

TENDENCIAS
Revista de la Facultad de Ciencias
Económicas y Administrativas.
Vol. II. No.2
Diciembre de 2001, páginas 89-114
Universidad de Nariño

**LA SALUD EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION
TERRITORIAL EN VENEZUELA**

Maritza Avila Urdaneta¹

RESUMEN

La estrategia de la descentralización del Estado se inicia con la aprobación de la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (LOD) en diciembre de 1989. El propósito de la descentralización es aumentar la capacidad de respuesta eficiente del sistema de servicios a los problemas de salud a la población entre los diferentes niveles de poder central, estatal y municipal, así como brindarle una mayor participación a las comunidades en su solución. En Venezuela las instituciones que prestan servicios de salud son numerosas, en su mayoría independientes y ausentes de una coordinación efectiva por parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), ente creado en 1936 con mayor injerencia en los asuntos relativos a la salud. El MSAS se orienta hacia una política de centralización normativa – procedimental y desconcentración programática que consiste en la transferencia de las funciones administrativas, requeridas para el desarrollo de los programas, a los órganos regionales del Sistema Nacional de Salud.

Destaca que el MSAS delimitará a las comunidades territorial, demográfica y técnicamente, en función del establecimiento de atención integral a la salud que le

¹ Doctora en Ciencias, Mención Gerencia. Programa Promoción al Investigador No. 4324. Investigadora activa. Universidad del Zulia, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Centro de Estudios de la Empresa. El presente trabajo responde al proyecto financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, CONDES, titulado: La Descentralización Municipal en el marco de la nueva Constitución Bolivariana.

preste sus servicios. Este trabajo tiene como objetivo evaluar el proceso de descentralización de la salud, tomando en cuenta la actual coyuntura sociopolítica y económica en el marco de la nueva Constitución Bolivariana (1999). La muestra está constituida por los Estados Monagas, Carabobo, Aragua, Falcón y Zulia. Los resultados se concretan en el aumento de la productividad y calidad de los servicios de atención médica; simplificación de los procesos administrativos y el fortalecimiento de la democracia, al contar con una comunidad involucrada y satisfecha con el servicio de salud. Se concluye que el proceso de descentralización municipal ha sido frenado por el Gobierno central en los Estados Monagas y Carabobo, mientras que en Aragua, Falcón y Zulia han avanzado en la gobernabilidad del proceso de descentralización de la salud.

Palabras Claves: Descentralización, salud, transferencia de competencias y gobernabilidad.

INTRODUCCIÓN

Venezuela es un país democrático, federal, cuenta con una superficie de 916.445 Km², casi 3000 Kilómetros de costas sobre el Mar Caribe y el Océano Atlántico, y una población para el año 2000 de aproximadamente 27.169.744 habitantes (CORDIPLAN, 2000). Cuenta con una división política territorial estructurada en veintidós Estados, un Distrito Federal y setenta y cuatro islas en el Mar Caribe, que constituyen las Dependencias Federales.

En tiempos de cambio en Venezuela se impone la definición de una visión nacional más compartida entre los actores de la sociedad venezolana. Bajo este espíritu de concertación y de amplitud se inscribe la nueva Constitución Nacional (1999). Con la propuesta por parte del Ejecutivo Nacional de relanzar nuevamente la descentralización como política de Estado, define un nuevo escenario, donde se hace necesario evaluar la gestión del gobierno venezolano en esta materia, para poder determinar su direccionalidad: ¿hacia dónde ir? y ¿que se desea realizar?. Simultáneamente se debe profundizar en el orden legal y doctrinal, a objeto de definir lo que para el gobierno central supone la descentralización, y aclarar cómo se debe asumir la transferencia de competencias y servicios, ya que hasta el presente se ha concretado únicamente en un acto administrativo, con la asunción de la delegación de funciones a los Estados, sin el poder del manejo de los recursos y el de la toma de decisiones (autoridad). Esto

último permite asegurar la gobernabilidad del proceso de descentralización, que solo es posible en la medida en que se interactúe con los diferentes grupos de interés, comunidades y con los niveles de territorialidad, cuando se manifiesta un gobierno eficiente y legítimo.

La Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias (LOD) vigente (1989), establece los mecanismos para aumentar las competencias de los Estados (artículo 11º) e identifica los servicios que serán transferidos del poder central a los Estados, en el marco de las llamadas competencias concurrentes; es decir, existe un orden de responsabilidad de un nivel territorial de gobierno, sea el poder central, estatal o municipal. En tal sentido, la LOD establece el procedimiento de negociación en cuanto a la transferencia de servicios en el marco de las competencias concurrentes; cabe destacar: educación, salud, protección a la familia y en especial al menor, cultura, protección del ambiente, deporte, promoción de la agricultura, la industria y el comercio, vivienda popular y formación del recurso humano, entre otros. En consecuencia, el ejercicio de las competencias es un acto delegado a los Estados o al municipio para detentar el poder de decidir, actuar y legislar, conforme a sus realidades.

En Venezuela se realiza la primera elección popular de gobernadores y alcaldes en 1989. Posteriormente, por presión de las nuevas autoridades y con fundamento en la LOD, se inicia el proceso de transferencia de servicios y competencias en 1991.

La importancia de áreas como salud y educación, competencias concurrentes (Constitución Nacional, 1999) que definen que hay competencias nacionales, estatales y municipales, que tienen un peso significativo del 70% en la aplicación de los recursos financieros en el Presupuesto Nacional Consolidado (Broitman, 1996), considerando que la mayor parte de esos recursos son comprometidos y ejecutados directamente por el poder central.

El rol a cumplir por los municipios en el proceso descentralización está relacionado con la concreción de la firma de los convenios con los Estados, a fin de gestionar conjuntamente las competencias concurrentes que tienen esos Estados, que son prácticamente en todas las materias.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el proceso de descentralización de la salud, tomando en cuenta la actual coyuntura sociopolítica y económica en el marco de la nueva Constitución Bolivariana (1999), en los Estados Monagas, Carabobo, Aragua, Falcón y Zulia.

El trabajo trata, por una parte, de analizar el proceso de descentralización de la salud que ha venido desarrollándose a partir de los noventa, hasta el momento en que se entra a un nuevo escenario con la aprobación de la nueva Constitución Bolivariana (1999), y por la otra, precisar ciertos aspectos relacionados con la Ley Orgánica de Salud (1998) y la descentralización municipal, su incidencia en algunos Estados y la gobernabilidad del proceso, que lleva a establecer un conjunto de consideraciones en función de la efectividad del mismo.

ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD EN VENEZUELA

A partir de la década de los ochenta se inicia una tendencia acelerada en el deterioro del nivel de vida del venezolano, cuyas características más sobresalientes fueron la caída del Producto Interno Bruto, el crecimiento del desempleo, el colapso de los servicios públicos, fundamentalmente el de salud, y un marcado nivel de inflación.

Durante el período 1991-1999, el Producto Interno Bruto mantuvo una tendencia volátil; según cifras del Banco Central de Venezuela (1999) en 1991 la economía alcanzó su mayor crecimiento con el 9,7%, mientras que en 1994 fue de -2,3%, y en 1999 de -7,2%, declive que vino acompañado de una fuerte contracción en los sectores que más generan empleo en el país: construcción (20,4%), manufactura(10%) y comercio (16,5%). Aunado a esto, los niveles de pobreza pasaron del 5% en 1985 al 33% en 1993, y los de pobreza crítica del 27% al 66% en el mismo período.

La Ley Orgánica de Salud (LOS) aprobada en Gaceta Oficial del 11 de Noviembre de 1998, rige en todo lo relacionado con la salud en el territorio y tiene como propósito establecer las directrices y bases de la salud como proceso integral, organización, funcionamiento, financiamiento, y control de la prestación de los servicios de salud, de acuerdo con los principios de gratuidad establecidos en la Constitución Nacional.

En este orden de ideas, la Ley Orgánica de Salud (1998) garantiza la prestación de la salud a todos los habitantes del país (Artículo 3º), y a tal efecto establece los siguientes principios: 1) universalidad, el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud sin ninguna discriminación; 2) participación, de forma que los ciudadanos en forma individual o a través de organizaciones comunitarias participen en la programación de los servicios de promoción, saneamiento ambiental, gestión y financiamiento de los establecimientos de salud, a través de aportes voluntarios; 3) complementariedad, donde los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención, se complementen entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos. 4) Coordinación, que se concreta con la cooperación y concurrencia de toda la administración pública y los establecimientos de salud en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos; y 5) calidad, principio que tiende al establecimiento de mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, que debe además velar porque la atención sea personalizada, continua, suficiente, oportuna y fundamentada en las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

En cuanto a la organización de los servicios para la salud, la LOS contempla en el artículo 10º, que todos los servicios estarán integrados en un solo organismo público, al cual estarán integrados los servicios municipales de salud, de acuerdo con lo pautado en la Ley Orgánica de Régimen Municipal (1989), a los fines de lograr la unidad de comando y la coordinación de los mismos, tomando en consideración las políticas formuladas por el Ministerio de la Salud.

Igualmente la LOS contempla la política de descentralización administrativa de la salud hacia los municipios, a través de la figura de convenios que deberán concertar con los gobernadores, a fin de proveer los servicios a las comunidades según las necesidades de cada municipio. Para este propósito, se cuenta además con las redes de establecimientos de atención médica de primer, segundo y tercer nivel, que actuarán en forma coordinada e integrada, complementándose entre sí para efectos del diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades.

En cuanto a la instrumentación de políticas por parte del Ejecutivo Nacional para el sector salud, a través de la red institucional contemplada en el Programa de

Gobierno del Presidente de la República en el punto 3, denominado “Equilibrio Social”, referido al Proyecto de Redes Sociales (Chávez, 1998), donde manifiesta que no hay suficiente penetración en el tejido social, y por lo tanto no son efectivas las políticas de salud en los niveles de menores recursos. Ante esta situación, los ideólogos de las políticas del gobierno buscan establecer políticas de atención integral a las familias de más bajos recursos, orientadas al establecimiento de una red de promoción social dirigida por las propias organizaciones comunitarias, las cuales deben promover la responsabilidad familiar y ciudadana, autonomía y capacidad resolutive para la atención de las necesidades básicas. Este objetivo requiere de un proceso de transición que implica tanto el uso de redes institucionales como la consolidación de redes comunitarias.

El deterioro severo de la calidad del servicio de salud en las últimas décadas se torna cada vez más preocupante por el crecimiento poblacional, además de la compleja relación que los servicios de atención médica tienen con su comunidad. Al respecto, la Ley Orgánica de Salud (LOS) consagra los sistemas de recuperación de costos (artículo 37°) como medios para optimizar el sistema asistencial a pesar del cuestionamiento de su eficiencia y equidad.

En tal sentido, las acciones y estrategias implementadas por el gobierno central se manifiestan en la preocupación por parte de los usuarios y demandan atención médica, respuesta que ha resultado ser un parámetro muy difícil de medir por carecer de métodos específicos objetivos y confiables. Desde el punto de vista psico-social podría entenderse como el conjunto de factores o condiciones presentes en cualquier situación del hombre, que debe ser satisfechos para conservar la vida, mejorar la salud y su bienestar, así como para canalizar su conducta, comportamientos y normas en forma adecuada.

Otro aspecto a considerar, corresponde a los entes dispensadores de salud que operan en forma centralizada y sin coordinación entre ellos, volviéndose cada más ineficientes; no existen sistemas de evaluación del servicio y de información adecuados; tampoco se actualiza al personal para mejorar su gestión y, adicional a esto, la escasez de recursos que enfrenta el sector, son algunas de las debilidades más sobresalientes. Además del nivel de gastos de personal y la cantidad de procedimientos administrativos, que entran la administración y no responden a una política coherente de recursos humanos, orientada hacia la selección de

personal de calidad, cantidad requerida y remuneración, de acuerdo a las exigencias del mercado laboral formal, pone de manifiesto el rol de empleador masivo adoptado por el Estado, responsable de una excesiva carga burocrática. Sumado a esto, el enfoque centralista que presenta el marco legal vigente, considerado como uno de los elementos que más afecta el rendimiento de los servicios de salud y constituye una amenaza para el proceso de descentralización.

