



La descentralización como vía de transformación del sector salud en Venezuela⁽¹⁾

Arturo Pérez Frías, María Cristina Useche,
Beatriz Queipo, Rosa Elena Castillo y Mónica Villasmil
Centro de Estudios de la Empresa
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
La Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
Apartado Postal 526. Telf.+ 58 61 596556/6560
E-mail: perez-arturo@hotmail.com

Resumen

El presente artículo intenta aproximarse a ciertos hechos relacionados con el proceso de descentralización que se ha venido desarrollando en Venezuela, con la intención de establecer su importancia en el proceso de reforma de la Administración Pública para la transformación del sector salud. Con esa finalidad, mediante una revisión bibliográfica se estudia la situación desde finales de la década del setenta e inicios de los ochenta, ubicando los aspectos claves que permitieron iniciar el proceso, enfocando luego los aspectos relacionados con el sector salud, obstáculos para realizar la descentralización y obtención de resultados, lo cual lleva a establecer unas consideraciones finales que destacan las acciones requeridas para asegurar su efectividad en el sector salud.

Palabras clave: Administración Pública, Descentralización, Sector Salud, Transformación, Venezuela.

The Decentralization Like Way of Health Sector Transformation in Venezuela

Abstract

This article intends an approach with facts about decentralization process through a bibliographic review, to know its relevance over the Public Administration transformation process in Venezuela. With this goal, the authors have done a review over the venezuelan situation from ending of 70's and earlier 80's, locating the crucial aspects that permitted to begin the decentralization process, focusing the facts related with health area, the very close aspects which allowed to begin this process, then focusing the aspects related with the health sector, obstacles to accomplish the decentralization and results, so that allow to establish final considerations that emphasize the acts required to assure its effectiveness in health sector.

Key words: Health Sector, Decentralization, Public Administration, Transformation, Venezuela.

1. Introducción

El desarrollo del proyecto “Calidad de Atención en Salud y Participación Social en la Toma de Decisiones”, ha impulsado al equipo investigador a profundizar sobre la realidad en la cual se encuentra Venezuela, signada por una severa crisis política, económica y social, con un deterioro del esquema de desarrollo cuya sustentación ha sido básicamente el gasto público. La razón fundamental de tal revisión se inscribió en la búsqueda de posibles causas que explicaran tal situación y las implicaciones que el proceso de la descentralización pueda tener para la participación social en la toma de decisiones que los entes públicos, encargados de administrar la atención en salud, deben llevar a cabo para realizar la misión que les ha sido encomendada.

El presente artículo intenta por una parte, esbozar el panorama en el cual se ha venido desarrollando la Reforma del Estado desde finales de la década de los setenta hasta el presente, cuando se acaba de elegir un nuevo presidente constitucional y se ha puesto en marcha la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente y por la otra, precisar dentro de ese contexto algunos aspectos relacionados con la descentralización en el sector salud, que llevan a establecer un conjunto de conside-

raciones en función de asegurar la efectividad del proceso con el fin de lograr una mejor calidad de vida para la población.

2. Administración Pública y Reforma del Estado

A finales de la década de los setenta e inicios de los ochenta si bien es cierto que Venezuela era un país con grandes riquezas y de carácter rentístico, también lo es que llevaba sobre sus hombros una pesada carga, debido a las múltiples tareas que como Estado le tocaba realizar. La excesiva centralización en diferentes sectores como vialidad, educación, salud y vivienda le impedía atender sus obligaciones con suficiente eficiencia y prontitud.

Si se suman a este panorama la diversidad de situaciones como contratos colectivos con sindicatos de empleados y obreros o gremios de profesionales y técnicos, una creciente inflación mancomunada a una descarada especulación, el grave desequilibrio macroeconómico, la acelerada devaluación de la moneda, baja productividad, falta de capacidad y poca competencia de gestión en los gobiernos regionales y locales, así como la concentración de funciones y estructura organizativa del gobierno central, es posible aproximar una explicación de por qué el Estado Venezolano ha venido realizando un deficiente desempeño de su gestión gubernamental.

