



Descentralización en Salud. Década de los 90: Marco normativo en cinco Estados venezolanos

Rodríguez Colmenares, Isabel*

Resumen

En este artículo se presentan los resultados de un estudio llevado a cabo en cinco estados de Venezuela (Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo y Falcón), para conocer la situación actual del proceso de Descentralización en Salud, en la década de los 90; se da cuenta de los avances y limitaciones que tal proceso ha registrado en el período estudiado. Los resultados obtenidos mediante la recolección y análisis de la información, permiten afirmar que el proceso de descentralización en salud, en los Estados objeto de estudio, ha sido relativamente exitoso, considerando las particularidades correspondientes.

Palabras clave: Descentralización, sector salud, democratización, Venezuela.

Recibido: 00-05-12 . Aceptado: 00-06-09

* Profesora Titular-Investigadora del Centro de Estudios Socio-Antropológicos (CESA). Escuela de Sociología. Universidad del Zulia.

Decentralization of Health. The Decade of the 90s: The Normative Framework in Five Venezuelan States

Abstract

In this article we present the results of a study undertaken in five Venezuelan states (Anzotegui, Aragua, Bolívar, Carabobo and Falcón) in order to determine the true situation in reference to the public health decentralization process during the decade of the 90s. The advances and limitations in this process in the period under study are registered. The results obtained in the collection and analysis of the information permit the affirmation that the process of decentralization of the health sector in the states under study has been relatively successful, considering the corresponding particularities of each case.

Key words: Decentralization, health sector, democratization, Venezuela.

1.- Consideraciones Generales

La descentralización es un proceso complejo, de larga duración, que amerita el desarrollo de un marco legal, institucional y gerencial para que logre incrementar la eficacia, la efectividad y la eficiencia; así como también un cambio sustantivo en lo político, que permita satisfacer las demandas de mayor participación en los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la gestión pública y de la profundización de la democracia, por la vía del incremento de la acción ciudadana para intervenir en los eventos electorales y en los de gestión pública.

En América Latina, la tendencia descentralizadora se convierte en una de las manifestaciones de mayor profundidad en el trazado de la sociedad contemporánea para darle concreción al proceso de reforma del Estado. Así, por ejemplo, las reformas asociadas con la descentralización fiscal y con la sectorización se enmarcan dentro de ese contexto de re-

formas que buscan transformar el papel promotor del Estado en la actividad económica y modificar su gestión procurando enfatizar la eficiencia y la equidad en la política económica; mientras que la reducción de su tamaño parece concentrarse en los esfuerzos destinados al sector de la política social. (Cominetti, 1997: 23).

En el momento actual, el esquema de descentralización -se supone- debe contribuir a mejorar la inserción competitiva de los países de la región en el sistema internacional; a consolidar la estabilidad económica; modernizar el sistema político y aumentar el grado de participación ciudadana, por lo que ella incorpora un fuerte componente democratizador (Fernández, 1996: 1). En tal sentido, la descentralización en Latinoamérica ha adquirido una gran popularidad y ha pasado a formar parte de la agenda política. Además, ella ha sido definida de diferentes maneras, de acuerdo al enfoque teórico desarrollado por cada uno de los especialistas en la materia.

A nivel teórico vamos a entender por descentralizar "aumentar el poder de la autonomía de decisión y control de los recursos, las responsabilidades y las competencias de las colectividades locales, en detrimento de los órganos del Estado central" (Preteceille, 1987), en función de la capacidad del sistema político para flexibilizar los mecanismos que hagan posible alterar el flujo de poder, racionalizar los recursos, mejorar la capacidad de gestión pública y propender a la reorganización institucional y de los procesos administrativos.

La descentralización en Venezuela tiene lugar en el marco del proceso de reforma del Estado, que se inicia a mediados de la década del 80, inscrita dentro de los lineamientos pautados por la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE) quien plantea que "la descentralización debe ser entendida, básicamente, como un proceso político con expresión territorial e institucional. Significa una redistribución territorial del poder...por lo que remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, y ser un poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia" (COPRE, 1988: 60).

Ella ha impactado fuertemente el macro proceso de reforma que se ha suscitado en la década de los 90, luego de un periodo de discusión sobre la pertinencia de las reformas políticas y administrativas que convenían al país (Mascareño y Carucci, 1999), con motivo del intento de implantación del modelo neoliberal y de la aplicación de medidas económicas de ajuste estructural que se plantearon para enfrentar la crisis, que promovió la caída de la renta petrolera como único soporte de una economía moproductora-exportadora; y teniendo como característica esencial, en el plano político, el intento de frenar el desarro-

llo de la concentración del poder político, reorientar la centralización político administrativa del Estado y buscarle una salida a la fractura del consenso del Pacto de Punto Fijo, que ya venía dando signos de virtual agotamiento.

En tal sentido, se registra una fuerte tensión entre las necesidades de expansión del mercado y de los procesos de desregulación estatales para solventar la crisis económica mediante la adopción de la estrategia de corte neoliberal, en contrapartida con la alta concentración del poder, el control ejercido por los actores políticos en la estructura del aparato público y la falta de legitimidad del sistema político; por lo que la descentralización permitió insuflarle oxígeno al sistema político mediante la promoción de la elección directa de los gobernadores, entre otros aspectos.

Específicamente en el ámbito de la gestión pública de salud, estos dos aspectos adquieren específica expresión dada la influencia que ha ejercido el proceso centralizador del poder en el establecimiento de la salud pública enmarcada dentro del desarrollo económico y social que disparó la industria petrolera en las tres primeras décadas del siglo XX.

Así tenemos que, como producto del encuentro de esos dos procesos se produce en el Estado una tendencia hacia la especialización administrativa por áreas de competencia para llevar a cabo los programas gubernamentales y satisfacer el proceso modernizador introducido, en aquél entonces, por el gobierno de Eleazar López Contreras, por medio del Programa de Febrero de 1936, cuando el Estado asume una decidida intervención nacional en el proceso de producción y distribución de la salud-enfermedad de la población (Viso, 1999: 130) que exigía un plan integral de sanea-

miento que ameritaba el desarrollo de la industria petrolera.

Dentro de este trazado histórico se acota que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social nace el 25/02/1936 -según Gaceta Oficial N° 18.889- como una dependencia autónoma rectora para la salud, al registrarse la división del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría que venía funcionando desde 1930. Con la creación del MSAS se registra la incorporación de la salud pública como una responsabilidad especializada del Estado en materia de salud, para darle respuesta a la conservación, restitución y promoción de la salud colectiva.

Entonces, históricamente hablando, el encuentro de estos dos procesos ha ido profundizándose hasta arribar a los años de la década del 60, cuando el proceso de industrialización, por la vía de la sustitución de importaciones, planteó un incremento a la intervención del Estado en materia económica y se registra el inicio de la intensificación del estilo populista de gestión, que ha dado lugar a un indiscriminado crecimiento institucional dedicado a atender las demandas en salud; ocupando el MSAS el 75% del personal que labora en el sector y llegando para finales de la década del 80 a un impresionante crecimiento en donde el Estado ejerce la función de protección a la salud con más o menos la presencia de 136 instituciones interviniendo en salud, entre las que se puede mencionar: el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS); Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME); los Servicios Médicos de cada uno de los Ministerios; los de la Presidencia de la República; los de los Institutos Autónomos; de las Empresas del Estado; los de las 17 Universidades Nacionales; los de las Gobernaciones, además de la

Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal; etc. (Romero, 1987: 40).

Esta proliferación, multiplicidad y heterogeneidad de entes no es la resultante de un proceso de desconcentración de las funciones inherentes a la atención en salud, es más bien debido a que el Estado venezolano, a pesar de haber asumido el rol preponderante en la conducción y fijación de los objetivos del desarrollo, no ha podido llegar a formular una política social global que articule y coordine adecuadamente las diferentes dimensiones del desarrollo social (Machado, 1995: 70). Este crecimiento encuentra su fundamento en el impacto alcanzado por el modelo político populista que necesitaba de un control del poder por la vía de la penetración del aparato público y, simultáneamente, satisfacer las demandas clientelares que provienen del estilo de afiliación política (Ochoa et al., 1996).

