de la relación Estado-sociedad civil.

Particularmente en Venezuela, el inicio del resquebrajamiento del modelo de desarrollo y del modelo de hegemonía sucede hacia finales de la década de los setenta. Este modelo fue formulado y puesto en marcha a finales de los años cincuenta con el objetivo explícito de derrocar la dictadura de Pérez Jiménez e implantar un proyecto político modernizador, la democracia, que coincidiera con el proyecto industrializador que adelantaba la burguesía.

Es interesante señalar que desde el primer gobierno democrático (Rómulo Betancourt, 1959-1964) el Estado venezolano promovió la creación de sucesivas comisiones encargadas de la reforma de la Administración Pública. Desde este primer gobierno democrático hasta el primer gobierno de Rafael Caldera (1969-1974) estas comisiones no tuvieron ninguna influencia sobre las decisiones del gobierno y estuvieron fuera de las luchas políticas y sociales¹.

Con el primer gobierno de Carlos Andrés Pérez (1974-1979) comienza a debatirse con fuerza la relación que existe entre el modelo de desarrollo (la relación economía-sociedad) y el modelo de hegemonía (la relación Estado-sociedad civil)² y ello debido, principalmente, a que el proyecto de Pérez, denominado **la gran Venezuela**, privilegiaba al modelo de desarrollo sobre el de hegemonía. El objetivo general de este proyecto era el de fortalecer al Estado en la economía. En esta época se nacionaliza la industria de extracción del hierro (1975) y la industria petrolera (1976). Es en este periodo que se amplía la

1 Sobre los procesos de reforma del estado en Venezuela, véase para más detalle: Maingon y Sonntag: "La reforma del Estado en Venezuela: entre la tecnocracia y la democracia.

2 Véase para más detalles sobre este período a Luis Gómez, Margarita López y Thais Maingon (1989): **De Punto Fijo al pacto social. Desarrollo y hegemonía en Venezuela (1958-1985)**.

corrupción y aumenta considerablemente la deuda, tanto pública y privada, interna como externa (Sonntag:1984).

En 1974 Pérez crea una comisión con carácter *ad honorem* para el estudio de la reforma integral de la administración pública, los institutos autónomos y las empresas del Estado (CRIAP). Esta comisión tenía el propósito de "recomendar las medidas que juzgue convenientes para mejorar la eficiencia de la Administración Pública y para ampliar su capacidad de servicio a la comunidad" (COPRE:1990,61). Así mismo, se dicta la Ley Orgánica del Régimen Municipal que no tiene ningún efecto práctico inmediato, pero es un precedente relevante para los posteriores intentos de descentralización del poder público.

Las diversas experiencias e intentos por mejorar el funcionamiento de la administración pública en Venezuela fracasaron, básicamente, porque el problema fue tratado simplemente en sus aspectos administrativos cuando en realidad es un problema eminentemente político. El cambio no es posible hacerlo sólo con criterios administrativos, es necesario renovar y reformar los lugares donde se toman las decisiones y, por supuesto a los decisores.

En la década de los ochenta se profundiza la crisis económica, estalla la crisis del endeudamiento externo, se devalúa la moneda nacional y se hacen expresas las fuertes tensiones políticas y sociales y evidente una economía estructuralmente debilitada. Los mecanismos de mediación entre el Estado y la sociedad civil sufren daños irreversibles, especialmente los partidos políticos, los cuales pierden aceleradamente representatividad y legitimidad. La crisis se extiende mucho más allá del ámbito económico, se presentan deterioros graves, no sólo en las condiciones materiales y calidad de vida de las grandes mayorías, sino también en los valores societales y morales y en los patrones institucionales de la democracia. "Desde entonces, la convergencia de un conjunto de variables críticas, unas de naturaleza estructural y otras coyunturales, vinieron determinando una situación de creciente desajuste y tensión en las relaciones entre el Estado y la sociedad. Este es el escenario que soporta y explica el proceso de formación y discusión de propuestas para la reforma del Estado- entre ellas las de la descentralización-..." (López:1991,250)

Los diagnósticos sociopolíticos que se hacían acerca de la relación Estado-sociedad civil y que fueron compartidos por los diversos actores de la sociedad comenzaban a señalar la urgencia de instrumentar reformas estructurales e institucionales que tuviesen un impacto positivo en dicha relación, que hiciesen

al Estado más eficiente y eficaz en su gestión cotidiana y capaz de ofrecer respuestas satisfactorias a las continuas y crecientes exigencias sociales. Las reformas institucionales tenían que ser de gran magnitud y abarcarían necesariamente las estructuras políticas y sociales, así como también un cambio en los propios mecanismos de funcionamiento del Estado.

El programa electoral de Lusinchi (AD) abordó el tema de la reforma del Estado desde el punto de vista del desarrollo y la modernización de las estructuras y sistemas que lo soportaban. El planteamiento se orientaba hacia el logro de la eficiencia y eficacia de la acción del Estado democrático. Para ello, decía, era necesaria una reforma del Estado con miras a redimensionarlo, al tiempo que se construyeran caminos para hacer vigente lo pautado en la Constitución Nacional.

Una vez electo con mayoría absoluta y contando con el apoyo de las cámaras del Congreso Nacional, Lusinchi (1983-1988) presenta los lineamientos del VII Plan de la Nación en el que destacaba, entre otras cuestiones, la urgencia de profundizar la democracia, lo que requeriría de la democratización del Estado y de modificación de las relaciones de éste con la sociedad civil. La consecuencia inmediata fue la creación, en diciembre de 1984 de la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) con el objetivo explícito de realizar los estudios que fueron necesarios para determinar los lineamientos políticos y acciones que habría que seguirse para el establecimiento de un Estado moderno, que responda a las necesidades y requerimientos de la sociedad venezolana (COPRE:1990,85).

Sin entrar en un análisis detallado del contenido de las diferentes proposiciones hechas por la COPRE desde su fundación, ésta nadó entre dos aguas: hacer democrático y eficiente al Estado. Aquí se combinan contradictoriamente dos racionalidades, la racionalidad tecno-económica y la racionalidad política, lo que hizo aún más difícil cumplir los objetivos para los cuales se había fundado la COPRE. Se estaban formulando dos reformas bien distintas sustentadas en dos racionalidades diferentes: la reforma del Estado como tal y la reforma del sistema político. Ambas reformas introdujeron un cuestionamiento sobre la distribución del poder en la sociedad y en el Estado (Sonntag:1985).