El sistema de salud ha estado centrado en la atención hospitalaria, con poco énfasis en la promoción de la salud y en la atención preventiva, lo cual trae consigo que los servicios no puedan cumplir las funciones para las cuales fueron creados. El resultado es la distorsión en la prestación de los servicios, caracterizada por una atención ambulatoria de baja cobertura, una amplia red de establecimientos de servicios médico-sanitarios que brinda una respuesta parcial a los problemas, y una inversión en equipos de alta tecnología, carentes de mantenimiento, lo que incide en una utilización costosa, innecesaria y distorsionada de los mismos.

Venezuela presenta un perfil epidemiológico complejo y heterogéneo, caracterizado por la coexistencia de sectores de la población que mueren por patologías de los países muy pobres: muertes por diarreas, enfermedades parasitarias y respiratorias agudas, e inclusive por desnutrición en niños menores de cinco años, con otros grupos que no necesariamente pertenecen a los estratos altos, que mueren por trastornos cardiovasculares, cáncer, accidentes y enfermedades transmisibles, de fuerte impacto sobre la población joven y productiva.

En los últimos años el gobierno venezolano destina una alta proporción de recursos de su presupuesto a programas sociales, para atacar los problemas nutricionales y de salud en la población de más bajos recursos, los cuales distribuye mediante una red educativa. La aplicación de estos programas compensatorios ha contribuido a contener la gravedad de las condiciones de nutrición de los grupos en edad escolar. Sin embargo, son ineficaces los resultados en cuanto a la focalización, ya que estos programas no están llegando a grupos objetivos como: mujeres embarazadas, niños lactantes y menores de seis años, donde se podrían modificar tendencias irreversibles en el estado nutricional. Estos grupos solo están recibiendo una quinta parte de los recursos.

De acuerdo con lo expresado, se deduce que tanto las necesidades de la población, como la demanda de los servicios y la asignación de los recursos coinciden casi siempre, pero lo hacen en forma parcial, originando por tanto situaciones de desajustes que conllevan a manifestaciones de crítica por parte de los afectados, al no sentirse atendidos en sus necesidades básicas.

Al respecto, Malavé (1995) señala que esta situación no es exclusiva de Venezuela, por cuanto el comportamiento de muchos países en desarrollo presentan características similares a los sistemas centralizados, los cuales tienden a la formación de un círculo vicioso de ineficiencia y falta de equidad en el gasto público, combinados con crecientes demandas por cada vez mayores recursos y desatención de otros servicios de salud. Hacen crisis cuando los servicios a nivel primario y secundario no están debidamente atendidos en forma adecuada, razón por la cual los usuarios, generalmente los de consulta externa, traspasan esos niveles y abarrotan los servicios del nivel terciario (MESA-LAGO, 1989).

Las gobernaciones de los Estados Monagas, Carabobo, Aragua, Zulia y Falcón, asumen el reto de dar respuesta a estos problemas, por lo que gestionan la transferencia de la competencia de salud a partir de 1992; de este esfuerzo se concretan los Convenios con el Ministerio de Relaciones Interiores. Siguiendo en este orden, se propone concertar con el gobierno municipal y con las comunidades organizadas la transferencia de la salud, a fin de lograr eficiencia en la prestación del servicio. El propósito de la transferencia de competencias a nivel municipal, es lograr el compromiso con las comunidades organizadas, en la medida en que estas identifiquen mejor sus necesidades y asuman criterios para lograr la calidad de los servicios en la búsqueda de la integración Estado-Sociedad.

EXPERIENCIAS DE DESCENTRALIZACIÓN ESTADAL - MUNICIPAL

Conforme a lo previsto en la Constitución Nacional (1999), las materias objeto de competencia concurrentes, serán reguladas mediante leyes de base dictadas por el Poder Nacional, y las correspondientes a leyes de desarrollo, aprobadas por los Estados (Artículo 165°); en tal sentido, los Estados descentralizados deben transferir los servicios y competencias que gestionen los alcaldes, atendiendo a sus capacidades. En cuanto a los mecanismos de transferencia, estos están regulados por el ordenamiento jurídico estatal.

La ley creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y los municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados, los servicios que estos gestionen, promoviendo los procesos en su inicio. Por ejemplo, la transferencia de los servicios de salud podrá contar con el establecimiento de convenios, cuyos contenidos estén orientados por los principios de interdependencia, coordinación y corresponsabilidad, fundamentalmente.

Para efectos de la planificación y coordinación de políticas y acciones para el proceso de descentralización y transferencia de competencias, el órgano responsable es el Consejo Federal de Gobierno (Constitución Nacional, 1999, Artículo 185°). Esta instancia de poder se instrumenta a través de la Asamblea Nacional, mediante la Ley Orgánica de Organización y Funcionamiento de los Consejo Legislativos (NOTIMIL, 2001: 2-3). En el Programa de Gobierno (1998) se establece que este instrumento permitirá establecer relaciones armoniosas entre los poderes Nacional, Regional y Municipal, para que cada uno cumpla las funciones que le correspondan, en atención a los intereses generales del Estado, concebido como un todo (Chávez, 1998).

Considerando lo contemplado en la Ley Orgánica de Régimen Municipal (1989), Artículo 38° , en donde establece que en todo centro poblado de más de un mil (1000) habitantes, los municipios garantizarán a los vecinos los servicios mínimos de la atención primaria de la salud; por otra parte, la LOD ha facilitado legislar en algunos Estados la Ley de Transferencia Estado–Municipios–Sociedad, que permite tener a mano las herramientas necesarias para generar el proceso de transferencia, a través de la figura de Convenio, del Gobierno Estadal al Municipio y del Municipio a la Sociedad.

ESTADO MONAGAS

El Estado Monagas es un Estado petrolero, ubicado en el oriente del país, con una superficie de 28.900 Km² y una población de 526.487 habitantes, según cifras de la Oficina Central de Estadísticas (1992). El número de camas del sector público por cada cien mil habitantes (1986) es de 1.8, atendiendo a la atención prevista en la Ley Orgánica de Régimen Municipal.

Los problemas que caracterizaron a la administración de los servicios de salud, adscritos al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social fueron: políticas atrasadas, ausencia de gerentes, falta de mantenimiento de los hospitales, falta de preparación del personal y problemas políticos (Alvarez, 1985).

La solicitud de Transferencia del sector salud se plantea en 1992 y se firma el convenio entre MSAS (1993) y la gobernación del Estado Monagas, el cual tiene como objetivo la regionalización del Sistema Nacional de Salud, para luego realizar los trámites establecidos para el proceso de descentralización.