En tal sentido, es importante destacar algunas de las causas que dieron origen a esa situación: a) los proyectos políticos que proponían la constitución de una sociedad moderna, los cuales tenían en común un énfasis en el centralismo, como una de las vías posibles para imponer una organización general de los intereses nacionales sobre los cálculos parciales de los líderes locales; b) la presencia dominante de los partidos políticos en los aparatos del Estado, vínculo que ha sido de gran importancia para la organización y el crecimiento de las organizaciones partidistas, logrando de esa manera reclutar militantes así como acumular acciones mediante la repartición tanto de prebendas como de cargos burocráticos y c) la escasa constitución política de las sociedades regionales, que en razón de su debilidad se mantuvieron dominadas por grupos de poder y el partidismo, impidiéndoles sobrepasar la gestión individualizada y personalista de sus dirigentes (De la Cruz, 1989).

Es con el proyecto *La Gran Venezuela* de Carlos Andrés Pérez, presidente durante el período constitucional 1974-1979, que se da inicio a diversos estudios sobre la Reforma de la Administración Pública, institutos autónomos y empresas del Estado, con la finalidad de proponer medidas para mejorar la eficiencia de la gestión pública y ampliar su capacidad de servicio a la comunidad. Posteriormente comienzan una serie de reformas, dentro de las cuales se encuentra la descentralización como producto del agotamiento, "del modelo de desarrollo (relación economía-so-

ciudad) y del modelo de hegemonía (relación Estado– sociedad)”, como lo denomina Sonntag (citado por Maingon 1996, p.331), el cual ha sido uno de los procesos que ha generado considerables impactos en los últimos años en Venezuela, pues ha producido cambios institucionales, modificaciones en el funcionamiento del sistema político y en la relación Estado-Sociedad.

Sin embargo, las primeras experiencias sobre reforma no alcanzaron el éxito esperado, puesto que intentaron reestablecer el funcionamiento de la Administración Pública desde el ámbito de lo reglamentario y operativo (normas y procedimientos), cuando el problema se encontraba básicamente en lo político. Igualmente se decretó la Ley Orgánica de Régimen Municipal, la cual aunque para ese momento no generó ningún efecto positivo, serviría luego en la descentralización del poder público.

La abismal crisis estructural de la economía venezolana presente a finales de los años 70 y agravada en los ochenta, que se caracterizó por un monstruoso endeudamiento externo, la vertiginosa devaluación del signo monetario, así como tensiones políticas y sociales, indicó al gobierno la urgencia de aplicar reformas estructurales e institucionales que englobaran las estructuras políticas y sociales, para impactar positivamente la relación Estado-Sociedad, con el fin de incrementar la eficiencia y eficacia de la gestión del gobierno nacional y a la vez dar respuesta a las crecientes exigencias de la población.

Con relación a lo anterior, Marrero (1998), indicó que en esa época “el crecimiento desproporcionado del aparato público, una burocracia poco capacitada, exceso de trámites y permisería, un liderazgo poco comprometido y, sobre todo, un creciente clamor dentro de las fuerzas vivas locales” (p.131), fueron causas importantes para propiciar grandes cambios dentro del proceso de Reforma del Estado, modificándose un marco normativo vetusto que impedía tanto el surgimiento de un liderazgo local emergente, como la prestación eficiente de los servicios públicos, cada vez más deteriorados.

Las razones anteriores explicarían que en el período 1983-1988 bajo el mandato de Jaime Lusinchi, el Estado venezolano visualizara la necesidad de reducir la congestión de las instancias donde se tomaban decisiones y de realizar cambios con la urgencia de profundizar la democracia; es entonces, cuando a través del decreto presidencial No. 403, en 1984 se creó la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE), organismo con carácter político e institucional, cuyo objetivo era el establecimiento de un Estado moderno -esencialmente democrático y eficiente-, descongestionador del nivel central, siendo su propósito impulsar la eficiencia de su desempeño, para responder a las necesidades de la población venezolana y donde

los postulados presentes en la Constitución Nacional serían un elemento efectivo en la toma de decisiones de los poderes públicos.

En tal sentido, la COPRE (1989) estableció que la descentralización tenía que ser entendida, básicamente, como un proceso político con expresión territorial e institucional. Esto significa una redistribución territorial del poder que remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia.