Fue sólo hasta 1988 que la COPRE presentó a la consideración del Ejecutivo Nacional una serie de proposiciones generales, en las que estaba incluida la de los lineamientos generales para una política de descentralización. A

mediados de ese mismo año, y finalizando el período presidencial del Dr. Lusinchí, se sancionó la creación de la figura del Alcalde y su elección directa, universal y secreta y la elección, en la misma forma, de los gobernadores de los estados federales. Estas elecciones se efectuarían separadas de las nacionales y cada tres años. Este hecho fue el antecedente inmediato para iniciar el proceso de descentralización y de transformación progresiva del sistema político.

De las áreas de acción propuestas por la COPRE la más exitosa fue la descentralización político-administrativa y además la estableció como eje-centro necesario para la modernización del Estado y para un eficaz funcionamiento del sistema político. La COPRE esperaba que tuviese como una de sus consecuencias el aumento de la participación y de la representación, lo que a la postre se traduciría en el fortalecimiento de la sociedad civil. La realidad que se presentó a raíz de las primeras elecciones separadas de gobernadores y alcaldes en 1989, sin embargo, fue otra, muy diferente de la que la COPRE esperaba: la abstención electoral superó el 55 por ciento³. Ya en 1979 se habían celebrado por primera vez elecciones municipales separadas de las elecciones nacionales, ahora se le agregaban la de gobernadores y alcaldes. Este tipo de elecciones estaba contemplada en la Constitución Nacional de 1961, fue sólo a partir de las discusiones en torno a la reforma del Estado que se presionó para avanzar hacia la descentralización administrativa y la desconcentración del poder político alrededor del fortalecimiento de la sociedad civil.

En el próximo período presidencial, el segundo de Carlos Andrés Pérez, sin culminar (1989-1993) la COPRE experimentó un retraso y paralización de sus actividades principalmente, por la falta de voluntad política de las diferentes fuerzas para adelantar las proposiciones de reforma que habían sido introducidas en las Cámaras desde el período anterior, por el establecimiento las políticas del ajuste macroeconómico y, muy relacionado con el anterior, el estallido social de protesta popular, conocido como "el caracazo" del 27 de febrero de 1989.

3 Ello en un país que había tenido una alta participación en las elecciones anteriores. Sin embargo, ya desde las elecciones presidenciales de 1988 el aumento de la abstención fue notable así como también las siguientes elecciones locales en donde la abstención se ubicó en más del 50 por ciento. Véase el trabajo de Sonntag y Maingon: "Elecciones en Venezuela en 1988 y 1989: del ejercicio del rito democrático a la protesta silenciosa" y Maingon: "Las elecciones de 1993: ¿cambio o profundización de las tendencias electorales?"

A raíz de estos hechos se reinició el proceso de reforma del Estado, dirigido básicamente hacia la descentralización político-administrativa, se aprobaron Leyes de gran importancia para el funcionamiento del sistema político, como la de la Elección y Remoción de Gobernadores de estados, sobre el Período de los Poderes Públicos de los estados, que fija el período de los poderes públicos estatales y municipales en tres años, sobre el Régimen Municipal, que prevé la elección directa de los alcaldes y separa orgánicamente los poderes legislativo y de control (Concejo Municipal) del ejecutivo (Alcaldías) y por último, la Ley Orgánica sobre Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público, que fue consecuencia de la decisión de elegir en forma directa a los gobernadores "...se entendió que no había otra forma de atender a las expectativas derivadas de la elección que transfiriendo poder y competencias nacionales a los gobernadores". (Brewer-Carías:1994,20).

Actualmente se avanza, no tan rápidamente, en los procesos de descentralización y desconcentración de poderes públicos desde el nivel central hacia los niveles locales. Pareciera que comienza a estructurarse una conciencia colectiva o un mapa cognitivo medianamente compartido alrededor de este proceso, tanto en la sociedad como en los niveles intermedios locales y centrales del ejercicio del poder. Ello es palpable en las diferentes reformas que están siendo adelantadas por las autoridades locales, principalmente las relacionadas con los servicios públicos, entre ellos los de salud, que son las más solicitadas por las comunidades, porque son parte de las necesidades básicas insatisfechas y porque aportan beneficios a corto plazo para la población.

El presente trabajo intenta reconstruir a *grosso modo*, el proceso de transferencia de competencias de los servicios de salud desde el nivel central hacia los niveles locales. En este sentido en la introducción se pretendió hacer un esbozo sobre los antecedentes inmediatos del proceso de descentralización político-administrativa en el marco de los procesos de la reforma del Estado adelantados en Venezuela. En una segunda parte, se revisa brevemente las principales características de la descentralización y del proceso de transferencia de competencias. Aquí se incluyen las razones para descentralizar y las funciones a descentralizar. En la tercera parte, se presenta el resultado de algunas evaluaciones realizadas sobre este proceso. Así mismo se presentan los obstáculos y las ventajas más relevantes que este proceso deleva. En la última parte se realiza un balance sobre las perspectivas del proceso descentralizador.

2.- Descentralización de los servicios de salud: La ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público.

La experiencia venezolana sobre la reforma del Estado e instrumentación del proceso de descentralización tiene muchas similitudes con la de otros países de la región. Por supuesto que también tiene sus especificidades. Ya caracterizamos la situación tanto de Venezuela, como de los demás países de América Latina, como de crisis de legitimidad, también llamada de gobernabilidad, de la democracia y de crisis económica-financiera.

Entre las características del Estado Venezolano que comparte con otros estados latinoamericanos están el centralismo, el partidismo, el clientelismo y la pérdida progresiva de la legitimidad en las instituciones del sistema político. El análisis de este conjunto de problemas y otros que de ellos se derivan encontraron una puerta de salida en las diferentes proposiciones de reforma de Estado que se formularon a lo largo de la década de los ochenta. Estas proposiciones abarcan reformas políticas propiamente dichas, reformas referidas a la modernización administrativa, a la modernización del Estado, de los poderes públicos y al desarrollo de la sociedad civil. Una de estas proposiciones, la más relevante para Venezuela, fue la de la descentralización político-administrativa. Esta proposición se desarrolló paralela con los planteamientos sobre privatización y dentro del marco general de las críticas de corte neoliberal que se le hacían al Estado benefactor.