El traspaso al municipio de la competencia de la salud se concreta con la gestión de los programas sociales, la asistencia al menor y del Instituto Nacional de Geriátrica, acciones que han permitido un manejo importante del presupuesto de salud y desarrollo social, lo cual se traduce en una gran oportunidad para los municipios de menores recursos, con relación a aquellos que manejan presupuestos provenientes de ingresos propios.

En tal sentido, la figura del Convenio Estado Municipio necesitó de un marco legal mínimo aprobado por la Asamblea Legislativa del Estado, mediante una Ley de Transferencia del Estado a los Municipios y de la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias al Sector Público (LOD) (1989).

La experiencia del Estado Monagas en su adecuación al proceso de descentralización tuvo el soporte en el Centro Cardiovascular para la región oriental en Maturín, y su desarrollo apoyado en dos instituciones como Asocor y la Fundacardiovascular. El Servicio se constituyó como centro de la red primaria para la investigación y la asistencia a los usuarios con enfermedades cardiovasculares. Al cardiólogo regional le corresponde desarrollar las redes secundarias en los distritos sanitarios, debiendo elaborar un informe mensual que debe consignar en la División de Enfermedades Cardiovasculares en Caracas, para el estudio y la clasificación de casos (Malavé, 1995).

A partir de 1997, el programa se debilitó en cuanto al apoyo financiero que se aplicaba a través del presupuesto ordinario y del Fondo de Financiamiento para la Descentralización (FIDES), producto del desfase en el aporte de los recursos, conforme al cronograma previsto; esto produjo irregularidades en la prestación del servicio y en el mantenimiento de las edificaciones, que conforman la red

primaria y las secundarias. Como consecuencia de lo anterior se presentó la salida del gobernador, dentro del proceso de relegitimación de los poderes. Y como amenaza adicional hay que considerar la revisión del proceso de descentralización, por parte del Ministerio de Relaciones Interiores, en lo que respecta a la solicitud de financiamiento de los proyectos, por parte de los gobernadores de Estado. Otra situación de retroceso se produce en 1998, con la redefinición de las nuevas políticas por parte del gobierno nacional.

El Estado Monagas actualmente presenta problemas en cuanto a quien detenta la autoridad del servicio: la Gobernación o el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Es decir, la gobernabilidad del proceso de descentralización de la salud ha entrado en contradicción en el ejercicio de la autoridad única del área (salud), pues ésta queda por fuera de los límites necesarios del Estado (Monagas) a los fines de cumplir el cometido social que le impone la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

ESTADO CARABOBO

La Constitución del Estado Carabobo (1991) en el artículo 20° señala que la transferencia de los servicios actualmente prestados por el Poder Nacional, dentro de las competencias concurrentes, se efectuará mediante convenios y con ajuste a los procedimientos previstos en los artículos 6° y 7° de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público.

En lo referente a las competencias concurrentes, al Estado Carabobo le fueron asignados los servicios médico-asistenciales a través del convenio definitivo de transferencia del 3 de diciembre de 1993, en el cual se le traspasan el Instituto Nacional de Geriátrica (INAGER), la Fundación para la Infraestructura Médico Asistencial (FIMA) y el Instituto Nacional de Nutrición (INN).

La reforma estructural del sector salud a nivel local se inició con el Proyecto "Beta", bajo la responsabilidad del Dr. Eleazar Lara Pinto, orientado a la reforma estructural y funcional del Sistema Local de Salud, asociado al Hospital Central de Valencia. En virtud de que el servicio médico asistencial colapsó, el gobierno de Carabobo asumió, con recursos extraordinarios, la primera etapa del Proyecto "Beta", con la creación y desarrollo de una red de atención médica de emergencia

hospitalaria y con la incorporación del Proyecto de Modernización del Hospital Central y trece ambulatorios de Valencia.

El Proyecto Beta se conjuga con la acción de la Fundación Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD, creado en 1992), el cual sirve de órgano operativo y financiero del Sistema Regional de Salud del Estado Carabobo, además de que administra y mantiene las instalaciones médico–asistenciales, cuidando de su conservación, aplicación y adecuación a los requerimientos de la población.

I

INSALUD tiene como estrategia ubicar los niveles de decisión más cerca de los problemas, conjugando la concepción de la descentralización de acercar al ciudadano al proceso de la toma de decisión. El Instituto demostró su eficiencia con la participación de la comunidad, de tal forma que se logra superar el déficit de medicamentos y material médico quirúrgico ese mismo año y bajar el promedio de estancia de los pacientes en las salas de observación a 48 horas, cuando antes superaba los quince días.² Igualmente, en sus declaraciones el funcionario observó que, además del sentido ético y solidario, el proyecto adelanta una profunda transformación en la concepción y en la gestión de los servicios públicos. La descentralización envuelve un proceso de cambios que supone no únicamente el acto administrativo de la transferencia de competencias y servicio, sino que debe buscarse la eficiencia y la productividad, pero acercando cada vez más las decisiones al ciudadano.

La experiencia del Estado Carabobo en cuanto a la descentralización municipal en la Salud, tiene características propias, por cuanto la firma de la transferencia definitiva, mediante convenio suscrito en 1993, crea una estructura donde el Hospital y los ambulatorios del nivel local, constituyen una red de atención con un servicio de atención las veinticuatro horas al día. Todo ello bajo la dirección y coordinación de INSALUD. Sin embargo, desde su inicio confrontó problemas con el Ministerio de Sanidad, por cuanto este último no cumplió con la transferencia de los recursos financieros en forma regular. Esto le ha ocasionado problemas presupuestarios a la Gobernación del Estado Carabobo, que tiene que asumir con recursos propios los requerimientos para el pago de personal y la adquisición de materiales, implementos y equipos.

² Información suministrada por el Dr. Lara Pantín, Presidente de INSALUD, al periodista del Diario NOTITARDE (9.8.1994, p.12).

A partir de 1998 la situación de la descentralización de la Salud en Carabobo permanece disminuida por el Gobierno Central; es decir, el Gobierno estatal ha asumido el proceso de reforma, de mejoramiento de las capacidades de gobierno, de respuesta a las demandas planteadas por la sociedad civil, con recursos propios. Se observa también el debilitamiento de las administraciones municipales (tanto en los municipios grandes, como en los pequeños), al no participar activamente en el proceso, ni ser protagonistas del cambio y no dar respuesta a las crecientes demandas de la población; esto se traduce en la ausencia de legitimidad en el proceso de descentralización municipal.