Es así como las manifestaciones de las políticas del Estado populista, que van desde el ámbito económico hasta lo político y social, se han hecho sentir, generando un crecimiento del aparato público para satisfacer la demanda clientelar, buscando legitimarse por la vía de la construcción de una maquinaria político administrativa orientada a elevar la oferta del empleo para la militancia de los partidos políticos del gobierno de turno, que pudiera reportar algún impacto sobre la calidad de los servicios mediante el incremento de la capacidad institucional y de gestión para resolver los problemas de salud de la población.

En todo caso, la tensión generada entre los factores económicos y políticos en estos años, tendió a favorecer las demandas de control centralizado del poder, en las distintas esferas en donde se establece y produce, sacrificando las provenientes de un desarrollo económico social sustentable dado el elevado

grado de intervención que alcanzó el Estado en materia de atención en salud.

Por lo que a partir de 1989, se experimentan cambios importantes en nuestro país, que no solamente deben centrarse en las reformas políticas hasta ahora adelantadas con relativo éxito y apoyadas por su marco legal correspondiente (reformas de las leyes), sino que debe intentar producir cambios en los estilos de gestión, que permitan ensayar alternativas novedosas, cónsonas con las nuevas exigencias de globalización y modernización.

Estas transformaciones sucesivas registradas revisten un cierto sentido positivo, porque han permitido modificar el mapa político venezolano y abrir espacios de participación ciudadana con las Juntas Parroquiales; por lo que la sociedad civil tendría hoy día la oportunidad y posibilidad de alcanzar una participación más real y democratizante en la medida en que se exija el cumplimiento de los elementos constitutivos de la reforma del Estado, lo que favorecería el desarrollo de un nuevo marco constitucional (Siso, 1995: 165).

Este proceso de descentralización ha desatado complejos y diversos problemas que tienen que ver con la emergencia de los liderazgos regionales, los problemas de disparidad regional y la asignación de los recursos; así como los problemas relacionados con la gobernabilidad.

Por tanto, puede afirmarse que, implantar un modelo de gestión descentralizado supone una profunda alteración de las reglas de juego, que hasta el momento venían funcionando; así como también se ve afectado el comportamiento de los actores que participan en el sistema de prestación de los servicios y los intereses político administrativos que se entretajan en todo el aparato público nacional, regional y local, porque arrastra sobre sí importantes consecuencias distributivas, ya que

implica necesariamente una redistribución del poder y de los beneficios y costos que se generan entre esos actores (González, 1998: 2).

En tal sentido, este proceso no se registra libre de conflictos sino por el contrario, ha suscitado diversas controversias aún cuando contó con el respaldo oficial, tanto a nivel central, como en los Estados, estimulados por la firme convicción sobre las bondades que devienen de dicho proceso en materia de mejoramiento de las condiciones de salud; así como ha confrontado distintos problemas a pesar que se supone que las iniciativas encaminadas al logro de mayor autonomía e incremento de la capacidad resolutive de la gestión, gozan de una respuesta favorable por parte de los beneficiarios directos de los programas y de las propias comunidades. Empero, el camino recorrido ha estado lleno de obstáculos institucionales, gremiales, sindicales y políticos de todo tipo, que comprometen el futuro de dicho proceso. (González, 1998: 8).

El proceso de descentralización en salud, en la década de los 90 vivió su etapa de implantación siguiendo un procedimiento bastante similar en los Estados que solicitaron la transferencia de competencias, tal cual como planteaba la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (LODDTC), previo la aprobación por parte del Congreso Nacional de los Programas de Transferencia.

Dada la experiencia registrada en los Estados objeto de levantamiento de la información, se ha vivido muy desigualmente al comparar los casos de entidades federales en la década de los 90, a pesar de llevarse a cabo atendiendo un proceso de transferencia que pauta algunas rutinas estandarizadas, pues éste ha sido un proceso que no sólo ha transitado por diferentes fases sino que se ha venido registrando en condiciones políticas específi-

cas relacionadas con el comportamiento de las correlaciones de fuerzas existentes en cada Estado, y de las características, complejidad y extensión de la organización sanitaria pre-existente.

Esto permite identificar varios niveles del proceso, desde los que se efectuaron en forma menos traumática, al contar con el mayor respaldo por parte de los actores políticos regionales, hasta los que todavía hoy no se han llevado a cabo.

A los efectos, desde 1983/84 se viene insistiendo en la necesidad de la reforma del Estado, la modernización de la gestión pública y la reestructuración del aparato público. Los principales efectos de toda esa discusión, elaboración de propuestas y creación de Comisiones nacionales y regionales vienen a tener concreción cuando se ponen en práctica en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) la creación de la Comisión de Descentralización en 1991 y, más específicamente, en 1994 cuando el MSAS se abre a la experiencia de la descentralización asumiéndola como una política que hay que desarrollar e instrumentar (Memoria y Cuenta. MSAS, 1992).

El MSAS, luego de haber atravesado en su vida institucional varios cambios en la orientación de su política y diferentes reestructuraciones, decide asumir la descentralización, dada la fuerte presión ejercida por algunos gobernadores que exigían se reorientasen sus lineamientos de acción. En Mayo de 1990, el gobernador del Estado Zulia, para ese momento Oswaldo Alvarez Paz, informa al Ministerio su disposición de no prorrogar el Convenio y, seguidamente, introdujo ante la Asamblea Legislativa un Anteproyecto de Descentralización y Transferencia de los Servicios de Salud, que comprendía el primer nivel de asistencia, con-

formado por los ambulatorios urbanos y rurales tipo I, II y III; y los Hospitales tipo I y II, dando así inicio a este proceso en todo el territorio venezolano y seguido posteriormente por otros gobernadores..

Se genera entonces, la necesidad de crear el Sistema Regional de Salud, para que este organismo asuma la administración y control de la infraestructura del sector en nuestro Estado; hecho que se concreta mediante el Decreto número 244 de Febrero de 1991. A tal efecto se produce la sectorización del Estado en sub-regiones, diseñándose la división político-sanitaria y el nombramiento del Director Regional del Sistema Nacional de Salud.

Se crea la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de diseñar un modelo operativo de estructura y funcionamiento del Sistema de Salud, descentralizado, recurriendo a las instancias locales de gestión con la propuesta de creación de las Juntas Socio-sanitarias, Juntas Socio-hospitalarias y Comités Socio-sanitarios; estableciendo acuerdos provisionales de cooperación con los Alcaldes, con miras a concretar la transferencia futura de competencias de la salud hacia el Municipio (municipalización de la salud) en el menor tiempo posible para hacer que los servicios de salud fueran los más accesibles y acordes con las necesidades de la población.

La presión ejercida conlleva a que para 1993 el MSAS priorice dentro de sus lineamientos de acción la reestructuración, impulso al proceso de descentralización político-administrativo y modernización de la gestión por lo que en ese año se observan innumerables esfuerzos dirigidos al análisis político estratégico y operativo de la descentralización. A los efectos se creó una Oficina especial adscrita a la Dirección General Sectorial de la Se-

cretaría del Ministerio, la cual conjuntamente con el Ministerio de Relaciones Exteriores, CORDIPLAN, Ministerio de Estado para la Descentralización, Oficina Central de Personal establecieron las bases para lo que se denominó Convenio de Transferencia, el cual fue firmado por los gobernadores de los estados Aragua (4/10/93); Anzoátegui; Bolívar y Falcón simultáneamente (11/11/93); y Carabobo (3/12/93).

Para el resto de los estados se firmó un Convenio de co-administración de los servicios de salud con los gobernadores de los estados: Lara; Mérida; Monagas; Nueva Esparta; Sucre; Táchira; Trujillo y Yaracuy. Los cuales debían elaborar un programa de transferencia para ser presentados al Senado para su aprobación. A excepción del estado Miranda que elaboró dicho programa y fue remitido al Senado en el año de 1993, los demás casos quedaron pendientes para el año 1994.

El año 1994 se inicia con la materialización de la transferencia de los servicios de salud en los estados Aragua, Carabobo, Anzoátegui, Falcón y Bolívar, se acordó diseñar una estrategia que permitiera solventar uno de los problemas más graves de la descentralización: los pasivos laborales. En estos casos el problema del costo de las prestaciones sociales queda parcialmente resuelto al hacerse entrega de Bs. 3489 millones, destinados a cancelar el 40% de las prestaciones sociales¹. Así también, se firman los Convenios de co-administración de los servicios de salud del estado Lara y se logra la aprobación de un financiamiento del Banco Mundial por un monto de \$54 millones de dólares, cuyo destino es el

proyecto de reforma de los servicios de salud: Proyecto Salud.