Razones para descentralizar

En el diagnóstico que realizó la COPRE sobre este punto entre 1987-1988 señalaba que uno de los factores que limita el desarrollo de la democracia en Venezuela, es la forma centralizada de ejercer el poder político y la administración del Estado con las consecuencias de orden político-administrativo y económico que ello conlleva para las distintas regiones. Uno de los objetivos de la reforma, en general y de esta en particular, es aumentar la influencia de la sociedad en la toma de decisiones públicas, así como hacer más eficiente al aparato estatal.

La COPRE señalaba al respecto que la descentralización comprende tanto aspectos políticos como administrativos y económicos (COPRE, 1989). En el ámbito político, la descentralización ayuda al fortalecimiento de la democracia

y a la modernización del país. Al mismo tiempo, anota la COPRE que "la descentralización daría más acceso a las especificidades político territoriales en la determinación de su futuro e inauguraría un proceso que desarrollaría espacios de democracia participativa, real y directa". (COPRE:1989,13).

La descentralización político-administrativa, según la COPRE, devolvería las funciones propiamente locales a la gestión municipal. Ello se revertiría en una mayor eficiencia en la prestación de los servicios públicos, ya que "son los ciudadanos de una localidad los que mejor conocen sus necesidades y los que están autorizados para establecer los criterios más aptos para una eficiente autogestión administrativa local". (Ibid,14) De esta forma las instituciones se acercarían a la sociedad y ésta al Estado, posibilitando una mayor participación y fiscalización ciudadana de la administración pública.

En el ámbito económico, la descentralización establecería las bases para la desconcentración de la toma de decisiones hacia los entes territoriales, se lograría un mejor equilibrio en el desarrollo de las regiones y una creciente participación de la ciudadanía en el diseño y formulación de los planes de desarrollo económico y social locales.

Uno de los ejes de esta reforma responde al reclamo social de mayor acceso a los procesos de toma de decisiones y al logro del incremento de la eficiencia de los servicios públicos, entre ellos los de salud y educación (por supuesto que aquí también se incluyen el abastecimiento de agua, el aseo, la electricidad, saneamiento ambiental, entre otros). Ello implicaba la transferencia de competencias y funciones desde el gobierno nacional hacia los gobiernos estatales y municipales. Suponía también la desconcentración del poder, proceso complementario a la descentralización, a través del cual se delegaría poder de decisión desde los organismos nacionales a dependencias de los mismos ubicadas en las regiones, estados y municipios.

Las objeciones presentadas en el momento giraron alrededor de los siguientes puntos: la posibilidad del surgimiento del caudillismo en las nuevas gobernaciones, lo que derivaría en la ingobernabilidad del país ya que se estarían gestando incoherencias en el quehacer político, debido a la coexistencia de diferentes niveles de gobierno y, por ende, de poder, pertenecientes a toldas políticas distintas entre sí. Se advirtió sobre la posibilidad de la reproducción de los vicios y de la ineficiencia de la administración central en las instancias descentralizadas. También se señaló la duda sobre la falta de madurez de la

población para ejercer realmente la participación en los diferentes y nuevos espacios políticos. Así mismo, se anotaron problemas sobre el financiamiento necesario para llevar a cabo las reformas en los ámbitos regionales y municipales.

Después de mucha discusión, que no es el objeto de este trabajo reseñarla, se aprueba en diciembre de 1989 la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (LOD) entrando en vigencia en enero de 1990.

Ahora bien, el proceso de descentralización, apoyado en la elección directa de los gobernadores y alcaldes abre una importante discusión sobre los criterios descentralizadores y sobre la jerarquización de las responsabilidades en los diferentes niveles del poder local y central. Este proceso ha adquirido muy rápidamente legitimidad en la opinión pública, que lo percibe como un proceso, no solamente político sino también social y en lo que respecta a salud y nutrición, como una respuesta o posible solución a sus demandas.

Funciones a descentralizar

Fue durante el gobierno provisorio de Ramón J. Velásquez⁴, en junio de 1993, que se designó un Ministro de Estado para la descentralización, siendo el primero de ellos Allan Brewer-Carías. En ese año se establecieron algunos mecanismos institucionales con el objetivo de agilizar el proceso de descentralización y que hiciesen efectiva la comunicación entre los diferentes niveles locales y el poder central. Entre otros, fueron creados el Consejo Territorial que integra a los gobernadores, el Presidente de la República y sus ministros, ello con el objetivo de buscar soluciones a los problemas planteados en los dos niveles de poder. También se estableció el Consejo de Alcaldes, con objetivos similares al anterior pero entre los alcaldes y el gobierno central, integrado por los representantes de los alcaldes, por los estados, el Presidente de la República y algunos de los ministros. Se creó el Consejo de Gobiernos del Área Metropolitana de Caracas, del cual forma parte los gobernadores del Distrito Federal y del Estado Miranda, los alcaldes de los municipios y algunos ministros. Es a partir de esta

4 Carlos Andrés Pérez presidente constitucional para el período 1988-1994 no pudo completar su período presidencial por haber sido aprobado su enjuiciamiento por el Congreso Nacional.

fecha y con la puesta en práctica de los diferentes mecanismos intergubernamentales, con el fin expreso de comprometer a la Administración Pública Nacional con la descentralización, que se le dio un especial impulso a la ejecución de la LOD y se efectuó un adelanto importante en cuanto al proceso de transferencia de competencias.

El objetivo de la LOD, tal y como se encuentra plasmado en su Artículo 1, es el de "...desarrollar los principios constitucionales para promover la descentralización administrativa, delimitar competencias entre el Poder Nacional y los Estados, determinar las funciones de los Gobernadores como agentes del Ejecutivo Nacional, determinar las fuentes de ingresos de los Estados, coordinar los planes anuales de inversión de las Entidades Federales con los que realice el Ejecutivo Nacional en ellas y facilitar la transferencia de la prestación de los servicios del Poder Nacional a los Estados".

En el Artículo 3ero., la Ley enumera las competencias exclusivas de los Estados y en el Artículo 4to. la Ley reconoce el carácter concurrente de algunas competencias de los Estados y que el Poder Nacional había venido asumiendo, éstas se refieren a actividades básicas dentro de las tareas de las entidades federales y de índole social básicamente y según la LOD estas materias serían transferidas progresivamente a los estados. Este conjunto de servicios a ser transferidos constituye un proceso de negociación y acuerdo entre las partes. En caso de la transferencia de los servicios de salud, ello se ha venido realizando a través de los llamados convenios provisionales.