En el Plan General de Salud 1994-2005, el Gobierno de Carabobo plantea como política continuar el proceso de descentralización, con la participación activa de los municipios, las parroquias, y las comunidades, sin arriesgar el nivel de servicio requerido.

ESTADO ARAGUA

El Estado Aragua, localizado en la parte centro-norte del país, tiene una superficie de 7.014 Km² y una población de 1.428.000 habitantes (6,13% de la población total del país).

La Constitución del Estado Aragua (1995), considerada una legislación de avanzada, contempla la gestión del gobierno, la administración de su territorio y la descentralización política y administrativa. Define el derecho a la Salud, por lo cual el Estado promueve la cogestión en la Administración de los servicios de salud, con la participación de la comunidad en los procesos de programación y ejecución de sus actividades (Artículo 35°).

Cómo política de gobierno formula la descentralización hacia los Municipios, de tal manera que el Ejecutivo podrá atribuir a los Municipios del Estado la prestación de los servicios y actividades que gestione, y la administración de los respectivos recursos, dentro de las competencias concurrentes entre ambos niveles del poder público (Artículo 66).

El Gobierno del Estado Aragua promulga además la Ley de Descentralización Administrativa, Delimitación y Transferencia de Actividades, Servicios y Recursos del Estado Aragua a sus Municipios (1995). La citada Ley de

Transferencia (1995) es innovadora y prevé el financiamiento, atendiendo a una serie de criterios que tiende a la equidad en la mejora y fortalecimiento de los municipios. En tal sentido, define el fondo de financiamiento con la aplicación del 2% del Presupuesto del Estado Aragua y su distribución la realiza de la siguiente forma: un porcentaje igual del 30% para cada municipio, independientemente de su población; un 20% adicional para municipios con menos de 50.000 habitantes; un 10% con base en los ingresos propios recaudados por cada municipio, dividido entre el número de habitantes; un 20% de acuerdo al índice de necesidades insatisfechas; un 10% para municipios que trasfieran y deleguen actividades a sus parroquias y un 10% para municipios que estimulen la economía local, el desarrollo sustentable, industrial y comercial (Artículo 25°).

Contempla la salud como atención médica integral de carácter curativo y rehabilitador, servicios de emergencia, información y educación sanitaria, planificación familiar y control epidemiológico, los cuales podrán ser transferidos a los municipios.³

En 1996 se crea la Corporación para el Estado Aragua (CORPOSALUD), que se fundamenta en la participación, descentralización y coordinación de los servicios de salud, bajo principios de atención integral mediante la ejecución de programas progresivos en educación sanitaria, saneamiento ambiental, control sanitario de las profesiones y actividades afines. La prestación del servicio se garantiza a todos los habitantes sin discriminación de ninguna naturaleza. El convenio de transferencia de los servicios de salud de la Gobernación con el Ejecutivo Nacional se firma en 1993 y un año después se inicia el proceso de descentralización .

En su inicio, el proceso de transferencia da lugar a las siguientes decisiones políticas: 1) relanzamiento de los programas de salud, como el programa de Lactancia Materna, el cual se mantiene con la capacitación dada al personal desde 1994; para 1997 logra la meta de acreditar todos los nueve (9) hospitales. Igualmente se trabaja en la red primaria de salud, con las salas de lactancia materna instaladas en cincuenta y cuatro (54) ambulatorios; 2) Programa de despigaje de Cáncer del Cuello Uterino, el cual se ha cumplido a través del abordaje comunicacional y 3) Programa de Diabetes Mellitud e Hipertensión

³ Ver: Ley de Descentralización Administrativa del Estado Aragua (1995), Artículo 5°.

Arterial, iniciado en 1997, a través del cual se les garantiza a los pacientes el suministro de medicamentos.

La transferencia de la salud al Estado Aragua se soporta con la creación del Servicio Autónomo de Salud (SASEA), con la finalidad de recibir los servicios de salud transferidos del Ministerio de Sanidad. En tal sentido, este organismo tuvo vigencia como ente de transición mientras se elaboraba el proyecto Ley. Este organismo viene a modernizar el sector salud en el Estado, con el establecimiento de una estructura organizativa, acorde a las funciones y tareas que debía cumplir una institución innovadora y de acuerdo con las exigencias que demanda el proceso de descentralización.

Importante destacar la experiencia desarrollada en el proceso de modernización e innovación de los modelos de atención y gestión implantados en el área sanitaria del servicio de salud en el Estado Aragua, la moderada viabilidad política y la gobernabilidad del proceso de descentralización por el gobernador del Estado. Igualmente importante es el proyecto de investigación que adelanta CORPOSALUD y el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Fundación Polar (2000), titulado “ La Reforma de Salud en Venezuela: Aspectos Políticos Institucionales de la descentralización de los servicios: salud y sus opciones de cambio (RESVEN).

ESTADO ZULIA

El Estado Zulia es el única región que coincide con una entidad política; localizado en la parte occidental del país, posee una superficie de 63.100 Km², de los cuales 12.870 Km² corresponden al Lago de Maracaibo, y una población de 2.235.300 habitantes, que representa el 12% de la población total del país.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) divide al Zulia en doce distritos sanitarios, correspondiendo a los municipios el 50% de la oferta hospitalaria y el 70% de los ambulatorios urbanos. En cuanto a los ambulatorios rurales, el 37% se localiza en la Costa Oriental del Lago, aun cuando esta cifra no cumple con los requerimientos mínimos de las necesidades de la población rural de la sub-región (Alcácer, 1997).

En 1991 el Gobernador del Estado Zulia, considerando la distorsión en la ejecución del Presupuesto de salud, del cual se destina el 82% a la atención hospitalaria y sólo el 18% a la atención médica no hospitalaria, además de la demanda insatisfecha, decreta la creación del Sistema Regional de Salud y asume directamente la administración y dirección de los recursos con cargo al presupuesto del Estado. Seguidamente, procede a la sectorización sanitaria asistencial, creando administrativamente cinco sub-regiones: Maracaibo, Sur del Lago, Costa Oriental del Lago, Perijá y Guajira.