Asumiendo una óptica alterna, es posible considerar lo que escribe De la Cruz (1989), para quien la descentralización es “el proceso mediante el cual se transfiere poder político desde el gobierno central, a instancias del estado cercanas a la población, dotadas de dependencia administrativa y legitimidad política propia” (p.1). La creación de la figura de los alcaldes, la reducción del tamaño de los municipios, la elección popular de los gobernadores y las elecciones nominales de los concejales y diputados estadales fueron medidas destinadas a favorecer esa transferencia de poder. Así mismo, ese autor sostiene que este proceso difiere de la desconcentración en el sentido de que esta última solo delega atribuciones de organismos centrales a entes subordinados en el nivel regional o local.

De forma similar Rondón (1996) plantea “La descentralización es un proceso político administrativo orientado a llevar la toma de decisiones más cerca de los usuarios, con el objetivo de obtener la participación de ellos en la búsqueda de soluciones y la aplicación de procedimientos básicos para mejorar los procesos de salud e implica lo siguiente: La reforma del Estado y de la administración pública, legitimando funciones y trasladando competencias y/o servicios a las gobernaciones de los estados y alcaldías” (p.15).

Para los autores, la descentralización podría verse como un proceso mediante el cual se transfiere a instancias del Estado cercanas a la población, parte de la autoridad y toma de decisiones que ha ejercido el gobierno central. Las características de la cultura política imperante en el país, los diferentes elementos que participan en dicho proceso y la necesidad de revertir la escasa actuación de la sociedad civil, (situación que ha permitido a los partidos políticos neutralizar su capacidad de acción y participación en la toma de decisiones y administración de los recursos), hacen pensar que el mismo se podría lograr a mediano y largo plazo.

3. El Proceso de Reforma en Acción

A mediados de 1988, el Presidente Lusinchi aprobó la figura de Alcalde y su elección directa, universal y secreta, así como la elección de los gobernadores, las cuales se realizarían de manera separada de las nacionales y tendrían un período de vigencia solo de tres (3) años; sin embargo, en las primeras elecciones separadas en 1989 no se obtuvieron los resultados que se esperaban, debido a que el índice de abstención se situó por el orden del 55% aproximadamente, lo cual reflejaba en opinión de los autores una clara actitud de rechazo de la población hacia los partidos políticos, resistiéndose a participar en el proceso electoral.

En el segundo período presidencial inconcluso de Carlos Andrés Pérez correspondiente al período de 1989-1993 se apreciaron retrasos en las actividades de la COPRE, básicamente por la falta de voluntad política de las diferentes fuerzas para adelantar las reformas del Estado, la incidencia de las protestas sociales, especialmente el llamado “Caracazo” y los ajustes de las políticas macroeconómicas. A pesar de esta situación, se dió continuidad al proceso de reforma del Estado, el cual giró en torno a la descentralización político administrativa, sancionándose la Ley de Elección y Remoción de Gobernadores de estados, el establecimiento de períodos para los Poderes Públicos de los estados y municipios en tres (3) años, el Régimen Municipal que determina la elección directa de los Alcaldes y la separación orgánica de los poderes legislativos y de control (Concejo Municipal) y del Ejecutivo (Alcaldías), así como la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (Maingon, 1996).

Uno de los propósitos que se quería lograr con estas reformas político-administrativas era entregar a la gestión municipal y local sus funciones para restituir una mayor eficacia en la prestación de los servicios públicos, pues en realidad son las personas de la localidad quienes pueden identificar mejor sus necesidades y establecer los criterios para lograr una gestión administrativa eficiente, permitiendo así la integración Estado-Sociedad y viabilizando con ello una mayor participación social en la administración pública.

Sin embargo, como señala Maingon (1996), en estos últimos años no se ha avanzado con la rapidez que era de esperarse en los procesos de desconcentración y descentralización de los poderes públicos; esto se puede sentir en las reformas realizadas por los gobiernos regionales y locales, principalmente las relacionadas con los servicios públicos entre ellos la salud, uno de los servicios más demandados por la población, pues forma parte de las necesidades básicas no satisfechas que originan beneficios a los ciudadanos en el corto plazo.

4. La Descentralización en el Sector Salud

Para el año 2000, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron como principal meta social, alcanzar la salud de todas las personas del mundo, bajo la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS); no obstante, las condiciones sanitarias en el ámbito mundial obligaron a desplazar esta propuesta hacia el año 2025, puesto que en el transcurso del tiempo los problemas en el sector se han incrementado, a tal punto que enfermedades como el paludismo o la tuberculosis, las cuales habían sido controladas, hoy día están presentando un mayor repunte en las curvas epidemiológicas de las estadísticas que registran los centros de salud, entre ellos el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Estado Zulia, cuya información se presenta a continuación, mostrando los casos acumulados de patologías en dicha región durante los años 1997 y 1998.