En términos generales, en este proceso de transferencia de competencias el Gobierno Nacional deberá conservar y fortalecer sus competencias en el terreno de la planificación y en la elaboración y ejecución de políticas de interés nacional. Las competencias que progresivamente serían ejercidas por los estados provienen de tres fuentes distintas. La primera se refiere a la atribución que pertenece legalmente a los niveles estatales y municipales pero que por diversas circunstancias eran ejercidas por el Ejecutivo Nacional, en este caso se trataría de una devolución de funciones; la segunda corresponde a atribuciones del poder central que deberán ser entregadas a los gobiernos estatales y municipales para cumplir con el objetivo de aumentar la eficiencia del Estado y la democratización del sistema político, en este caso la transferencia necesitaría de la reforma de algunas leyes y la aprobación de otras, por último están algunas atribuciones que serían ejercidas conjuntamente por los gobiernos nacional, estatal y municipal.

El proceso anterior implica, en primer lugar, la modernización de las estructuras organizativas de las instituciones para adecuarlas a las exigencias que impone la transferencia de los servicios. Es decir, transformar los servicios presentes en servicios eficientes y eficaces. En este sentido, señala Brewer-Carías: "es necesario establecer una organización multiforme, flexible, readaptativa y participativa, que permita sobreponerse a las estructuras básicas de las organizaciones actuales, excesivamente burocratizadas, estratificadas y centralizadas. Se hace imprescindible estructurar una organización en las Gobernaciones y en los Municipios, con objetivos claros que guíen su acción, dotadas con normas, procedimientos y mecanismos para una adecuada gestión, y un sistema decisional que prive sobre criterios personalistas o partidistas". (1994,63).

En la proposición de descentralización de los servicios de salud realizada por la COPRE se señala, en términos generales, la siguiente distribución de competencias⁵: en el nivel central, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) deberá mantener las funciones de dirección, planificación, coordinación, supervisión, evaluación y control de los planes y programas de salud de cobertura nacional. En el nivel estatal, el director estatal de salud que sustituye a los directores subregionales es nombrado por el gobernador del estado y entre sus funciones están la de programar, distribuir y controlar la ejecución del presupuesto, coordinar la gestión de los diferentes servicios de salud a través de los jefes de distritos sanitarios y evaluar la ejecución de los programas de salud en el ámbito estatal. El jefe de distrito sanitario es nombrado por el director estatal de salud y sus atribuciones son las mismas de éste pero a realizarse en el ámbito de los respectivos distritos. En ambos casos se deberá realizar los diagnósticos necesarios que permitan el diseño de los programas de salud estatales y la incorporación en los mismos de la comunidad.

Lo anterior supone la existencia de una coordinación nacional-estatal de las políticas nacionales y estatales y una coordinación estatal-municipal para coordinar las políticas de salud en los diferentes distritos y municipios. La incorporación de la participación de la comunidad en este proceso es un factor imprescindible sobre todo para la gestión de los hospitales y los centros de salud.

5 En su gran mayoría estas proposiciones generales se están ejerciendo en la práctica con algunos cambios.

Por último señala la COPRE que el proceso de descentralización de los servicios de salud no avanzaría lo deseado sino se reforma la Ley del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de adaptarla a la organización política de los gobiernos regionales y locales que son en última instancia los que van a ejercer la prestación de los servicios de atención en salud.

Estas proposiciones se diseñaron siguiendo las líneas pautadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en cuanto a la descentralización de los servicios de salud. La OPS argumenta al respecto que entre los objetivos de la descentralización están: extensión de la cobertura de los servicios de salud, un mayor acceso a los mismos, aumento progresivo de la eficacia y eficiencia, aumento de la capacidad de respuesta, mejoramiento de la organización de los servicios, por ende su prestación se hace más eficiente.

A partir de estos cambios la política de salud deberá orientarse hacia dos grandes objetivos. El primer objetivo, la reorientación del modelo asistencialista y curativo hacia formas integrales de atención, ello implicaría, entre otras cuestiones, desarrollar nuevas formas de atención de carácter ambulatorio y hospitalario que expresen el contenido integral de la acción sanitaria, la formación del personal necesario y de una reasignación presupuestaria orientada hacia las nuevas modalidades de atención. El segundo objetivo propuesto es la organización de las instituciones públicas de salud bajo la forma de un sistema integrado único de salud. Lo que se propone es conformar una estructura organizativa y administrativa común que logre integrar la dispersión institucional actual. Esta integración deberá regirse por los siguientes principios: la universalidad en el acceso de toda la población a los servicios de salud, regionalización y descentralización de la capacidad de gestión de las instituciones sanitarias en los diferentes niveles locales; jerarquización de los servicios de salud según su complejidad y de acuerdo al tipo de problema de salud que presente la localidad; sectorización geográfica y demográfica en las entidades federales en cuanto a los servicios de salud que se ofrecen a la población, planificación que permita diseñar los planes nacionales de salud, por último la participación de la comunidad organizada en cada uno de los procesos anteriormente señalados. (COPRE:1989a,112-13)

Se concibe en este proceso de transferencia de competencias de los servicios de salud al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) como el ente rector del sector salud y en función de ello se reserva las competencias normativas, definición de políticas, consolidación del presupuesto, coordinación, evaluación,

supervisión de los sistemas regionales de salud. Le corresponde a los estados la formulación de los planes y programas estatales, administración de los servicios del sistema regional de salud, las actividades de promoción social, construcción y mantenimiento de la infraestructura, la gestión del personal de los servicios regionales de salud, entre otras.

En este mismo orden de ideas, y siguiendo los parámetros propositivos de la COPRE, el MSAS elaboró un documento sobre formulación de políticas de salud y en lo concerniente a la descentralización de los servicios de salud anota que a través de este proceso se busca afianzar y desarrollar la transferencia de competencias, funciones y servicios hacia las gobernaciones de los estados. Así mismo, el Ministerio realizará todos los acuerdos necesarios que propicien el establecimiento de sistemas locales de salud que respeten las particularidades de las diferentes regiones. Asume la participación de la comunidad como elemento central para la democratización de la estructura sanitaria. Se dará mayor autonomía a los estados pero la función rectora, el diseño de las políticas y normas técnicas, la supervisión y el control de los servicios se reserva al nivel central. Las modalidades de organización del sistema de servicios de salud que cada región adopte deberán estar dentro de los principios generales de la política definida por el Ministerio la cual le da prioridad a las acciones con énfasis en la cobertura universal de la atención primaria y ambulatoria así como también prioridad a las acciones preventivas y la equidad.