El Gobierno estatal, ajustado a lo previsto en la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (1989), y a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (1987), procede a retomar las conversaciones con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de Relaciones Interiores, en cuanto a la solicitud de la transferencia de la competencia de la salud. Como acción siguiente, suscribe en Agosto de 1991 un Convenio Provisional de Transferencia de los establecimientos del primer y segundo nivel de atención, Fase A de la Primera etapa del citado Convenio. De esta forma, cumple con la etapa de la transferencia provisional de todos los recursos humanos, financiero y bienes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), a la gobernación del Estado Zulia.

En 1993, el Gobernador del Estado promulga el Reglamento Autónomo para el funcionamiento del Sistema de Salud, atendiendo al Anteproyecto de Descentralización de Salud hacia los Municipios y Parroquias. Se definen las instancias correspondientes: 1) a la gestión institucional, constituidas por la Junta Regional de Salud, Comisión Municipal de la Salud y la Comisión Parroquial de la Salud y 2) a las Instancias Locales de Gestión Comunal, a través de las Juntas Sociohospitalarias, Juntas Sociosanitarias y el Comité Sociosanitario.

El convenio del Programa de Transferencia de los servicios de la Salud se firma en 1994, donde se establece un Cronograma de Transferencia de los Servicios de Salud prestados por el Ejecutivo Nacional que en forma progresiva pasarían a la Gobernación. Sin embargo, el Programa de Transferencia no se cumple en la forma prevista, debido a las diferencias de criterios que se presentan en su ejecución por parte del Gobierno Central. En consecuencia no hubo voluntad política por parte del gobierno central, traducándose en el incumplimiento de las obligaciones contractuales y de las adquisiciones de materiales y suministros.

El Gobierno regional crea en 1994 la Fundación para la Promoción de la Salud en el Estado Zulia (FUNDASALUD), con el propósito de facilitar la gestión en este sector, tomando en cuenta la participación de la sociedad civil organizada y las necesidades reales de la misma, en coordinación con el Sistema Regional de Salud y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En 1996 el Gobernador del Estado Zulia solicita al Ministerio de Relaciones Interiores la revisión del Cronograma definitivo de Transferencia del Servicio de Salud, adaptándolo a la nueva realidad. En tal sentido, se acuerda la creación de una Comisión de Alto Nivel, en calidad de observador, así como la transferencia formal de los recursos humanos y la cancelación de los pasivos laborales.

Lo antes expuesto evidencia la necesidad de crear una Coordinación Nacional del Proyecto Salud, a fin de lograr la factibilidad del financiamiento para atender las acreencias pendientes de pago por parte del Estado. Con este fin se nombra al Dr. Luis Fuenmayor Toro, Coordinador Nacional del Proyecto Salud, cuya misión fundamental es la creación de un fondo de financiamiento para atender las acreencias que tiene el sector salud en cada Estado. Al respecto, Fuenmayor Toro, (Hernández, 1996: 4-3) se manifiesta por “la necesidad de disminuir el rol del Gobierno central en la operación de los servicios de salud, a fin de que retome en forma efectiva su función de regulación y financiamiento real de la prioridades nacionales de salud”. Asimismo, el Coordinador Nacional del Proyecto Salud señala el propósito de la creación de un fondo de financiamiento para la salud, que además de asignar recursos con base en la población de los Estados, compense las iniquidades, derivadas de los niveles de pobreza y la dispersión geográfica, presentes en cada uno de ellos.

En el año 2000 el Dr. Felix Gruber, Director Regional de Salud del Estado Zulia, presenta el primer borrador de trabajo con los lineamientos de acción para el Sistema de Salud. Al respecto señala que la ineficiencia y alto costo en la prestación de servicios, se debe fundamentalmente al divorcio entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). En consecuencia, plantea como propuesta “centralizar e integrar los recursos a nivel municipal”, es decir, reorientar hacia el municipio los recursos nacionales (MSDS y IVSS), regionales (Gobernación) y locales (Alcaldías), con el fin de poner en práctica las recomendaciones de lo que se ha

llamado Reforma del Sector Salud, consistentes en separar la prestación directa de servicios de su financiamiento y de su control de calidad.

0En tal sentido, la Gobernación del Estado Zulia instrumenta el Convenio Marco (2000) fundamentado en el Decreto 961 del 25 de Mayo del 2000, para la Democratización y Participación Cogestionaria de la Administración de los servicios de salud, a fin de implementar el desarrollo de la política de reforma y modernización, cuya limitante fundamental es el programa de reconversión laboral. Igualmente, plantea que mientras la Gobernación no culmine con el proceso de reconversión laboral, el personal no beneficiado por el mismo seguirá en la relación de adscripción con el organismo. En dicho convenio se conviene en otorgar la responsabilidad a la comunidad organizada, en el ejercicio de la dirección, administración y supervisión sobre del personal en los establecimientos de salud. De esta forma, el Gobierno del Estado Zulia pone en funcionamiento el Convenio Marco con las Alcaldías, que orienta a una verdadera integración de los recursos basados en política de la descentralización efectiva y de la democratización del sistema público en atención médica.

En relación con el avance del proceso descentralizador en el Estado Zulia, este ha obtenido logros importantes en los Municipios Miranda, San Francisco, Santa Rita, Lagunillas, Catatumbo, Villa del Rosario, entre otros. Acción lograda por la participación activa de las Juntas Socio-Sanitarias, que tienen como propósito fundamental incorporar a las comunidades organizadas, para que asuman un rol protagónico en el funcionamiento y evaluación de los ambulatorios en la solución de los problemas de los establecimientos de salud.

En las experiencias antes mencionadas se destaca la permanencia de problemas de coordinación, conflicto de competencia y gobernabilidad en general, por parte de los Gobernadores y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, ya que no queda clara la concepción de la descentralización del sistema de salud estatal. La administración de la salud es interpretada como un acto meramente administrativo, no político. Este aspecto que se mantiene en discusión actualmente con la Ley Orgánica de la Seguridad Social (2001), la cual tendrá que ver con el diseño del sistema de seguridad social en el corto, mediano y largo plazo.

EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN MUNICIPAL Y LA CONSTITUCIÓN NACIONAL.