A continuación se presentan los resultados parciales del avance del proceso de descentralización en los estados Aragua, Carabobo, Anzoátegui, Bolívar y Falcón, teniendo como eje articulador descriptivo el marco normativo del mismo. La selección de estas entidades federales responde al hecho de ser cada una de ellas un ejemplo característico de lo que ha sido dicho proceso en la década del 90, en Venezuela con la finalidad de mostrar el comportamiento que ha registrado la descentralización y a futuro poder establecer comparaciones con otros Estados y con otros países de la región.

2.- Situación del proceso de descentralización en Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo y Falcón

2.1.- Estado Anzoátegui

Es uno de los estados considerados más extensos después de Bolívar, Guárico y el Amazonas; así como uno de los destinos turísticos de Venezuela por cuanto tiene una extensión de costa donde se encuentran playas de mucho atractivo. Ocupa una superficie de 43.300 km², lo que representa el 4,75% del territorio nacional, y con una dinámica de crecimiento poblacional bastante acelerada, pues para 1990 contaba con 859.758 habitantes con una densidad poblacional de 19.9 habitantes por km²; ya para 1995 cuenta con 1.028.097 habitantes y para 1998 con 1.048.806 habitan-

1 Este problema de los pasivos laborales aún en 1999 no había sido resuelto para el caso del Estado Zulia por el endeudamiento que presenta.

tes, lo que de una u otra forma indica que este Estado va creciendo a un ritmo constante, aún cuando la mayor parte de su población se encuentra ubicada en el área rural. Esto parece ir cambiando con el desarrollo de la actividad petrolera y turística, que han convertido a este Estado en un polo de atracción para la inversión en estas dos actividades económicas.

Para 1993 la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del estado estaba integrada por 314 establecimientos de salud distribuidos en 6 distritos sanitarios. A pesar que desde julio de 1991 fue solicitada la transferencia de los servicios de salud es hasta octubre de 1993 cuando se firma el acuerdo, con lo que se da inicio formal a la descentralización, tal como ocurre con Carabobo, Aragua, Bolívar y Falcón (Mascareño, 1996: 144).

Como primer paso luego de la firma de la transferencia, en el segundo semestre del 93, la Oficina Regional de Epidemiología, que dependía directamente de la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud pasa a depender del sub-sistema integrado de atención médica; constituyendo a nivel del proceso de descentralización en ese año lo más importante la instalación del SILOS en el Distrito sanitario VI (Pariguán) y la evaluación de los Distritos sanitarios III (Aragua de Barcelona) y IV (Cantaura) donde se efectuó un operativo de reparación, limpieza y dotación de material médico y quirúrgico, aseo y lencería en más o menos el 6%.

Como elemento importante en materia de participación se tiene que se adelantó un esfuerzo por nombrar las Juntas socio-sanitarias y socio-hospitalarias en todos los establecimientos de salud: hospitales y ambulatorios urbanos del estado; y se realizó un censo del personal de medicina simplificada.

Sin embargo, se observa en toda la información recabada para 1994, que hay muy poca organización de las acciones dirigidas a encausar la participación en los SILOS, así como aquellas vinculadas con el fortalecimiento del proceso de descentralización, a pesar de la existencia de la Comisión Regional de Descentralización que generó una serie de materiales y participó en distintos eventos.

Para 1995 se observa un mayor grado de sistematización del proceso por cuanto se constituye un equipo de descentralización que tiene por finalidad la realización de un trabajo técnico, que servirá de base para la creación del Instituto Anzoatiguense de Salud "SALUDANZ". Como parte del trabajo adelantado por dicho equipo se efectuaron tres Jornadas de consultas intergremiales para formular una propuesta que contara con el apoyo de los distintos actores que intervienen en el proceso. Esto con la finalidad de crear un escenario favorable y disipar las influencias políticas adversas al proceso.

Dentro de los aspectos resaltantes destaca que la Dirección de Salud del estado Anzoátegui quedó integrada por 320 establecimientos distribuidos dentro de una estructura geopolítica sanitaria conformada por 6 distritos sanitarios, siendo las primeras estrategias definidas para la profundización del proceso, las siguientes:

- Elaboración de un diagnóstico que mostrara la real situación de salud del estado.
- Buscar garantizar la existencia del equipo de salud en todos los centros asistenciales tanto urbanos como rurales.
- Se diseñó un programa para hacer efectivo la dotación de recursos a los establecimientos de salud mediante el desarrollo de una red de distribución médica que actuara en forma coordinada por atención médica, PAMI y bienes.

- Se diseñó un programa informativo comunitario, estableciendo como centros pilotos las áreas del Venado y Mesones en el Distrito Sanitario I.
- Se acogió el Sistema de área programática para ser implantado en el Distrito Sanitario I, que corresponde al eje Barcelona-Puerto La Cruz.

Cabe destacar dentro de estos primeros dos años de la firma de la descentralización que el estado Anzoátegui fue seleccionado por la OPS/OMS y MSAS para desarrollar la estrategia denominada el "Municipio hacia la Salud" seleccionándose como piloto el Municipio Miranda que corresponde al Distrito sanitario VI, que comprende la capital Pariaguán por haberse formado allí el SILOS.

Para 1996, el 17 de septiembre, es definitivamente creado el Instituto Anzoatiguense de la Salud como un instituto autónomo sin fines de lucro, de carácter social dirigido a operativizar el Sistema de Salud, en sus aspectos técnico, político-administrativo y asistencial.

2.1.1.- Descentralización y cambios en la estructura organizativa del Estado Anzoátegui

Con motivo de la aprobación de la Ley que crea al Instituto Anzoatiguense de la Salud se genera una reorganización del Sistema Regional de Salud que tiene entre sus principales acciones:

- La propuesta e implantación de un nuevo organigrama estructural para el sector.
- Se adscribe al sub-sistema de atención médica la Coordinación Regional de Programas de Salud.
- Se transfiere a Atención Médica Rural el Programa de Medicina Simplificada.

- Se crea la Coordinación del Programa de Prevención de Accidentes y hechos violentos y el Programa de Atención Integral a la Mujer; seleccionándose el Distrito sanitario I como piloto para la implantación de ambos.
- Se creó el Departamento de Comunicación y Relaciones Públicas y la División de Procesamiento Electrónico de Datos (PED), para la elaboración y control de nóminas de sueldos y salarios con miras a mantener un registro actualizado para atacar algún vicio proveniente de la falta de control y de información sobre el personal que presta sus servicios en los establecimientos de salud a nivel regional, dado que uno de los problemas que persiste está relacionado con el cumplimiento de los compromisos laborales.

2.1.2.- Avance del proceso de Descentralización

Para el año 1997, según la autoridad regional se continúa profundizando el proceso de descentralización pues se ha logrado establecer un plan de cumplimiento de los compromisos laborales con los empleados y los trabajadores, pues para esta fecha se han transferido el 40% de los pasivos laborales, para lo cual es básico reformar la Unidad de gestión de Recursos Humanos.

Por otra parte, se están adelantando los trámites para la transferencia de los bienes materiales inmuebles, para lo cual se efectuó un censo y se han incorporado herramientas de trabajo acordes con el estilo de gerencia moderna.

Como aspectos destacados del proceso cabe mencionar que se abandona la denominación de Distrito sanitario para adoptar la de

Municipio sanitario, creándose una nueva división política de salud por instrucción de la presidencia de SALUDANAZ a partir del 1 de septiembre de 1997, por lo que a partir de ese momento los 332 establecimientos de salud son distribuidos de la siguiente manera:

Tabla I

Centros de Salud	Cantidad
Ambulatorios rurales tipo I	214
Ambulatorios rurales tipo II	50
Ambulatorios urbanos tipo I	30
Ambulatorios urbanos tipo II	3
Hospital tipo I	6
Hospital tipo II	2
Hospital tipo III	1

Fuente: Memoria y Cuenta del MSAS, 1998.

Es de observar el peso específico que en este estado tienen los ambulatorios rurales tipo I, esto por las características propias de la distribución de la población y la actividad económica agrícola y pesquera que se desarrolla en este estado.