La discusión legal sobre el proceso de transferencia de competencias estuvo centrada en las aparentes contradicciones de la LOD con los marcos legales de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, aprobada en junio de 1987. A través de la primera Ley se transfieren los servicios de salud y nutrición por tratarse de competencias concurrentes, es decir aquellas competencias que pueden ser atribuibles a por lo menos dos de los niveles de poder, nacional, estatal o municipal, pero como señala Rondón (1992), cuando se aprueba esta Ley, la salud no era ya competencia concurrente porque mediante la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), la salud y la nutrición se habían nacionalizado y la prestación de todo el servicio recibe financiamiento estatal y se había centralizado y sólo el MSAS podía administrar y prestar el servicio y no como la LOD, que supone que la autoridad no es el Ministro de Sanidad sino el Gobernador o la autoridad que él determine. Así mismo, se presentan contradicciones con la organización, estructura, funcionamiento y financiamiento de los servicios de salud a descentralizar. "Es decir, que cuando

la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público enumera la salud pública y la nutrición como competencias concurrentes no tomó en cuenta que una Ley anterior, la LOSNS había eliminado esta concurrencia al nacionalizar la salud y pasarla bajo única responsabilidad nacional". (Rondón:1992,3).

Sin embargo, la LOSNS estipula que el sistema de salud podrá ser "desconcentrado" hacia los estados o municipios y esta acción es responsabilidad del gobierno central. El Ministro es quien puede transferir competencias o asignar aquéllas que el Congreso apruebe. Es decir, que a diferencia con la LOD, la máxima autoridad es el Ministro de Sanidad y no el gobernador del estado o quien éste determine.

A pesar de la incompatibilidad de la LOSNS con el sistema de transferencia de competencias plasmado en la LOD y la situación de aparente contradicción entre ambas Leyes, la descentralización se ha venido adelantando conforme a las previsiones de la LOD. A finales de 1993 se suscribieron cinco convenios de transferencia de los servicios de salud pública y teniendo como base estos acuerdos se diseñó el Reglamento Parcial N° 9 de la LOD en enero de 1994. A través de este convenio se determinaron los servicios a ser transferidos, los mecanismos de supervisión, se definieron las condiciones bajo las cuales serán transferidos, no solamente los bienes, sino también el personal y las funciones y las responsabilidades de cada uno de los niveles del poder⁶.

Sin embargo, el proceso de descentralización, delimitación y transferencia de competencias no ha finalizado por la falta de concertación entre el Ejecutivo Nacional y los gobiernos regionales. El punto álgido es el relativo a las condiciones financieras y el pago de las prestaciones sociales al personal que labora en el sector. Por ello se creó un fondo de financiamiento para asistir a los estados en el proceso de asunción de las competencias, con contribuciones del poder

6 Hasta mediados de abril de 1996, de las 23 entidades federales 13 han firmado convenios de transferencias de los servicios de salud, 10 gobernaciones de estado están en proceso de completar los programas de transferencia de competencias de los servicios de salud. Ahora bien, la mayoría de las entidades federales adelantaron los programas de transferencia de competencia antes de haber sido aprobados por el Congreso Nacional. Véase, entre otros, los trabajos de Arriechi (1993), Mascareño (1993), CLAD (1994) el informe sobre la descentralización en Venezuela presentado por Brewer-Carías. (1994), y Proyecto Salud (1996).

central y de las regiones. Se ha adelantado poco en la delimitación de las materias a ser transferidas porque, como lo señala Brewer-Carías, Ministro de Estado para la descentralización -para 1993- "... cuando se habla de la transferencia de salud... esto no significa que toda la salud ... va a ir a los estados. Tiene que quedar a nivel nacional un cuerpo de competencias, de normativas generales, de orientación, que siempre será propio del poder nacional. Hay que deslindar en cada sector qué quedará a nivel nacional y qué se transferirá... esta delimitación va a implicar dismantelar lo que califico como los grandes aparatos ministeriales"⁷.

En el poco tiempo que tiene el proceso de descentralización en marcha se han hecho evaluaciones en algunos de los estados que solicitaron la transferencia de competencias de los servicios de salud y fueron aprobados por las instancias pertinentes. Es el caso de los estados Aragua, Carabobo, Anzoátegui, Falcón y Bolívar. También se han realizado evaluaciones en los estados Zulia y Lara que han solicitado la transferencia de los servicios de salud pero que todavía no han completado el proceso requerido para su aprobación final, pero informalmente adelantan procesos descentralizadores. En lo que sigue se presentará un breve resumen de ellas.

3.- Evaluación de las experiencias de descentralización de los servicios de salud

Los estados con servicios de salud descentralizados son, en promedio menos que los que no han entrado todavía formalmente en este proceso. Tres de ellos son estados industrializados y económicamente más productivos que el resto, lo que se traduce en una mejor infraestructura y disponibilidad de servicios públicos. Sin embargo, la situación de salud de sus poblaciones presentan porcentajes cercanos al promedio nacional y en algunos de ellos las tasas de mortalidad infantil supera la tasa promedio nacional⁸. En cuanto a la situación

7 **El Nacional**, 4 de julio de 1993, D-7.

8 Véase para más detalles sobre este punto el trabajo coordinado por Cartaya: "Gobierno y sociedad civil. Hacia un sistema local de seguridad social". Este estudio comprende los estados Aragua, Bolívar y Lara.

de pobreza cuatro de los siete estados evaluados superan la media nacional (48,8%) los tres restantes están por debajo de la media⁹.