A partir de Febrero de 1999 se inicia en Venezuela un proceso de transformación pacífica y democrática, que en menos de un año logra aprobar la nueva Constitución de la República Bolivariana. Esta acción que viene de la propuesta de Programa de Gobierno (1998), en el cual se incorpora la visión dinámica, definida por el estilo de desarrollo socio-económico que se quiere implementar y el proyecto de país que se quiere lograr.

En una óptica diferente se plantea el proceso de descentralización en la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999); el legislador da un viraje en su concepción y plantea el fortalecimiento a la descentralización al declararla política nacional, estrategia que profundiza la democracia, acercando el poder a la población y creando las mejores condiciones para la prestación eficaz y eficiente de los cometidos estatales (Artículo 158). Además, le da facultad a la Asamblea Nacional de atribuir a los Municipios, o a los Estados, determinadas funciones de la competencia Nacional, a fin de promover la descentralización (Artículo 157).

En lo que respecta la gobernabilidad del poder estatal, la carta magna plantea la creación del Consejo de Planificación y Coordinación, para la coordinación de las políticas públicas, presidido por el gobernador e integrado por los alcaldes, los directores estatales de los Ministerios y con representación de los legisladores elegidos por el Estado en la Asamblea Nacional, del Consejo Legislativo, de los concejales y de las comunidades organizadas (Artículo 166). Es decir, que la Constitución (1999) le confiere a los gobernadores la autoridad para la coordinación estatal; de esta forma todos los entes públicos (Ministerios, Institutos Autónomos, Corporaciones Regionales de Desarrollo, etc.) que se encuentran representados en el Estado, estarán coordinados por una autoridad única en la figura del gobernador, lo que permitirá lograr los consensos básicos para unir esfuerzos en un solo sentido.

La Constitución consagra el derecho obligatorio a la salud, cuya prestación debe garantizar el Estado (Artículo 83). Para cumplir con este propósito “el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo..” (Artículo 84). En este

orden define que el financiamiento del sistema público de la salud es obligación del Estado (Artículo 85). Es decir, que el financiamiento del sistema público de salud es responsabilidad del Estado, para lo cual se compromete a integrar los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. Igualmente garantiza un presupuesto para la salud, que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria, así como la regulación de las instituciones públicas y privadas de salud. Sin embargo, es importante destacar que la amenaza al proceso de descentralización de la salud proviene del financiamiento del sistema público de salud, dentro del cual el Estado ha considerado la discrecionalidad en la asignación de los recursos para los centros y ambulatorios dependientes de los Estados y Municipios. La nueva Constitución llena este vacío al garantizar un presupuesto justo para la salud, que permita cumplir con los objetivos de política sanitaria (Artículo 85).

La descentralización municipal debe atender a mecanismos abiertos y flexibles, haciendo extensiva esta disposición a las comunidades y grupos familiares organizados (Artículo 184, Numeral 1, de la Constitución Nacional), teniendo en cuenta que la competencia municipal de la salud está identificada con la salubridad y la atención primaria (Artículo 178, Numeral 5).

La nueva Constitución Nacional vigente concede a las comunidades atribuciones especiales para participar en el proceso de descentralización: 1) el poder de organizarse; 2) incorporarse activamente en las actuaciones del municipio, en lo que respecta al proceso de formulación y ejecución de la gestión pública de la salud y en el control y evaluación de sus resultados (Artículo 168) y 3) el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (Artículo 84). Las comunidades y ciudadanos podrán ejercer su derecho a la descentralización y transferencia del servicio de la salud, a través de las asociaciones de vecinos y organizaciones no gubernamentales, para lo cual se les exige la presentación de propuestas, que deberán realizar conforme a las exigencias establecidas ante las autoridades municipales, encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión (Artículo 184).

La Constitución Nacional (1999) está en correspondencia con lo establecido en la Ley Orgánica de la Salud (1998), en cuanto a la participación activa de las

comunidades organizadas en el proceso de descentralización de la salud. Esta ha sido la política que han venido implementando los gobernadores de los Estados Monagas, Carabobo, Aragua y Zulia, cuya acción se evidencia en las experiencias anteriormente presentadas.

CONSIDERACIONES FINALES

Los convenios de transferencia de servicios en el marco de las competencias concurrentes de la salud, han constituido el eje fundamental en los Estados Aragua y Monagas, liderados por gobernadores que han logrado una sólida administración. Mientras que en los Estados de Carabobo y Zulia el proceso ha avanzado gradualmente, condicionado a la discrecionalidad del gobierno central en el envío oportuno de los recursos presupuestarios.

En consecuencia, el proceso descentralizador en la salud ha avanzado en forma afirmativa en aquellos Estados donde los Gobernadores han asumido el liderazgo de la gerencia del proceso con su Presupuesto Regional y han logrado los consensos básicos que garantizan la gobernabilidad del mismo, apoyando la participación de las comunidades organizadas en la reforma de sus sistemas de salud. Hay que destacar la participación efectiva por parte de las comunidades organizadas, que asumen un rol protagónico en el funcionamiento y evaluación de los ambulatorios en la solución de los problemas de los establecimientos de salud. Esta participación de las comunidades organizadas está presente en las atribuciones que le confieren la Ley Orgánica del Sistema de Salud (1998) y en la vigente Constitución Nacional (1999)

Con respecto a la gobernabilidad del proceso de descentralización, mención especial merecen los gobernadores de los Estados de Aragua y Zulia, quienes han logrado un avance significativo en la conducción del proceso, a través del apoyo que tienen sus tendencias políticas (Movimiento al Socialismo y Un Nuevo Tiempo), como alianza de poder en la Asamblea Nacional. Mientras que en el caso del Gobernador de Carabobo, aunque también forma parte de la alianza política (Proyecto Venezuela), su partido ha manifestado diferencias en la conducción de la gestión estatal a través de la Comisión de la Contraloría, que presiden en la Asamblea Nacional. En cuanto al gobernador del Estado Monagas, éste ha logrado consensos internamente con los alcaldes de otros partidos; sin embargo, está identificado con el partido Acción Democrática, el cual es

cuestionado como protagonista de la IV República. Esta situación incide en forma negativa en la gobernabilidad de los consensos básicos con el Gobierno central, lo que se manifiesta en el nombramiento de dos autoridades representativas del Sistema de Salud: una por la Gobernación y otra por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

Una de las amenazas permanentes ha sido la coordinación del proceso de transferencia de la salud, debido al conflicto de competencia por parte de los gobernadores y el Ministro de Salud y Desarrollo Social; esto en virtud de que el Ministro asume la autoridad de los Estados, lo que genera disfuncionalidad administrativa y desconocimiento de la autoridad única de área y, en consecuencia, entorpece el proceso de descentralización. Como resultado, el Ministerio (MSDS) asume el proceso de descentralización de la salud como un acto meramente administrativo, no político. Este aspecto se mantiene en discusión actualmente con la Ley Orgánica de la Seguridad Social (2001), que tendrá que ver con el diseño del sistema de seguridad social en el corto, mediano y largo plazo y sus relaciones con el sistema de salud, así como con lo contemplado en la actual Constitución.