Cuadro comparativo de enfermedades registradas en el Estado Zulia durante los años 1997 y 1998

Enfermedades	Casos Acumulados/año		Variación	
	1997	1998	Cantidad	%
Meningitis	163	199	36	18.09
Rubéola	3.394	4.826	1.432	29.67
Tosferina	121	206	85	41.26
Neumonía y Bronconeumonía	264	267	3	1.12
Tuberculosis	523	594	71	11.95
Diarrea 1 a 4 años	32.519	32.626	107	.3279
Diarrea 5 años	24.773	28.244	3.471	12.289
Intoxicación por plaguicidas	156	241	85	35.27
Paludismo	28	106	78	73.58
SIDA	64	116	52	44.83
Dengue	2.855	3.810	955	25.07

Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Estado Zulia. Abril 1999.

Como puede apreciarse en el cuadro, al comparar la información recopilada por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Estado Zulia de los casos acumulados en la región durante los años 1997 y 1998, se observa un conjunto de patologías que evidencian lo destacado anteriormente.

Sobre la base de lo hasta ahora expuesto y tomando en cuenta que la salud es un derecho que posee todo ser humano, su alcance debe ser un objetivo social muy importante y explica la intención por parte de los gobiernos en desarrollar un conjunto de lineamientos, programas, acciones y mantenimiento de la salud de toda la población centrándose en las políticas públicas.

Con relación a esto, el Estado Venezolano, basado en la Constitución Nacional de 1961, que en el artículo No. 76 expresa: "Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana", se vio en la necesidad de iniciar un proceso de reformas, en el cual se encuentra descentralizar los servicios de salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en las gobernaciones de los diferentes estados que conforman el territorio nacional.

En tal sentido, y a falta de una ley para la reforma del sector salud, el Estado decidió crear la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Político para reformar el Estado en algunos aspectos, dentro de ellos el sector señalado.

Este proceso ha implicado la racionalización organizativa del MSAS, ente rector en materia de salud, como parte de la Reforma del Estado y de la Administración Pública para hacer posible el desarrollo y seguimiento de las transferencias de responsabilidades operativas a las gobernaciones y alcaldías de la República.

Con la descentralización en el sector salud se ha pretendido mejorar, cambiar y organizar los servicios en este sector, por lo que la misma debe tener como propósito un criterio epidemiológico y no político, generando diferentes oportunidades para el efectivo ejercicio del poder mediante el involucramiento de nuevos actores además de los tradicionales.

La orientación de la reforma para este sector, se encuentra centrada en la obligación que el Estado tiene con los venezolanos en materia de salud y que en los últimos años ha venido decayendo en diferentes aspectos, presentando una falta de equidad en la oferta de servicios y una distribución desigual de los escasos beneficios sociales producidos por el sector, debido a la crisis presupuestaria, escasez de recursos y obviamente muy baja calidad de atención.

El desarrollo del proceso de descentralización requiere de un trabajo conjunto, gestión propia de los servicios con elevados niveles de calidad, creciente eficiencia, un financiamiento translúcido, continuo mantenimiento de la infraestructura y un permanente desarrollo y capacitación del recurso humano que impulse la organización de los servicios de salud, identifique las necesidades de los usuarios en este sector, facilite la utilización de los servicios de una manera eficiente para cubrir las necesidades de la población, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida y salud de los venezolanos; debe ser llevado a cabo por personas que no se dejen influenciar por partidos políticos y gremios, preparadas para actuar en situaciones de austeridad, creativas y con capacidad de liderazgo a la hora de enfrentar cualquier dificultad.

Así mismo, se requiere de ciudadanos que cooperen desde sus propios estados, municipios y/o parroquias, para mejorar los lentos e ineficaces procedimientos de intervención y control, que en vez de garantizar una transparente gestión administrativa y una sana forma de proceder, han permitido el incremento de la corrupción y la indolencia, en detrimento de la eficacia en la administración pública.