Una de las primeras evaluaciones realizadas (Arrieché y otros:1993) del proceso de descentralización de los servicios de salud en Venezuela tomó como base la experiencia obtenida en el proceso de solicitud de transferencia de competencias de los servicios de salud por parte de algunas entidades federales¹⁰. Entre las principales características anotadas que las diferentes evaluaciones comparten están las siguientes:

1) Entre los obstáculos de carácter legal más importantes está la aparente contradicción entre la LOSNS aprobada en julio de 1987 y la LOD, aprobada en diciembre de 1989. Estas gobernaciones de estado firmaron convenios provisionarios por medio de los cuales podrían ir adelantando la transferencia de los servicios de salud. Estos convenios fueron desconocidos por el MSAS alegando que la LOSNS privaba constitucionalmente sobre la LOD por ser la salud materia exclusiva del nivel central, por lo que el MSAS es el ente encargado de administrar los servicios de salud prestados por los institutos autónomos, fundaciones públicas, estados y municipios. No obstante, esta misma Ley prevé en un primer momento, la desconcentración de los servicios de salud y posteriormente, en un segundo momento, a muy largo plazo, se delegarían estos servicios a las entidades federales. Esta Ley tenía previsto 10 años para su instrumentalización, a los seis años hasta 1993 no lo había logrado, cuánto más habría que esperar para realizar la descentralización delegada que esta Ley prevé? (Ibíd:14) El MSAS argumentaba que de ponerse en práctica la LOD se estaría desintegrando el sistema nacional de salud. Esta posición fue compartida por la Federación Médica Venezolana y por los sindicatos de salud quienes agregaban al argumento anterior la posibilidad inaceptable de perder las condiciones laborales alcanzadas. Fueron básicamente estos tres actores los que obstaculizaron y retardaron en un principio el proceso descentralizador en el sector salud¹¹.

9 Falcón tiene un porcentaje de pobreza cercano al 56%, Anzoátegui y Zulia 55% y Lara 54% El estado con más bajos porcentajes de pobreza es el estado Aragua (40,5%) le sigue Carabobo con 45% y Bolívar con 48%

10 Los estados Aragua, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Falcón, Lara y Zulia.

11 El MSAS siendo el actor principal tuvo una posición obstaculizadora hasta el año de 1994 cuando comenzó a abrir espacios no solamente de comunicación sino de

Hasta 1994 el MSAS no había hecho ningún esfuerzo dirigido a la búsqueda de una posible modificación a la LOSNS. A pesar de lo anterior aceptó discutir los convenios provisorios de transferencia de los servicios de salud presentados y abrió espacios de comunicación con las diferentes gobernaciones. Ya en 1993 estas gobernaciones habían creado el Consejo Territorial de Salud con el objetivo explícito de presionar colectivamente al Ejecutivo Nacional para que agilizará el proceso de transferencia de competencias de los servicios de salud.

2) Los problemas y necesidades que plantearon las gobernaciones en los convenios estaban referidos a la situación de deterioro de los servicios, especialmente de los hospitales. Ello los llevó a priorizar la solución a los problemas de funcionamiento de los hospitales en las áreas de administración, reacondicionamiento de la planta física, dotación de equipos e insumos. Por otro lado, también propusieron la reorganización del sector con la finalidad de darle coherencia y la posibilidad de coordinar las acciones de los distintos organismos prestadores de servicios de atención en salud. Hasta 1993, como lo recoge el trabajo de Arriechi, sólo un estado (Bolívar) logró una cooperación efectiva con el Instituto de Seguros Sociales.

3) En relación a los aspectos políticos, los resultados de estas investigaciones revelan una exagerada intervención político-partidista por parte del poder central. Ello también se hace presente en los niveles intermedios. Lo anterior obstaculiza y retarda el proceso. También se observó que la presencia del centralismo en los procedimientos administrativos y manejo de los recursos lo que limita la acción de las gobernaciones. Otros problemas que se señalan son el desorden administrativo y una burocracia exagerada carente de sistemas y procedimientos eficientes y envueltos en la cultura del clientelismo (CO-PRE:1990).

4) En cuanto a los logros, se mencionan éxitos significativos en la administración de los hospitales, introducción de nuevos modelos de gestión y organización de los servicios (por ejemplo, el Hospital Los Samanes en Aragua), creación de sistemas alternos de atención en salud (atención inmediata a través de una red de ambulancias en Carabobo), eficientes administraciones de algunos servicios de salud (Fundasalud en Lara). A pesar de la existencia de buena

posibilidades dirigidas a adelantar y agilizar el proceso.

voluntad política por parte de los gobernadores y sus equipos técnicos se observa una ausencia de claridad en cuanto al modelo a instrumentar de atención en salud. Sin embargo, en todos estos estados se observó acciones que privilegian a la atención hospitalaria en detrimento de la atención primaria, un aumento de la cobertura y calidad de la atención médica, recuperación y acondicionamiento de un alto porcentaje de la infraestructura sanitaria, incorporación de la comunidad en todas estas actividades, instrumentación de programas de capacitación para los trabajadores de la salud.

En cuanto a los recursos humanos existe una falta de capacidad de gestión administrativa, de liderazgo, de dirección del personal disponible en los estados que los imposibilita para ejercer las nuevas tareas que una administración descentralizada requiere. Al respecto se han realizado esfuerzos importantes pero aún insuficientes. Pareciera que el centralismo sigue interviniendo en el caso de los nombramientos y remoción del personal. Prevalece, en general, una ausencia de criterios técnicos para la selección del personal¹².

Un aspecto delicado es el referido al financiamiento de los servicios y lo relativo al personal y sus condiciones laborales. En cuanto a la asignación de los recursos ésta se efectúa combinando diferentes criterios que crean una situación de inequidad entre los estados¹³.

Finalmente no se espera encontrar un efecto inmediato de la descentralización en las condiciones de salud de la población. Es posible que algunos estados las evoluciones se den de manera más rápida que en otros pero ello, posiblemente, se deba a otras causas como serían las condiciones socioeconómicas y culturales preexistente de la población. En resumen, las evaluaciones realizadas perciben evoluciones positivas en los servicios de atención en salud. Sin embargo, insistimos que todavía es muy pronto para tener conclusiones confiables

12 Ello lo señala específicamente la evaluación del CLAD/Universidad de Birmingham, sobre tres estados (Aragua, Carabobo y Lara).

13 Las fuentes de financiamiento para las entidades federales son dos. La primera es el MSAS que presupuesta en base a las necesidades establecidas a nivel local con criterio histórico. La segunda viene del gobierno central que distribuye los recursos según el Situado Constitucional de la siguiente forma: un 30% del total nacional en partes iguales entre los estados y un 70% lo distribuye en base a la población.

que permitan establecer proyecciones en el tiempo. Todavía los estados dependen financieramente del nivel central.

4.- Balance: Perspectivas del proceso de descentralización de los servicios de salud.