Otra amenaza que está presente en el proceso descentralizador de la salud son los pasivos laborales, que han impedido a los Estados hacer los ajustes efectivos en el peso de sus nóminas, con el agravante de que las políticas salariales de esos sectores siguen siendo pautadas por el gobierno central. En consecuencia, la problemática de la contratación de personal está en suspenso, en espera de la descentralización del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y de la aprobación de la Ley de Seguridad Social, como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure la protección en contingencias de cualquier previsión social (Constitución Nacional, Artículo 85°).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALCÁCER, Juan (1997). **Zulia Competitividad para el Desarrollo**. Ediciones Instituto de Estudios Superiores de Administración IESA. Impreso por Editorial Texto, C.A.

ALVAREZ, M- (1985) **Historia Médica de la Gobernación del Estado Monagas**. Ediciones Gobernación Estado Monagas.

- BROITMAN DE BLANK, Lily (1996). **Participación Ciudadana y Gestión Municipal**. Revista de Asuntos Municipales No. 1. Gerencia Municipal. Maracaibo Edición de la Sociedad Venezolana de Ciencias Naturales y Cuadernos Lgoven. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores. CEDIEG.
- CAPRILES Briceño, Edgar (2000). **La Descentralización de la Salud en Aragua: Avance en la Modernización del Sector Salud**. Versión Preliminar. Aragua Trabajo no Publicado.
- CENTRO DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO (CENDES) (2000). **La Reforma de Salud en Venezuela: Aspectos Políticos e Institucionales de la Descentralización de los Servicios de Salud y sus Opciones de Cambio (RESVEN)**. Proyecto financiado por Centro Internacional de Investigaciones del Desarrollo. Participantes en la coejecución: Fundación Polar, Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social, Corporación de Salud del Estado Aragua (CORPOSALUD) y el CENDES. Internet: <http://www.resven.bizland.com/>.
- CONVENIO MARCO CON LAS ALCALDÍAS(2000). **Reglamento No. 961 del 25.5.2000** Gobernación d el Estado Zulia.
- CHÁVEZ F, Hugo R. (1998). **Programa de Gobierno. Equilibrio Social. Para la República Bolivariana de Venezuela**. Internet: <http://www.mpd.gov.ve/prog-gob/prog-gob2/e-social.htm> 21.10.2000.
- CONSTITUCIÓN DEL ESTADO ARAGUA (1995). Gaceta Oficial del Estado Aragua. Número Extraordinario del 20 de Febrero.
- CONSTITUCIÓN DEL ESTADO CARABOBO (1991). Gaceta Oficial del Estado Carabobo 7 de Enero.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA (1999). Gaceta Oficial Número 36.860 del 30 de Diciembre.
- FUNDACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ESTADO ZULIA (FUNDASALUD) (1994). **Decreto 80B de fecha 8 de Abril**.
- GRUBER, Felix (2000). **El Seguro Social Municipal**. Primer Borrador. Abril. Trabajo no Publicado.
- FUNDACIÓN INSTITUTO CARABOBEÑO PARA LA SALUD (INSALUD) (1995). **Plan General de Salud 1994-2005**. Triptico Noviembre 1995.
- GARCÍA SÉRVEN, José R. (1993). **Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica Guía Práctica**. Disinlimed, C.A. Caracas.
- LEY ORGÁNICA DE DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA, DELIMITACIÓN Y TRANSFERENCIA DE ACTIVIDADES, SERVICIOS Y

RECURSOS DEL ESTADO ARAGUA A SUS MUNICIPIOS (1995) - Gaceta Oficial del Estado Aragua Número 288 del 26 de Junio.

LEY ORGÁNICA DE LA SALUD (1998). Gaceta Oficial 36.579 del 11 de Noviembre.

LONDOÑO, Juan Luis y SZÉKELY, Miguel (1997). **Sorpresas distributivas después de una década de reformas: América Latina en los noventas.** Documento de Trabajo. Serie de Documentos de. Banco Interamericano de Desarrollo. Trabajo 352. Washington, D.C. Documento preparado para el Seminario "Latin America after a decade of reform: wat are the next seps?"

MALAVÉ, José (1995). **Gerencia en Salud: Modelo Innovador.** Publicaciones IESA. Caracas.

MESA-LAGO, C (1989). **Reestructuración de la estructura administrativa de Ascardio.** Trabajo de Grado para optar al título de Magíster en Administración. Barquisimeto. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado- Trabajo no Publicado

OCEI Oficina de Estadística e Informática (1992). **Proyección de Población en Venezuela.**

KELLY, Janet (1993) (Coordinador) Comp.. **Gerencia Municipal.** Ediciones IESA. Caracas.

FUENTES PERIÓDICAS

CORTES, Adriana (1999). Banco Central de Venezuela: Recesión signó la economía durante 1999. Mensaje de fin de año del ente emisor. El Nacional p. E.

HERNÁNDEZ, Yajaira (1996). **PAIS se propone plantear los cambios que necesita el Sector Salud.** Planteado en Maracaibo el Programa de Atención Integral a la Salud. Diario Panorama Entrevista al Dr. Luis Fuenmayor Toro, Coordinador Nacional del Proyecto Salud (p. 4-3) Salud. 27 de Noviembre. Maracaibo

JIMÉNEZ DE MATA, Mariaelena (1994). **Descentralizar es Avanvar: Experiencia Estado Carabobo.** Periódico Notitarde. Agosto 9. p. 12.

NOTIMIL(2001). **AN sancionó Ley de Consejos Legislativos de los Estados.** Diario Panorama 18 de Abril p. 2-3.