5. La gestión administrativa en el Sector Salud

El sector salud tiene una característica particular: su gestión administrativa. El funcionamiento se ha distribuido en partidas globales que procuran mantener una planta física con servicios básicos que en su mayoría son utilizados únicamente por tres (3) o cuatro (4) horas al día, en donde hay un personal que no es productivo ni está motivado al logro y con equipos e insumos que cuando no son sustraídos, se deterioran con el tiempo o simplemente no satisfacen las necesidades de la población.

En este sentido, la descentralización social debe orientarse a modificar la gestión y administración de los servicios de salud, -incluyendo el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)- separados jurídica y patrimonialmente al depender directamente del nivel central, pero que al ser transferidos a las gobernaciones pierden tales atributos cediéndolos al poder estatal.

Según Rondón (1996), para la época, el Estado generó tres (3) procesos estratégicos para enfrentar la situación: el restablecimiento, la reestructuración y el reordenamiento del sistema de salud, bajo la responsabilidad de tres (3) poderes: nacional, estatal y municipal. El primero se reserva las competencias constitucionales y es el regulador del sistema, los otros dos (2) tienen la responsabilidad básica de prestar los servicios mediante entes estratégicos, integradores y operadores de programas de atención médica, asistencia social y saneamiento ambiental.

Uno de los ejes de esta transformación responde al reclamo de la sociedad por tener un mayor acceso al proceso de toma de decisiones y al incremento de la eficiencia de los servicios públicos, lo cual significa la transferencia de competencias y funciones del gobierno nacional al estatal y municipal, implicando desconcentración y delegación del poder de decisión desde los organismos nacionales a dependencias regionales y municipales.

Al revisar las propuestas de descentralización de los servicios de salud realizadas por la COPRE en 1989, puede apreciarse que en el nivel central, el MSAS debería mantener las funciones de planificación, dirección, coordinación, supervisión, evaluación, seguimiento y control de los planes y programas de salud de cobertura nacional; mientras que en el nivel estatal, el director de salud sería nombrado por el gobernador y entre sus funciones se encontrarían programar, distribuir y controlar la ejecución del presupuesto, coordinar la gestión de los diferentes servicios de salud a través de los municipios sanitarios y evaluar la ejecución de los programas de salud en su ámbito respectivo; por último, el jefe del municipio sanitario debería ser nombrado por el director estatal de salud teniendo las mismas atribuciones que éste pero en el perímetro municipal; todo bajo el supuesto de la existencia de una coordinación central-estadal de las políticas sanitarias y la indispensable participación de la comunidad en este proceso, sobre todo en la gestión de los centros públicos de salud.

Según la COPRE (1989), para que este proceso pueda avanzar, debe ir acompañado de la reforma de la Ley del Sistema Nacional de Salud, pues habría que adaptar la organización política de los gobiernos regionales y locales, siendo éstos los responsables de prestar los servicios correspondientes; por otra parte, incita a redirigir el modelo asistencial y curativo hacia formas integrales de salud mediante dos (2) propuestas: la primera, sobre políticas de salud que deben generarse de esos cambios, y consiste en desarrollar nuevas formas de atención de índole ambulatorio y hospitalario. La segunda es la conformación de una estructura organizativa y administrativa común que integre la dispersión institucional, considerando la participación de la comunidad organizada, la universalidad de acceso de toda la población a los servicios de salud, así como la jerarquización de éstos de acuerdo a su complejidad.

Desafortunadamente el proceso de descentralización, delimitación y transferencia de competencias no ha culminado por falta de acuerdo entre el Ejecutivo Nacional y los gobiernos regionales, como lo referente al pago de prestaciones sociales al personal y las condiciones financieras. En tal sentido, la COPRE (citada por Maingon 1996, p. 346) afirma que en el área de salud ha existido una marcada intervención político-partidista por parte del poder central, obstaculizadora del proceso

descentralizador y limitadora de la acción de los gobernadores en el manejo de recursos y procedimientos administrativos, acompañada de una burocracia deficiente en los sistemas y procedimientos pero envuelta en la cultura del clientelismo.