El proceso de transferencia de competencias de los servicios de salud y su vinculación con los modos de gestión en la prestación de los servicios de atención y el desarrollo institucional de las estructuras que lo harán efectivo no se podrá completar hasta tanto se formule una proposición de organización general del sector salud y se diseñen las políticas que guiarán este proceso.

Al respecto el MSAS formuló como política de salud para el próximo quinquenio la reforma del sector salud. El contenido de esta reforma va dirigido principalmente a fortalecer el nivel central que quedará como el ente regulador y rector de las políticas nacionales y las instancias territoriales como los responsables directos en la prestación de estos servicios en cada una de sus localidades y de acuerdo con las capacidades de cada uno de los niveles intermedios. La reforma contiene cinco grandes líneas de acción: la integración y reestructuración del sector, la descentralización, la actualización de la legislación sanitaria, el desarrollo de nuevos modelos de gestión y el desarrollo de un sistema nacional de financiamiento de salud que garantice el acceso universal y solidario de los servicios.

En relación a las perspectivas del proceso de descentralización hay que considerar que entre las políticas de salud formuladas por el MSAS se inscriben fundamentalmente al tema de la descentralización al colocar entre las cuatro líneas de acción o estrategias que guiarán la reforma del sector a la descentralización de los servicios de salud con el objetivo expreso de afianzar y desarrollar el proceso de transferencia de competencias, funciones y servicios de salud hacia las gobernaciones de los estados e impulsar la municipalización de la prestación de los servicios para continuar y consolidar el establecimiento de los sistemas locales de salud que respeten las particularidades de cada región.

Creemos probable que en los próximos años se adopten nuevas decisiones en este campo, pero para ello es importante contar con evaluaciones bien fundamentadas que expresen la verdadera situación de los servicios de salud, los modelos de gestión instrumentados y las situaciones de salud de sus poblacio-

nes y análisis comparativo entre los estados descentralizados y los que aun no están.

Consideramos que el proceso de descentralización es irreversible, es un proceso que requiere de la transformación de la cultura política y la organización de las democracias modernas. Junto con los procesos de globalización de la economía se observan otros de localización de los quehaceres administrativos de los gobiernos. Las políticas nacionales se hacen globales, pero la gestión de los asuntos operativos se hacen cada vez más localmente abriendo grandes espacios para la participación y la puesta en práctica de las iniciativas de las comunidades. La descentralización implica, necesariamente, la redefinición de los ámbitos público y privado y su relación tradicional, básicamente, porque ella implica una mayor participación de los sectores no gubernamentales en la gestión de determinados asuntos públicos. Como diría uno de los presidentes de la COPRE, Carlos Blanco, la descentralización tiene una potencia múltiple porque hace que la gente se acerque al estado, crea diferentes puntos de comunicación entre la sociedad y el Estado y es una fuerza coherente que ayuda a redefinir y reformar al Estado. Sin embargo es de notar que la descentralización por sí misma no garantiza una gestión eficiente de los servicios ni que se obtengan los beneficios esperados en todos los estados por igual, para ello, es indispensable otras reformas político-administrativas.

Al respecto Werna (1994) señala que en las diferentes experiencias de descentralización de los servicios de salud realizadas, no solamente, en América Latina sino también en países europeos se han detectado como problemas principales los siguientes: a) presencia de control de los servicios de salud por élites locales, b) un aumento de las desigualdades entre las diferentes localidades debido, principalmente, a las posibilidades y recursos que tienen unos estados más que otros para desarrollar capacidades gerenciales y administrativas, c) desequilibrios en la instrumentación del proceso de descentralización, d) falta de desarrollo administrativo a nivel local, f) falta de coordinación inter-sectorial, g) dificultades en la integración con las organizaciones privadas, h) presencia en los niveles locales de menores posibilidades de poder para realizar negociaciones internacionales que el nivel central.

Ahora bien el gobierno central deberá desarrollar las capacidades necesarias para hacer efectivo su rol en el proceso de descentralización de los servicios de salud. Por lo que se requiere un fortalecimiento del nivel central. En este punto Werna (Ibid) anota cuatro áreas problemas. La primera tiene que

ver con la falta de experiencia por parte del nivel central en aspectos que incluyen a la gerencia de los servicios de salud. La segunda, tiene que ver con la falta de conocimiento general, en ambos niveles, sobre el proceso de descentralización; la tercera, falta de coordinación de los objetivos entre las diferentes instituciones que constituyen el nivel central y los diferentes niveles locales y la cuarta es falta de motivación y voluntad política para apoyar y adelantar el proceso de descentralización, principalmente de parte del poder central.

En la mayoría de los países de la Región, los servicios de atención a la salud son ofrecidos por diferentes instituciones de carácter público, privadas o mixtas. Es de notar que a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa se observa un incremento en la participación del sector privado, tanto en la prestación de los servicios de atención, como en su financiamiento.

En la presente década, la estrategia más importante adoptada por la mayoría de los países latinoamericanos es la de la descentralización político-administrativa y la desconcentración de la acción estatal en el área social, especialmente en el sector salud.

Los países que como Venezuela iniciaron estos procesos a finales de la década de los ochenta, comenzaron por la descentralización política, luego pasaron al establecimiento de gobiernos locales o regionales. Es en este segundo paso cuando se iniciaron los procesos de descentralización de los servicios de salud y el fortalecimiento y/o creación de los Sistemas Locales de Salud.

En términos generales, pareciera que los procesos descentralizadores a nivel político-administrativo se han consolidado en los diferentes países latinoamericanos abriendo paso a la desconcentración y descentralización de los servicios públicos. La consolidación de estos procesos, en teoría, debería ir unida a la profundización de la Democracia como sistema político y al incremento de la participación organizada de la comunidad.

Los avances observados respecto a los procesos de descentralización/desconcentración de los servicios de salud, a pesar de las limitaciones habidas en el financiamiento de las instituciones de salud, fueron acompañados por transformaciones o cambios significativos en cuanto a la conducción y administración de los servicios de salud. Se iniciaron procesos de modernización y reorganización de los sistemas de salud, reestructuraciones significativas que tienen su expresión en la revisión y discusión del papel y funciones del Estado en cuanto proveedor de los servicios de salud.

En el mismo orden de ideas, la información disponible permite destacar, como uno de los efectos que tiene el proceso de descentralización en el campo de la salud y que se puede apreciar como una tendencia, es el fortalecimiento del nivel central, del Ministerio de salud en su capacidad técnica asesora y en su capacidad normativa y de supervisión.