Por otra parte, los esfuerzos se han dirigido, fundamentalmente, hacia la reestructuración de los ambulatorios, así como la creación de otros ambulatorios tipo I y tipo II, tanto urbanos como rurales y la reapertura de otros, como es el caso del Ambulatorio Urbano tipo III Troconal V, con la finalidad de incrementar las actividades preventivas y el fortalecimiento de la red de Atención Primaria con los distintos municipios sanitarios, lo que ha dado una buena señal en cuanto al énfasis puesto en los programas que tiene que ver con Promoción y educación para la salud que se cumplen en un 80% y el dirigido a los Ases de la salud.

También se dio inicio al desarrollo del Programa de Educación Comunitaria en Sa-

lud en los municipios sanitarios a cargo de las dependencias de nutrición regional, Materno-infantil y Promoción social, e igualmente, se estimuló la incorporación del personal médico y paramédico en el Curso Medio de Salud Pública.

Además se buscó reactivar los Comités socio-sanitarios; así como también se estimuló la participación de la comunidad en las actividades contra el dengue en los municipios sanitarios; así como también se fortaleció el Departamento de Comunicación y Relaciones Públicas, con miras a mantener informada a la comunidad y a otras instituciones regionales sobre iniciativas, actividades y acciones en salud.

2.2.- Estado Aragua

El Estado Aragua cuenta con una superficie de 7.014 km² y ocupa el 0,77% del territorio nacional, lo cual representa el cuarto Estado en cuanto al tamaño de su superficie. Con respecto al crecimiento de su población, tenemos que ella ha ido aumentando significativamente al pasar de 1.120.132 habitantes a 1.335.303 habitantes para 1995 y alcanzar 1.786.634 habitantes para 1998.

En materia de salud, este Estado ha sido considerado históricamente referencia nacional. Esto le otorga una gran fortaleza para asumir el proceso de descentralización, el cual contó con el apoyo del gobierno regional desde un principio y se adelantó mediante un esquema de negociación del Convenio de cogestión con el MSAS, que le permitió por ejemplo, al Ejecutivo del estado Aragua tener el control sobre la designación del Director del Hospital Central de Maracay, así como los médicos adscritos al MSAS, los cuales pasaron a formar parte de la Dirección Regional de

Salud bajo un esquema de trabajo que incorporó la promoción de salud integral, ampliación de la cobertura, incremento de la calidad de los servicios básicos, rescate de la red ambulatoria del estado en un contexto administrativo de gestión que se propuso modernizar la gerencia en salud.

Como un ejemplo destacado de este proceso se puede citar la Creación del Servicio Autónomo de Salud del estado Aragua (SA-SEA), que es un ente regional dependiente de la gobernación sin personalidad jurídica, con autonomía funcional en el campo financiero, presupuestario y de gestión (Informe Anual. Gobernación del Estado Aragua, 1994).

Desde el punto de vista financiero, el gobierno regional incrementó sustancialmente los aportes al presupuesto de salud desde 1993/94, que le permitieron mitigar los conflictos y adelantar la creación de 33 Núcleos de Atención Primaria (NAP) cuyo objetivo es la atención integral a 500 familias. A partir del año 1995 el aporte del Ejecutivo Regional se incrementó significativamente alcanzando el 7,7% del total del presupuesto estatal, manteniéndose hasta el momento actual. Así también, en 1996 se crea la Corporación de Salud de este Estado (CORPOSALUD), Instituto autónomo adscrito a la Gobernación, el cual cuenta con un patrimonio propio, mayor autonomía y agilidad para la toma de decisiones; lo cual ha permitido avanzar en el proceso.

Por otra parte, cabe destacar que este es uno de los Estados donde se ha puesto de manifiesto la incorporación de la comunidad en programas de prevención y control de algunas enfermedades tales como dengue, cáncer de cuello uterino, diabetes e hipertensión arterial, además del Programa de Lactancia Materna que alcanzó reconocimiento por la UNICEF al cumplir todos los requisitos de acreditación.

Por tal razón, los Núcleos de Atención Primaria (NAPS), constituyen un nuevo modelo de gestión que expresa la vinculación de los servicios de salud con la comunidad, como parte de la estrategia de fortalecimiento de la red ambulatoria y la de atención primaria. Estos se crean a partir de la solicitud que presentan las Alcaldías o la comunidad organizada, generalmente en áreas urbano-marginales, que dispongan de un buen nivel de organización y de participación social que puedan garantizar su continuidad en el tiempo. Cuenta con un personal de un médico y un auxiliar de enfermería. La organización de trabajo se efectúa de tal manera que se dedica la mitad del tiempo a actividades de contacto directo con la comunidad.

Para mediados de 1997 hay funcionando activamente 70 NAPS, que están resolviendo muchos problemas de salud en ese nivel de atención, y se han incrementado las actividades de promoción, educación y prevención; por lo que los aportes provenientes de la Ley de Descentralización, conocida con el nombre de Transferencia Estado-Municipio (TEM), que crea la base jurídica para la transferencia de los recursos y funciones a los municipios, está dando resultados positivos.

Mediante dicha Ley se asigna un 4% del situado constitucional a proyectos especiales, formulados por los municipios con apoyo de las organizaciones de la sociedad civil; por lo que según, el Dr. Feo (1997), esta experiencia del Estado Aragua es única en el país y ha permitido profundizar el proceso de municipalización.

2.2.1. Descentralización y cambios en la estructura organizativa en el Estado Aragua

Para 1995 es cuando se puede afirmar que se afianza el proceso de descentralización,

se decreta la Ley de Salud del estado Aragua con la cual se crea la Corporación de Salud, ente autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual es adscrito a la Gobernación del estado Aragua como ente descentralizado del Servicio Nacional de Salud. La Dirección y administración de la Corporación estarán a cargo de una Dirección integrada por un presidente y ocho miembros directivos.

A partir de este momento se efectúa un proceso de reorganización que se inicia con la redistribución de la estructura sanitaria del estado, pasando de 5 a 8 distritos, distribuidos de la siguiente manera durante el año de 1996.

2.2.2. Estado del avance del proceso de Descentralización. Años 1997/98

El año 1997 es altamente conflictivo para todo el sector salud, a propósito del proceso de descentralización porque se incrementaron los conflictos de orden laboral motivados por el incumplimiento de los compromisos por los pasivos laborales, los incrementos de sueldo y por el deslinde en la definición de la situación de empleados y obreros del MSAS y la Dirección Regional. Así en particular, en el Estado Aragua, la productividad de los ambulatorios se vio afectada los prime-

ros 4 meses del año 1997 por estos conflictos de tipo laboral, donde el promedio de las consultas y acciones preventivas sólo alcanzó a cubrirse en un 57,8% en las actividades curativas y en un 62,8% en lo que actividades de índole preventiva se refiere. Es importante observar que a pesar de haberse registrado estos conflictos, se cumplieron más las actividades preventivas que las curativas. Cabe destacar además que dentro de los logros alcanzados este año, se encuentra la conversión del Hospital Civil de Maracay en Servicio autónomo; y se adscribieron todos los programas a la Dirección Regional, los cuales se agruparon en cuatro divisiones: División de Prevención y Control de Enfermedades no transmisibles; División de Prevención y Control de Enfermedades Endemo-epidémicas y transmisibles; División Técnica de Servicios; y División de Enfermería.

Así mismo, se creó la Coordinación de Regulación y Control de Materiales, Establecimientos y Profesionales de la Salud, adscrita a la Dirección de Contraloría Sanitaria.

Por otra parte se fortalecieron los distritos sanitarios como instancia de gestión de la salud, mejorando la capacidad técnica y administrativa con la finalidad de ir desconcentrando progresivamente las funciones y los re-

Tabla II

Distritos	Centros de Salud
Distrito I Maracay	2 hospitales tipo IV y I con 26 ambulatorios
Distrito II La Victoria	1 hospital tipo II y 4 ambulatorios
Distrito III Zamora	1 hospital tipo I y 21 ambulatorios
Distrito IV San Sebastián	1 hospital tipo I y 22 ambulatorios
Distrito V Cagua	1 hospital tipo I y 3 ambulatorios
Distrito VI Mariño	24 ambulatorios
Distrito VII Mario B. Irragorri	18 ambulatorios
Distrito VIII Palo Negro	10 ambulatorios

Fuente: Memoria y Cuenta del MSAS. 1998.

cursos del nivel regional al distrital. (Memoria y Cuenta del MSAS. 1998).