Además, se detectaron una serie de obstáculos de orden legal, los cuales estuvieron centrados en las contradicciones de la Ley Orgánica de Descentralización (LOD) aprobada en 1989 y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) aprobada en 1987; cuando se decidió aprobar la LOD, la cual transfiere los servicios de salud por tratarse de competencias que se pueden atribuir a por lo menos dos (2) niveles de poder: nacional, estatal y/o municipal, ya la LOSNS estaba vigente; es decir, el financiamiento para la prestación de este servicio provenía del gobierno nacional siendo solo el MSAS quien tendría la capacidad de administrar y facilitar el servicio frente a lo indicado en la LOD donde los gobernadores son quienes tendrían la autoridad de prestar el servicio o la persona que ellos designasen (Rondón, 1996).

Aún con la situación generada entre el sistema de transferencia de competencias plasmada en la LOD y su incompatibilidad con lo establecido en la LOSNS, se ha continuado con el proceso de descentralización en el sector salud de acuerdo a la LOD; como evidencia se suscribieron varios convenios de transferencia de servicios de salud pública, determinándose en éstos, los servicios a transferir, los mecanismos de control, condiciones aplicables tanto en bienes como en personal, abarcando funciones y responsabilidades en cada nivel de poder (Maingon, 1996). Los gobernadores de varios estados firmaron convenios provisionales, con el fin de adelantar la transferencia de los servicios de salud; sin embargo, el MSAS no lo reconoció, fundamentando que la LOSNS privaba constitucionalmente sobre la LOD y en la cual estaba estipulado que la salud era regida únicamente por el nivel central, así que el ente encargado de administrar los servicios de salud en todos los ámbitos era el MSAS.

No obstante, en el poco tiempo que tiene en curso el proceso de descentralización se han realizado una serie de valoraciones en aquellos estados que han solicitado la transferencia de competencias de los servicios de salud; estos son: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Lara y Zulia, encontrándose características comunes que comparten las experiencias realizadas, entre las cuales podemos mencionar: a) La introducción de nuevos modelos de gestión y organización de los servicios; tal es el caso del Hospital Estatal Los Samanes en Aragua; b) La creación de sistemas alternos de salud, por ejemplo la red de ambulancias en el estado Carabobo; y c) Administraciones eficientes en los servicios de salud, entre las cuales se puede citar la de Fundasalud en Lara, que incluye el mejoramiento y acondiciona-

miento de la infraestructura e incorporación de la comunidad en diversas actividades, destacándose la capacitación de los trabajadores de salud y del equipo comunitario comprometido con la gestión.

Otros aspectos que han retardado la descentralización en este sector fueron las razones presentadas por el MSAS y apoyadas por la Federación Médica Venezolana, al argumentar que el Sistema Nacional de Salud se desintegraría al aplicarse la LOD, sumado a la posibilidad presentada por los sindicatos de perder las condiciones laborales que les habían costado tanto alcanzar. Ante tanto retraso, en 1993 diversas gobernaciones insertas en la descentralización de salud crearon el Consejo Territorial de Salud, con la finalidad de presionar al Ejecutivo Nacional en el aligeramiento del proceso de transferencia de competencias.

Los progresos observados en la descentralización, considerando las diversas limitaciones, estuvieron acompañados de considerables cambios entre los cuales pueden citarse: a) variaciones favorables en la administración del sector salud; b) procesos de modernización de los sistemas asistenciales; c) cambios significativos en el suministro de los servicios de salud; d) fortalecimiento del MSAS como asesor técnico; e) desarrollo de habilidad normativa y de supervisión y f) establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica en algunos estados que permitieran identificar problemas y factores de riesgo en determinadas poblaciones.

Pero si bien es cierto que se han obtenido resultados positivos en el proceso de descentralización en materia de salud, destacándose el incremento de la participación del sector privado tanto en la prestación del servicio como en el financiamiento, resulta obvio que todavía no se puede pretender obtener efectos inmediatos en la descentralización que permitan realizar proyecciones en el tiempo, puesto que los estados dependen financieramente del gobierno nacional y requieren continuidad administrativa en la aplicación de las políticas sociales, la cual debe expresarse a través de progresivas modificaciones en pro del beneficio de la población y condiciones de vida de los venezolanos.

Igualmente, se espera que este proceso descentralizador poco a poco vaya transformando la concepción de salud que impera en el sector, asumida solamente como ausencia de enfermedad, esquema que ha debilitado la práctica de una medicina comunitaria preventiva y con sentido humanista.