Por otro lado, y como parte del proceso anterior, se observó, la formación y constitución de sistemas de salud paralelos a procesos de reorganización de la red de servicios públicos. También se detectó el desarrollo, en algunos de los estados descentralizados, de sistemas de vigilancia epidemiológica para identificar factores de riesgo en determinados grupos humanos, identificar problemas y respuestas en espacios de población definidos.

Bajo el contexto anterior, desde que se inició el proceso de transferencia de competencias de los servicios de atención en salud se formularon estrategias orientadoras que guiarían los planes y programas estatales de salud. Estas estrategias estuvieron caracterizadas, fundamentalmente, por los procesos de reforma del Estado, de reforma sectorial de los diferentes espacios gubernamentales y por las metas que se diseñaron dentro de los procesos de la descentralización. Estas metas fueron, básicamente, aumentar la eficiencia, la eficacia y mejorar la calidad de los servicios de atención en salud, lo que repercutiría en mejoras en los indicadores de salud.

A lo anterior se agrega la revisión de los modelos de atención vigentes que se inició con el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS y ello porque estas instancias son las que expresan las relaciones entre instituciones centrales, regionales y locales y la atención a las necesidades de la población.

A pesar de los adelantos experimentados en esta área, se percibe una ausencia o pocos esfuerzos en desarrollar sistemáticamente esquemas y métodos que posibiliten una evaluación del desenvolvimiento de estos procesos, y los resultados parciales de las acciones de las reformas y cambios experimentados en el marco de la descentralización/desconcentración.

La descentralización en Venezuela fue una decisión eminentemente política que se tomó con el objetivo de paliar la crisis institucional, de legitimidad y de representación por la que está pasando el país. No se "decretó" la descentralización como un intento por mejorar los modelos gerenciales y las estructuras organizativas de los servicios públicos, más bien formó parte de los procesos generales de reforma del Estado y de las recomendaciones de política de las

agencias internacionales, principalmente del Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial. Pero pasado el tiempo y vistos los logros obtenidos en algunas localidades, especialmente, en lo que respecta al mejoramiento de los servicios públicos de atención en salud, la descentralización se ve entonces como parte del mejoramiento de las condiciones materiales de vida de las localidades y las comunidades enfocan este proceso como parte de una reforma más global en la cual se reasigna poder y recursos y en donde las relaciones entre el sistema central y el local deben cambiar necesariamente para dar acceso a otros grupos sociales al proceso de la toma de decisiones públicas.

Bibliografía

- ARRIECHI, A y otros. 1993. "Evaluación de las experiencias de descentralización y desconcentración del sector salud en Venezuela". FUDECO/ILDIS/FUNDASALUD, Barquisimeto.
- BLANCO, Carlos. 1990. "La reforma del Estado en la perspectiva latinoamericana", **Estado y Reforma**, 3:7-12.
- BREWER-CARIAS, Allan. 1994. **Informe sobre la descentralización en Venezuela. 1993**, Memoria presentada por el Ministro de Estado para la Descentralización (junio 1993-febrero 1994), Caracas.
- CARTAYA, Vanessa (Coord.). 1995. "Gobierno y sociedad civil. Hacia un sistema local de seguridad social". FECS/ILDIS/Fundación Friedrich Ebert, Caracas.
- CLAD/OPS. 1991. **Descentralización de los servicios de salud como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud**.
- CLAD/Universidad de Birmingham. 1994. "La descentralización de los servicios de salud en Venezuela. El nuevo papel del gobierno central", Caracas, mimeo.
- COPRE. 1989. **La descentralización. Una oportunidad para la democracia**. Caracas.
- COPRE. 1989a. **Una política social para la afirmación de la democracia**. Vol. 8, Caracas.
- COPRE. 1990. **Antecedentes de la Reforma del Estado**, Vol. 2, Caracas.
- COPRE. 1990. "Se abre el derecho de palabra para gobernadores y alcaldes", en: **Estado y Reforma**, 3:33-39.
- COPRE. 1995. **La reforma integral del Estado y los retos de la COPRE para el quinquenio**. Caracas.

- GOMEZ C., Luis Margarita LÓPEZ MAYA. 1990. El tejido de Penélope. **La reforma del Estado en Venezuela (1984-1988)**, Caracas (CENDES/APUCV/IPP).
- JAEN, María H y Auristela PÉREZ. 1993. "Descentralización de la salud: por una atención de calidad. Propuestas y escenarios", en: CASANOVA, Ramón y otros: **Descentralización de la educación, la salud y las fronteras**, (La distribución del poder I) COPRE/PNUD, Caracas, pp. 257-334.
- LOPEZ M, Margarita. 1991. "Tensiones sociopolíticas del proceso de descentralización", Cuadernos del CENDES, 17-18:247-267.
- MAINGON, Thais y Heinz SONNTAG. 1995. "La reforma del Estado en Venezuela: entre la tecnocracia y la democracia", CENDES, Mimeo, Caracas.
- MAINGON, Thais. 1995. "Las elecciones de 1993: ¿Cambio o profundización de las tendencias electorales?", **Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales**, 2-3:188-204.
- MASCAREÑO, Carlos y otros. 1993. "Desarrollo institucional de los sectores sociales". Caracas, mimeo.
- RONDON MORALES, R. 1992. "Hipótesis de trabajo sobre la descentralización de los servicios de salud en Venezuela". Papel de trabajo que somete el Grupo Salud a la consideración del Ciudadano Ministro de Sanidad y Asistencia Social, mimeo, Caracas.
- SONNTAG, Heinz R. 1984. "Estado y desarrollo sociopolítico en Venezuela", **Cuadernos del CENDES**, 4:13-66.
- SONNTAG, Heinz R. 1985. **Reflexiones sociológicas acerca de la reforma del Estado, Temas para la Discusión**, Caracas (CENDES).
- SONNTAG, Heinz R. y Thais MAINGON. 1990. "Las elecciones en Venezuela en 1988 y 1989: del ejercicio del rito democrático a la protesta silenciosa". **Revista Mexicana de Sociología**, 4:127-154.
- VENEZUELA. 1989. Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (Gaceta Oficial No. 4.153 del 28 de diciembre de 1989).
- WERNA, Edmundo. 1994. "El rol del gobierno central en la descentralización de los servicios de salud en países en desarrollo". **Ponencia presentada en el IV Congreso Venezolano de Sociología y antropología**, Maracay, Venezuela.