Estos ajustes, de una u otra forma, han influido en el mejoramiento de la gestión. Sin embargo, persisten algunos problemas asociados con el presupuesto y con el retraso de los recursos que provienen del nivel central, destinados al incremento salarial del personal.

En el Estado Aragua se consideró, para 1998, profundizar la descentralización fortaleciendo los distritos sanitarios y permitiendo generar una correspondencia con la división político-territorial como un paso indispensable para la municipalización.

Se desarrollaron estrategias tendentes a generar el desarrollo de nuevos modelos de gestión que aumenten el rendimiento y la posibilidad de acceso de la población a los mismos, mediante la política de conceder autonomía a los establecimientos de salud del Estado, pues se consideró necesario superar el modelo de gestión y administración vertical prevaiente.

Otros de los retos importantes durante este año, fueron el logro de un nuevo sistema de financiamiento que profundice la equidad; recuperar la calidad de los servicios y el establecimiento de sistemas de contabilidad de costos que permitan una optimización de los recursos.

Por otra parte, dentro de las necesidades por resolver se encuentra el desarrollo de un esquema de planificación, administración, ejecución y control de las actividades de salud, otorgándole a la participación ciudadana un factor clave que contribuya a la agilización, fortalecimiento y preparación de la sociedad civil organizada para que pueda asumir el proceso de municipalización, para evitar repetir los riesgos a nivel del Estado con respecto al traslado hacia los municipios de las mismas dificultades e incoherencias que de una u

otra forma se han vivido en el proceso de descentralización.

Como un factor que impide la profundización de este proceso, puede ser mencionado el problema de la no existencia de un flujo de comunicación adecuada a nivel interno en la institución de salud, lo cual genera algunos problemas de sincronización organizativa y de participación de los trabajadores en el proceso de cambio propuesto.

Así mismo, el efecto comunicacional hacia el entorno, ha sido débil en cuanto a informar adecuadamente a la población sobre las iniciativas, actividades y servicios que se están presentando, lo que genera poca participación por parte del usuario; y el otro problema tiene que ver con el recurso humano, pues a pesar de ciertos avances conquistados, la estructura de recursos humanos en cada una de las instituciones del sistema sigue siendo inadecuada, y nos conseguimos con un exceso de personal no calificado, insuficiente personal técnico y profesional con los niveles de capacitación requeridos y, en general, con una remuneración no acorde ni con el sistema de ascenso por mérito ni con los incentivos y reconocimientos profesionales por las labores de calidad realizadas.

Podemos afirmar, en este caso, que el proceso de descentralización de la salud ha significado un éxito en el cual se han observado dos elementos contradictorios, uno el que tiene que ver con el gobierno nacional, que consideramos no asumió toda la cuota de responsabilidad en cuanto a otorgar un financiamiento cónsono con la ejecución del proceso de transferencia; cruzado con la necesidad del gobierno regional del Estado Aragua de generar un modelo de gestión y administración que pudiera ser efectivo, eficiente y eficaz, colocando al sector salud como una alta prioridad.

2.3.- Estado Bolívar

El Estado Bolívar ocupa una extensión de 238.000 km², el 26% del territorio nacional, con una densidad poblacional que oscila entre 3.8 y 4.4 habitantes por km², dado que los datos de la población son los que guardan mayor disparidad entre el Atlas Geográfico de Venezuela; MSAS y OCEI, pues según sea el registro para el año 1990 va desde 900.310 a 1.066.907 y 1.122.975 según sea la fuente consultada. Tal vez esto obedece al problema de la alta población flotante producto de la actividad minera, que a este respecto es más grave que en el Estado Carabobo donde también la población flotante representa un problema.

Por otra parte, con respecto a la distribución por sexo, es donde también se observa una diferencia con respecto al resto de los estados, pues aquí se registra un ligero predominio de la población masculina sobre la femenina.

Con respecto al proceso de descentralización, el Estado Bolívar firma el Convenio de transferencia en el año 1993. Sin embargo es al año siguiente que el MSAS transfiere al gobierno del Estado los servicios de salud pública determinados en el Convenio, lo que hace que para 1994 la gobernación reciba el 40% de las prestaciones sociales del personal activo, así como también se puso en práctica el levantamiento de información sobre el recurso humano transferido y se adelantó una auditoría del personal.

A los efectos, realmente el proceso arranca en 1995 cuando se adelantan las acciones tendentes a la reestructuración del Sistema Estatal de Salud y se produce la creación del Instituto de Salud Pública del Estado Bolívar. (ISPEB).

Es de hacer notar que el Estado Bolívar reviste gran complejidad no sólo por la gran extensión que ocupa sino también porque ya para

el año 1995 la población estimada por el MSAS fue de 1.142.210 habitantes, constituyendo la población menor de cinco años 163.108 y aproximadamente 272.303 mujeres en edad fértil. Sin embargo los problemas más graves de salud están asociados a la malaria, el paludismo, dengue clásico, diarreas en menores de 1 año y meningitis.

Producto de los esfuerzos efectuados durante los dos primeros años de la descentralización, se puede indicar que la atención se centró en la búsqueda de la cooperación y asesoría por parte de organismos internacionales y nacionales, con la finalidad de disminuir las estadísticas de la malaria; en tal sentido, se logró la integración de la Zona II Malariología al proceso de descentralización y se firmaron Convenios antimaláricos con la CVG, Gobernación y MSAS, lo que ha ido produciendo algunos logros importantes en el combate de esta enfermedad.

Por otra parte, en estos primeros años se implantó el Sistema Comunitario de Salud (SICOS), que significa un importante avance en materia de participación, por cuanto ésta fue asumida como política de estado por medio de una propuesta de ampliación de la cobertura de la red sanitaria, con la adopción del paradigma de la democratización del conocimiento en salud con lo que se promueve el involucramiento de la comunidad en las acciones e tipo preventivo, estimulando el control sobre las enfermedades endémicas y asistencia sanitaria.

Igualmente se fortaleció la divulgación sobre estas enfermedades, accidentes vitales y luchas violentas con la creación del Boletín Epidemiológico semanal "Vigilancia al Día."

En este Estado, el mayor énfasis se ha puesto en el fortalecimiento del sistema ambulatorio y la atención sanitaria a los grupos de alto riesgo, como lo son el materno-infantil

y los indígenas. Sin embargo, el proceso de descentralización ha marchado muy lentamente y no se observa mayor preocupación por ir más allá, a pesar que las autoridades de la Dirección Regional del Sistema de Salud han manifestado una constante preocupación por tomar en cuenta a la comunidad organizada para el reforzamiento de los programas y las acciones en salud. Aún así, no se han ejecutado actividades más orgánicas y promotoras de cambios; más bien se ha limitado el relanzamiento de los programas de salud, ajustándolos a las reformas sanitarias que propone el MSAS. Además, la información no se encuentra actualizada y en la generalidad de los casos persisten los mismos problemas de antes que se iniciara el proceso descentralizador; sólo se ha avanzado en cuanto a la forma de los Convenios para disminuir los brotes de malaria y paludismo, y los accidentes viales.

2.4.- Estado Carabobo

Conjuntamente con el Estado Aragua, Carabobo pertenece a la región central del país. Ocupa el 0,51% del territorio nacional y es uno de los Estados que ha experimentado mayor crecimiento de su población al pasar de 1.453.232 habitantes y una densidad de 219 habitantes por km² en 1990 a 1.562.234 habitantes en 1995, para alcanzar en 1997 una alta concentración de su población al contar con 1.992.022 habitantes.

Por lo tanto, es uno de los Estados que ha experimentado un crecimiento de su población, sólo comparable con el Distrito Federal y el Municipio Maracaibo del Estado Zulia. Carabobo se encuentra geopolíticamente dividido en 14 municipios autónomos. Por su ubicación geográfica se convierte en encrucijada entre el centro y el occidente del país, cuenta

con elevado número de industrias que atraen gran cantidad de mano de obra que contribuye a que exista una población flotante difícil de calcular por su desplazamiento constante, intensificado por la presencia de Puerto Cabello y las áreas de desarrollo turístico.

Este estado reúne además una serie de características y particularidades bien específicas, dado que el Gobernador Salas Romer impulsó una estrategia política que enfatizó la eficiencia como uno de los principios de su gestión para competir posteriormente en la elección por la presidencia de la República en el año 1998.