6. Consideraciones Finales

Para asegurar la efectividad de la descentralización se requiere la formulación de políticas que la guíen; así mismo es necesario profundizar el proceso de transfe-

rencia de competencias de los servicios de salud hacia los estados, fomentar la municipalización de la prestación de los servicios para acentuar el establecimiento de sistemas de salud que respeten las características locales, y desarrollar métodos de evaluación de estos procesos. Paralelamente, debe prestarse mayor atención a los servicios sociales especialmente a la promoción y prevención para subsanar progresivamente los problemas de la actual situación expresada en el sector.

Mediante la descentralización debe lograrse el equilibrio entre los niveles de poder nacional, regional y local; una mayor participación de las comunidades, donde los ciudadanos intervengan activamente en la toma de decisiones tanto en las organizaciones locales como regionales, el impulso a la integración de diferentes sectores en la búsqueda del bienestar común y el mejoramiento continuo de los servicios de salud.

Es posible inferir que en los años venideros se tomarán nuevas decisiones en este ámbito, las cuales deberán basarse en valoraciones bien sustentadas que manifiesten las situaciones reales de los servicios de salud. Se considera que el proceso iniciado no se puede revertir, porque su esencia implica una participación cada vez mayor de los sectores no gubernamentales en la gestión pública, requiriendo modificar radicalmente tanto la cultura política como las definiciones de los sectores públicos y privados. Sin embargo, es importante destacar que la descentralización por sí misma no significa obtener una eficiente gestión de los servicios y calidad de atención en salud; se requiere también de cambios político-administrativos y desconcentración de las acciones del Estado en el área social, los cuales necesariamente deben ir acompañados de una mayor profundización de la democracia como sistema político y del incentivo de la participación de la comunidad organizada en la planificación, toma de decisiones y administración de los recursos destinados a la consecución de objetivos orientados al logro de una mejor calidad de vida para la población venezolana.

Notas

1. Este artículo forma parte del Proyecto "Calidad de Atención en Salud y Participación Social en la Toma de Decisiones. Caso Ambulatorio La Victoria", Investigación financiada por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES). Centro de Estudios de la Empresa. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia.

Referencias Bibliográficas

Libros

- DE LA CRUZ, Rafael (1989), *La Descentralización en Venezuela: un reto para la gestión del Estado*. Caracas.
- RONDON, Roberto (1996), *La Descentralización de la Salud en Venezuela*. Caracas. 1era Edición. Litho Color R.I.C.A. 219 pp.

Publicaciones periódicas

- MAINGON, Thais (1996), *La descentralización de los servicios de salud en Venezuela. (Reconstrucción de un proceso)*. Revista Espacio Abierto. Vol.5 No 3.
- MARRERO, Jesús (1998), *Autonomías locales, descentralización y vertebración del Estado (El caso de Venezuela)*. Revista Iberoamericana de Administración Pública (RIAP). 1 Julio - Diciembre 1998.
- SONNTAG, Heinz y MAIGNON, Thais (1990), "Las elecciones en Venezuela en 1988 y 1989: del ejercicio del rito democrático a la protesta silenciosa". Revista Mexicana de Sociología 4.
- SONNTAG, Heinz citado por MAINGON, Thais (1996), *La descentralización de los servicios de salud en Venezuela. (Reconstrucción de un proceso)*. Revista Espacio Abierto. Vol.5 No 3.

Tesis, seminarios, informes técnicos

- CLAD/OPS (1991), *Descentralización de los Servicios de Salud como estrategia para el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud*.
- CLAD (1998), *Proceso de Descentralización en Venezuela*. Banco de Datos. Reporte de Avance No.1.
- COPRE (1989), *La Descentralización. Una oportunidad para la democracia*. Caracas.
- COPRE (1989a), *Una política social para la afirmación a la democracia*. Vol. 8 Caracas.
- COPRE. Citado por Maignon, Thais (1996), *Antecedentes de la Reforma del Estado*, Vol. 2, Caracas.

Documentos y textos legislativos

- VENEZUELA (1961), *Constitución de la República de Venezuela*. Gaceta Oficial No. 3119 (reimpresión) Extraordinario. 26-03-83.
- VENEZUELA (1987), *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Gaceta Oficial No. 33.745 del 23 de junio de 1987.
- 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.