Como antecedentes se tiene que desde 1990 el gobernador adelantó una modalidad organizativa que buscaba la eficiencia y la eficacia para producir alto impacto en la comunidad; dentro de ese esquema de gestión se creó el Programa de Atención inmediata que posteriormente diera origen a la Fundación de Atención Primaria, que logra tener relativo éxito en cuanto al traslado de pacientes y su ubicación en los centros de atención específica.

En cuanto al proceso de descentralización se tiene que la firma del Convenio de Transferencia de los Servicios de Salud al estado Carabobo por parte del MSAS tiene lugar el 03/12/1994; casi un año después de haberse creado la Fundación "Instituto Carobobefo para la Salud" mediante Decreto No. 625-305-A el 27/12/1993 de la Gobernación del Estado, la que sirve de órgano operativo y financiero al Sistema Regional de Salud.

Por tanto, el proceso de descentralización en esta entidad no sólo cuenta con un apoyo estratégico político del gobernador, sino con una experiencia de organización que fue definida en los primeros 8 meses del año 1994, en función de:

- Elaboración del Manual Esquemático del Sistema Regional.
- Elaboración del Manual de Procesos AO3; cuya finalidad era establecer, implantar y mantener los sistemas de información.
- Elaboración del Manual de procesos AO4; logístico, de materiales y servicios.
- Elaboración del Manual de proceso A15; administración de recursos humanos.
- Elaboración del censo de recursos humanos transferidos a INSALUD y estimación y recepción del aporte inicial de las prestaciones sociales acumuladas del personal transferido que fue de un 50%.

De tal manera el proceso arranca con una concepción definida que prioriza en la descentralización el proceso de modernización del sector salud con el cumplimiento de los proyectos previstos en el programa estratégico para la “Descentralización, Reingeniería y Excelencia- DEX”, entre los que destacan el de Información para el Hospital Central de Valencia y su Dirección de Administración; el de INSALUD y el de la Dirección de Recursos Humanos; así como los de Infraestructura y Equipamiento (Dinefar); Promoción de la Salud (PROESA) y el de Saneamiento Sanitario Ambiental y Preservación del Equilibrio Ecológico (SAM-EC), que en su conjunto persiguen la modernización de la gestión en salud.

Para 1995 los avances más destacados en esta entidad regional y dentro del esquema de eficiencia se logró cubrir el 75% de las oficinas de la alta dirección con equipos de computación que planteaba el Programa estratégico de Informatización; así

como también se cumplió con la adquisición del paquete Office de Microsoft, con lo que está operando un sistema integrado de información para la atención y el registro de los pacientes a nivel del Hospital de adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”; aspecto éste que ha sido uno de los más publicitados como exitoso dentro del proceso de descentralización.

2.4.1.- Descentralización y cambios en la estructura organizativa del Estado Carabobo

Para el año 1995, cuando puede decirse que entra en su etapa de efectividad la descentralización en Carabobo, se efectúan algunos cambios estructurales importantes, entre los que cabe mencionar de acuerdo a la Memoria Regional de Salud. 1996:

- Aprobación de la nueva división política de salud. Esta nueva distritalización sanitaria comenzaría a operar a partir de 1996.
- Se transfirió parcialmente el Programa de Control de Plaguicidas al Ministerio de Agricultura y Cría a los efectos de que él autorice y emita los permisos sanitarios.
- Se adscribieron a la Dirección de Contraloría Sanitaria los Programas de Drogas y Cosméticos, Zoonosis, Dermatología e Higiene de los alimentos.
- Se constituyó e inició sus funciones la Dirección de Contraloría Interna.

Con respecto a la división político de salud, la distritalización sanitaria quedó conformada según Memoria y Cuenta de la Secretaría de Gobierno INSALUD, de la manera siguiente:

Tabla III

Distrito	Centros de Salud
Distrito sanitario Valencia Sur-oeste Municipios Valencia y Libertador	Hospital Dr. Enrique Tejera
Distrito sanitario Valencia Sur-este Municipios Valencia y Los Guayabos	Ambulatorio Urbano III La Isabelica
Distrito sanitario Valencia Norte Municipios Valencia, Naguanagua y San Diego	Hospital Especial "DR. R. González Plaza"
Distrito Santa Valencia Eje oriental Municipios Guacara, San Joaquín y Diego Ibarra	Hospital Dr. Miguel Malpica
Eje de la Costa Municipios Puerto Cabello y Juan José Mora	Hospital Dr. Adolfo Pruce Lara
Eje Sur del Lago Municipios Valencia y Carlos Arvelo	Hospital Dr. Carlos Sanda
Eke Occidental Municipios Bejuna, Miranda y Montalbán	Hospital Bejuna

Fuente: Memoria y Cuenta del MSAS, 1998.

En el proceso de afianzamiento de la descentralización en este estado, a diferencia de lo que ocurre en el resto del país, cuando este proceso disminuye su intensidad porque el gobierno nacional del Dr. Rafael Caldera no se mostró muy interesado en él, el gobierno regional y la Dirección Regional de Salud continúan con el desarrollo del Plan Estatal de Salud, se avanza en el fortalecimiento de la red de servicios con la dotación a los hospitales de equipos y material médico-quirúrgico con una inversión de Bs. 527 millones.

Se produce la sustitución del ambulatorio rural II Central Tacarigua por un ambulatorio urbano II para prestar servicio a una población creciente estimada en unos 40.000 habitantes, por un monto de 228 millones aportados fundamentalmente por el gobierno regional, FIDES y por la Fundación. Esto evidencia el interés del Ejecutivo regional en elevar el funcionamiento y la capacidad de los servicios de salud regionales.

Por otra parte se efectuaron cambios estructurales importantes, entre los que cabe destacar:

- Se puso en funcionamiento la Unidad de recuperación de costos de la Dirección General de saneamiento ambiental y controloría sanitaria.
- Se instaló el sistema de información epidemiológica en la sede de INSALUD, con la finalidad de mantener actualizados los registros, en coordinación con el sistema nacional.
- Se creó la Coordinación del Programa de suministro de medicamentos, la cual fue adscrita a la Dirección de Operaciones de los distritos sanitarios.
- Se ampliaron, se remodelaron y se produjeron cambios físicos en varios hospitales y ambulatorios con la finalidad de elevar la cobertura, la calidad del servicio y aprovechar más adecuadamente la planta física.

En el proceso de consolidación de la descentralización, una de las áreas más signi-

ficativas es la relacionada con los Programas de Saneamiento Ambiental, por lo que durante 1997/98 se impulsan los programas que tienen que ver con Contraloría Sanitaria en cuanto a inspección, vigilancia y control de la procedencia, elaboración, transporte, almacenamiento, distribución y consumo de alimentos en atención a que en este Estado se encuentra gran parte del parque industrial del país, por lo que se observaron altos rendimientos en los Programas de Ingeniería Sanitaria, lo que implicó la revisión de la estructura organizativa de la División de Saneamiento Ambiental.

Por otra parte, se ha evidenciado que en este Estado hoy, se registran logros significativos tal como lo señalan algunos indicadores de salud relacionados con la tasa de mortalidad infantil que pasó de 24.3 por 1.000 nacidos vivos en 1994 a 17.8 en 1998; experimentando similar reducción la tasa de mortalidad materna que pasa de 0.6 en 1994 a 0.5 en 1998. (INSALUD. 1999). Se observa además un saldo positivo en cuanto al incremento de las consultas preventivas, las cuales entre 1990 y 1998 se elevaron en un 96%.

Igualmente, se lograron importantes avances en el Programa de Prevención y Control de la Violencia Doméstica, Social y Cotidiana que arrancó en 1998; y se mantiene la tendencia favorable de los indicadores sanitarios, sosteniendo un intensivo control sobre las enfermedades endémicas y reforzando las actividades de los programas de salud y educación.

2.5. Estado Falcón

Se encuentra ubicado en el occidente del país y ocupa una superficie de 24.800 km², lo que representa el 2,72% del territorio nacional. Para 1990 tenía una población de 599.185 habitantes con una muy baja densi-

dad de 24,2 habitantes por km²; para 1995 su población no había experimentado un cambio acelerado por cuanto alcanzaba 684.062 habitantes y para 1998 su población se ubica en 758.591 habitantes.

En este estado se plantea la solicitud de Transferencia en septiembre de 1990, y para el 20/12 de ese mismo año se firma el Convenio entre el MSAS y la gobernación del estado Falcón; el cual tiene como objetivo principal establecer la "regionalización del Sistema Nacional de Salud"; como un paso previo a la descentralización. En enero de 1991 el gobernador del estado promulga el Decreto No. 1 sobre Regionalización y Municipalización de la Salud, con la finalidad de crear el SUB-SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION MEDICA y la definición de trabajar en la política "Salud para todos y todos para la salud".

En este mismo año tiene lugar la realización de la I Cumbre de Alcaldes por la Municipalización de la Salud con la participación de una serie de actores representativos de la sociedad civil y política: Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" (UNEFM); MSAS; COPLAN; la Gobernación y los Alcaldes de los 21 municipios.

Este es uno de los pocos casos donde el proceso de descentralización da paso inmediatamente a la municipalización de la salud; pues desde 1993 cuando se firma el Convenio de transferencia se pone en marcha el CONVENIO DE COGESTIÓN entre el Ejecutivo Regional y los Alcaldes de dichos municipios.

En este estado también se había registrado la implantación de un SILOS en San Luis desde marzo de 1990, constituyendo su principal característica el de ser netamente rural y responder a un proyecto interprogramático apoyado por el MSAS y auspiciado por la OPS con el objetivo de operativizar la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Tal vez la organización de este SILOS y su relativo éxito inspiró la necesidad de iniciar el proceso de descentralización otorgándole prioridad a la inmediata municipalización; pues desde que se efectuó el análisis estratégico FODA para la implantación del SILOS San Luis, se planteó la necesidad, en el futuro inmediato, de la municipalización como una oportunidad para incrementar los recursos a nivel del municipio, poder adelantar los programas de APS en su vertiente preventiva y adelantar una campaña sobre educación de la salud, en cada uno de los distritos sanitarios con la finalidad de estimular la creación del Sistema Regional de Salud. (Castillejo, 1991: 89/115).

Crónológicamente tenemos que en febrero de 1991, en acto solemne llevado a efecto en la Asamblea Legislativa, se dictan los lineamientos para la firma de los convenios Gobernación-Alcaldía. El 28 de agosto de ese mismo año, se suscribe un convenio de carácter provisional entre el MSAS y el Ejecutivo Regional; en él se establecen los servicios que serán objeto de la transferencia, los mecanismos de supervisión y las condiciones en las cuales serán transferidos los servicios.

En septiembre, se intensifican las relaciones entre el Ejecutivo regional y la OPS; lo que facilita el apoyo necesario para la realización de los SILOS en el Distrito sanitario VI; el cual se encuentra todavía hoy incorporado a dicho programa.

En febrero de 1992 se hace entonces efectiva la firma de los Convenios de transferencia entre Gobernación y las Alcaldías. Estos convenios son revisados y reformulados en el año 1993 con la finalidad de mejorar la asignación presupuestaria, y por tanto, las Alcaldías puedan cubrir sus necesidades de recursos en materia de salud.

Posteriormente, en el año 1994, se firma el Convenio de Transferencia del Recurso Humano y es para octubre de ese mismo año cuando se hace efectiva la transferencia administrativa a nivel del estado.

La organización, estímulo y la experiencia previa hacen que este estado entre al proceso de descentralización con una serie de ventajas relativas que lo colocan a la vanguardia del mismo; por lo que para 1995 consideramos se inicia más bien la fase de consolidación de tal proceso, produciéndose la reorganización de la región y la ampliación y creación de nuevos servicios, para ello el gobierno regional duplicó el aporte por concepto de situado constitucional a la Administración Municipal con la finalidad de hacer contar al sector salud con los recursos suficientes. (Plan Estatal de salud. 1994. Gobernación de Falcón).

Todo esto también permitió que se pudieran efectuar una serie de Talleres sobre Municipalización de la Salud y SILOS, contando con la asesoría de representantes de la OPS, lo que condujo, entre otros aspectos, a definir las funciones de los distritos de los SILOS; de los médicos jefes de los distritos sanitarios, así como también, la función de cada uno de los integrantes de la Unidad Municipal. (Memoria y Cuenta. MSAS. 1995, 220).

Se considera que este aspecto es sumamente importante y marca una diferencia sustancial con respecto a la capacidad resolutoria que ha tenido el Sistema Regional de Salud del estado Falcón.

2.5.1. Descentralización y cambios en la estructura organizativa del Estado Falcón

La división política de salud está conformada por 6 distritos sanitarios distribuidos de la siguiente manera:

Tabla IV

Centros de Salud	Cantidad
Ambulatorios rurales tipo I	211
Ambulatorios rurales tipo II	73
Ambulatorios urbanos	25
Hospitales (*)	3

(*) (Estos hospitales en un 80% todavía siguen dependiendo de las asignaciones del MSAS; siendo el más importante el Hospital General de Coro).

Para el año 1995 se efectúa la creación de las Coordinaciones Municipales de Salud así como el Comité Científico Municipal en Carirubana, que constituyen dos instancias innovadoras y de franco apoyo al proceso de descentralización, así como la creación del Servicio Distrital de Trabajo Social en Punto Fijo, que tiene como propósito fundamental estimular, organizar y respaldar las iniciativas de participación de la comunidad, e igualmente servir de puente entre el equipo de salud y la comunidad para impulsar los programas de educación y promoción en salud.

Cabe destacar que dentro de esta estrategia de consolidación de los SILOS a partir del proceso de descentralización-municipalización, se buscó darle soporte a la estructura de promoción social en los SILOS que lo necesitaban para desarrollar el Plan de Capacitación integral de los equipos de salud locales.

Dentro de los avances del proceso de descentralización registrados se puede mencionar la búsqueda de la profundización del mismo mediante la reestructuración integral administrativa; la ampliación del programa de capacitación, así como el de adiestramiento del recurso humano; el desarrollo

del Plan de Reclasificación de los establecimientos de Salud ambulatorios y hospitalarios; elevar el Hospital I Dr. Carlos Diez del Siervo de Judibana a Hospital tipo II; reforzamiento del Plan de Recuperación, Mantenimiento, ampliación y mejoras de la planta física en todos aquellos establecimientos de salud que lo ameriten, e intentar mejorar la calidad de vida de los sectores comunitarios que están bajo la influencia de los líderes promotores comunitarios de salud (PROCOSA).

Reflexión Final

El proceso de descentralización que actualmente se despliega en el país, en salud, obliga a delinear una reflexión final después de haber efectuado el levantamiento de información en seis entidades federales: Aragua, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo y Falcón. Este esfuerzo no solamente nos permite hablar de sus alcances y limitaciones, sino además de sus perspectivas en la coyuntura actual, pues a pesar de contar con un marco jurídico y normativo similar, este proceso ha dado lugar a una serie de experiencias regionales que guardan algunas importantes diferencias.

Cuando se afirma que el proceso de descentralización es un proceso complejo, se hace con referencia al conjunto de procedimientos, trámites y mecanismos que se requieren desarrollar, así como a la diversidad de actores que intervienen en el mismo, dado incluso si se acepta la definición más técnica de descentralización propuesta por la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) cuando sostiene que la descentralización es... "la transferencia de competencias y funciones desde el gobierno central hacia los gobiernos estatales y municipales" (COPRE, 1989:14).

Por lo que este proceso, aún en su formulación más técnica, involucra un grado de complejidad que ha puesto a prueba la estructura de la red de poder de decisión entre el ente central y el regional, abriendo unos nuevos escenarios de conflicto que han hecho que su despliegue sea lento y con logros muy desiguales en los distintos estados del país.

Además este proceso se ha hecho presente en un momento en el cual en la administración pública no existe una cultura moderna de gestión, que tienda al fortalecimiento de valores, al desarrollo de una capacidad resolutoria basada en el logro de la eficacia y la efectividad de las acciones en salud, con una inversión ajustada a los objetivos y necesidades y soportada por el uso adecuado de los recursos (técnicos, humanos y financieros), que puedan dirigir y potenciar los cambios que la complejidad de la descentralización encierra y desata.

Empero, la gerencia que se ha desarrollado en el actual sistema de salud, en cada uno de los estados, persisten muchos de los viejos problemas, así como han aflorado áreas críticas que aluden no sólo a cómo se fue produciendo la descentralización, sino a cómo ella ha sido implantada en cada una de las Direcciones regionales de salud; así, en conjunto, pueden resumirse de la siguiente forma:

- Grandes diferencias entre lo planificado y lo ejecutado; esto está influido por el sistema de información que no opera en forma sincronizada o no se le ha dado la suficiente importancia.
 - Falta de integración entre los distintos niveles de la administración, lo que afecta en forma especial a los establecimientos de salud.
 - Persistencia de una abultada nómina de recursos humanos conformada por un personal de bajo nivel de capacitación, que obedece más a presiones externas de los gremios, sindicatos, que no ha sido motivada, incentivada y capacitada para responder a los nuevos retos a nivel del proceso y a los propios de la institución de salud donde laboran.
 - Persistencia de procesos burocráticos, complejos y cargados de trámites, y falta de agilidades que dificultan imprimirle una dinámica cónsona con las nuevas responsabilidades, dado que después de 1998 se han construido nuevos escenarios que deben atender a los objetivos programados.
- Así pues, a pesar que en estos cinco estados, el proceso de descentralización, de una u otra forma cumplió en estos primeros cuatro años con los tres grandes objetivos previstos, que fueron:
- a. Transferir a los estados las funciones de prestación del servicio y administración de los órganos de salud a su ámbito territorial.
 - b. Fortalecer las relaciones del sistema estatal con el MSAS como órgano rector, planificador y orientador del sistema de salud en general.
 - c. Reformar los sistemas estatales y los centros prestadores de salud con determinación de sus responsabilidades y controles.

Esto queda evidenciado en los resultados obtenidos, que entre los años 1990 y 1994 el proceso adquirió el impulso inicial y los esfuerzos se dirigieron a aprobar los convenios de transferencia, se organizaron las diferentes figuras legales que se requieren para ejercer las competencias transferidas; tales como la creación de institutos autónomos; servicios

autónomos; direcciones estatales, fundaciones, etc.

Parece ser que aquellos estados donde la experiencia de los SILOS tuvo lugar a inicios de la década del 90 y ella fue relativamente exitosa, permitió, de una forma u otra, poder avanzar en el proceso de descentralización más tempranamente y con mayores posibilidades de acción inmediata.

Algunos incluso fueron más allá, tomando en cuenta las experiencias previas de los SILOS, firmaron convenios con los municipios para que éstos presentaran diferentes tipos de servicios o generando leyes de transferencia de competencias a los municipios directamente. Situación ésta no prevista por el MSAS, lo que ha traído como consecuencia una cierta dispersión.

Además se produjo una multitud de iniciativas organizativas, que no contaron con la correspondiente asistencia técnica por parte del MSAS. Esto produjo en los años 1997/1998 un estancamiento del proceso, por cuanto no se generaron lineamientos precisos sobre los modelos de atención; así como no se registró una discusión sobre cuál podría ser el modelo de gestión más acorde con las estrategias y políticas de salud atendiendo a las características de cada Estado, lo que provocó que el propio Ministro de Sanidad Dr. José Félix Oleta, quien estuvo al frente de este Despacho hasta febrero de 1999, indicara que en los cinco primeros estados que adelantaron el proceso descentralizador, mediante una evaluación se demostró que dicho proceso se encontraba en un estado intermedio inoperante, por lo que recomendaba su reconducción a partir de una evaluación individual, mediante las llamadas "mesas técnicas", que pretenden reformar todo el proceso y tratar de resolver las dificultades más apremiantes (OLETA, 1998:7).

Por otra parte, la descentralización en estos dos últimos años, se ha adelantado en un ambiente de fuerte crisis política y económica. Esto ha potenciado los conflictos inherentes a las tensiones políticas resultantes del enrarecido clima de gobernabilidad y la insuficiente solvencia por parte del Ejecutivo Nacional para garantizar el pago de las prestaciones sociales acumuladas hasta las fechas en las que fue produciéndose; así como también las gobernaciones, que por su parte tienen que asumir los aumentos salariales, lo que ha incidido en que las autoridades regionales no logran alcanzar un mayor grado de gobernabilidad del sistema, producto de los pasivos laborales, entre otros factores.

Por lo que los paros y conflictos gremiales, ahora pasan de ser tanto un problema nacional y/o regional, dependiendo del radio de acción. Por ejemplo, de la Federación Médica Venezolana o de los Colegios Médicos Regionales; por lo que de una u otra forma, la ola de conflictos, paros y huelgas no tendrán una declinación sino una afectación desigual dependiendo de la correlación de fuerzas políticas existentes entre la gobernación y los representantes de los gremios en cada entidad federal.

Este es el caso de Anzoátegui, donde se advierte la proximidad de un conflicto desde los primeros meses del año 1999 porque se sostiene que el Ejecutivo regional y las autoridades del organismo estatal de salud están desarrollando una persecución a los médicos y en contra de la Directiva del Colegio de Médicos del Estado motivado a la ola de despidos y acusaciones infundadas. Situación ésta que a la larga puede convertirse en un conflicto de graves y grandes proporciones.

Sin embargo, se considera que de manera general el proceso de descentralización en salud comparativamente ha sido una experien-

cia relativamente exitosa para cada uno de los estados, aunque muy desigualmente vivida por cada uno de ellos y con resultados muy diferentes aún cuando observamos la existencia de un marco jurídico-legal y normativo similar por cuanto el Convenio de Transferencia fue formulado en términos idénticos; y el control de la administración de los grandes hospitales en cada una de estas entidades, se demostró bastante a excepción del estado Aragua.

Por todo lo antes expuesto, puede indicarse que las diferencias registradas hasta ahora, dentro del proceso, en cada una de las experiencias aluden a cinco factores: a) apoyo del gobierno regional, b) la capacidad gerencial, c) las características propias de la infraestructura de atención médico-asistencial, d) la complejidad de la división político-sanitaria y de la red de salud y e) las experiencias previas de la comunidad y el estímulo hacia la participación que los individuos hayan logrado desarrollar.

Bibliografía citada

Castillejo, Jesús (1991). El distrito sanitario San Luis. Edo. Falcón. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en Venezuela. II. Experiencias. MSAS/OMS/OPS.

Cominetti, Rocella (1997). Descentralización de la APS en América Latina: Un análisis comparativo. Serie Reforma de Políticas Públicas Nº 56. Naciones Unidas. CEPAL. Chile.

COPRE (1988). La Reforma del Estado. Proyecto de Reforma Integral del Estado. Volumen 1, Caracas, Venezuela.

COPRE (1989): Una política social para la reafirmación de la democracia. Volumen 8. Editorial Arte, Caracas, Venezuela.

Fernández, Gustavo (1996). Descentralización en América Latina. Banco Interamericano

de Desarrollo. Nº 104. Abril. Washington D.C. Pp. 1. (Documento).

González, Rosa (1998). Cambios institucionales en el sector social: marchas y contramarchas de la descentralización de la educación y la salud en Venezuela. IESA. Caracas, Venezuela.

INSALUD (1999). Plan General de Salud. Carabobo, Venezuela.

Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (1989). Gaceta Oficial Nº 4.153 Extraordinario. 28 de Diciembre.

Mascareño, Carlos (1996). Gestión y Gerencia en las gobernaciones venezolanas. Centro de Estudios del Desarrollo. CENDES. Universidad Central de Venezuela. UCV. Caracas, Venezuela.

Mascareño y Carucci (1999). Balance de la Descentralización en Venezuela: Logros, Limitaciones y Perspectivas. ILDIS. Caracas.

Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Años 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998.

Ochoa, H; Rodríguez, I. y López, M. (1996). Administración Pública y populismo en Venezuela. Revista Venezolana de Gerencia. Vicerrectorado Académico. Volumen I. Nº 1. Pp. 39-58. Universidad del Zulia.

Oleta, José (1997). La Reforma del sector salud venezolana. Ponencia presentada en el 2do. Congreso Interamericano sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública. CLAD. Octubre. Venezuela.

Preteceille (1987) citado por Mattos, C. (1990). Descentralización: una nueva panacea para impulsar el desarrollo local?. Revista Estudios de Madrid. Nº 3. Marzo. España.

- Romero, Abigail (1987). La crisis de la salud y de la enfermedad en Venezuela. Editorial Venezolana C.A. Mérida, Venezuela.
- Siso, José (1995). Hacia una Propuesta Cooperativa de Salud en Plan de Capacitación de los Equipos de Salud. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, Venezuela.
- Viso, Carlos (1999). Educación y salud en el proceso de modernización del capitalismo rentístico del Estado en Venezuela. 1936-1945. Secretaría UCV. Fondo Editorial Tropykos.