



INFORME FINAL. RESUMEN EJECUTIVO

I. EL PROCESO DE REFORMA DE LA SALUD EN VENEZUELA

Para comprender la situación actual del sector salud en Venezuela, es necesario considerar las diferentes etapas de su transformación. Ese análisis se ha hecho con base en los cambios en las principales funciones de dicho sistema, es decir, su institucionalidad, financiamiento, prestación de servicios y rectoría. Las siguientes tablas ilustran los cambios ocurridos entre 1936 y la actualidad.

Cuadro N° I: Funciones del Sistema de Salud en el Período 1.936-1.960		
Instituciones		
Funciones		
MSAS, IVSS, IPASME y Sanidad Militar		
Financiamiento	Fuente	El origen de los fondos es predominantemente público. La población cubierta por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y Sanidad Militar recibía servicios sin hacer aportes dinerarios, siendo la fuente exclusivamente fiscal. El IVSS ¹ y el IPASME ² , obtenían recursos de la contribución de patronos y trabajadores, es decir, contributivo. Los gastos en el sector privado eran bajos.
	Aseguramiento	La gestión de los recursos financieros lo hacían directamente los entes señalados, es decir, el aseguramiento era público.
Prestación		Predominantemente pública, aunque el IVSS compraba servicios a algunos proveedores privados. La prestación de servicios por instituciones privadas y el libre ejercicio por los profesionales de la salud eran muy escasos.
Rectoría		El MSAS ejercía la rectoría del sistema, en este período. Se inicia una especie de tensión y competencia entre el IVSS y el MSAS por la prestación de servicios de salud y por el liderazgo del sistema de salud. Se trata de un enfrentamiento de bajo perfil por el control del poder en el sector

Entre ambos lapsos hubo importantes intentos de reforma del sector. El más destacado fue la promulgación y sanción de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNAS), en agosto de 1987 la cual rigió de manera muy poco efectiva el sistema de salud venezolano hasta diciembre de 1998, cuando se aprueba la Ley Orgánica del Subsistema de Salud cuyo contenido apuntaba a la privatización de la administración de los fondos, siguiendo lo establecido en los sistemas colombiano y chileno. Estas leyes fueron el producto de acuerdos tripartitos restringidos entre los trabajadores, los organismos oficiales involucrados (MSAS, IVSS y Ministerio del Trabajo) y los patronos. Se caracterizaron por la tendencia a introducir la competencia en la administración de los servicios de salud, sobre la base de una concepción de mercado y de consenso entre los actores involucrados. Los cambios políticos ocurridos a partir de finales de 1998 reflejados fundamentalmente en la Asamblea Nacional Constituyente, dieron como resultado la derogación de estas leyes en la práctica y su sustitución por lo que pautó la nueva Constitución de 1999: un sistema público de salud, integrado, descentralizado, financiado con recursos públicos, fundamentalmente de origen fiscal, aunque se mantuvo el régimen contributivo del IVSS.

¹ IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

² IPASME: Instituto de Previsión y Asistencia Social de los Trabajadores del Ministerio de Educación

Cuadro N° 2: Funciones del Sistema de Salud en el Período 1.960-2.002		
Instituciones		
Funciones		
M.SAS, IVSS, IPASME, Sanidad Militar y Regímenes Especiales		
Financiamiento	Fuentes	El origen de los fondos es predominantemente privado por proceder del gasto directo del bolsillo de las personas ³ . Para el año 2.001 disminuyó la brecha al aumentar el aporte fiscal para salud. La población cubierta por el MSAS y Sanidad Militar hace aportes directos para la prestación de servicios de salud, en forma de co-pagos, como modalidad impuesta por los gestores de establecimientos hospitalarios ante la escasez de recursos para el funcionamiento. El deterioro del IVSS y el IPASME ha disminuido notablemente su capacidad operativa. En el caso del IVSS, las características del mercado laboral (aumento del desempleo, merma del salario real y el cierre importante de empresas manufactureras) y el desorden administrativo, han mermado sus ingresos en tal medida que en el año 2.000, según la memoria y cuenta del Min. del Trabajo, órgano de adscripción del IVSS, el déficit para el gasto generado por el Fondo de Atención Médica fue de 68 %, cubierto por el Ejecutivo Nacional.
	Aseguramiento	La gestión de los recursos financieros la continúan haciendo los cuatro grandes entes mencionados, pero también participa el sector privado en la administración de fondos de salud públicos, en proporción no establecida con precisión, pero que parece oscilar entre un 10 y 15 % del total del gasto público.
Prestación	La red de servicios continúa siendo predominantemente pública, pero los proveedores privados han aumentado su participación de manera significativa al poseer el 55 % de la red de establecimientos hospitalarios, aunque esto representa un 20 % de todas las camas clínicas.	
Rectoría	La debilidad del MSAS y Asistencia Social, MSAS, es pública y notoria, lo cual dificulta la regulación en el sistema que está claramente fragmentado. Continúa la tensión y competencia entre el IVSS y el MSAS.	

Finalmente, la Constitución de 1999 entiende la salud como una parte de la Seguridad Social y, aunque la Ley Orgánica de Salud no ha sido aprobada, se entiende que la nueva Ley de Seguridad Social señala la ruta que debería seguir la legislación sobre el sector salud al ser dicha legislación parte de la Seguridad Social. Sin embargo, es importante destacar que en el proceso socio-político venezolano actual, salud no ha representado una prioridad e independientemente del discurso oficial, el tema de salud ha venido siendo postergado en varias oportunidades. Todo este proceso se ha dado en el marco de una descentralización y "recentralización" del Estado, en la cual salud ha asumido una ventaja, con relación a los demás sectores, al ser éstas las primeras competencias solicitadas y transferidas a las entidades federales. Ese proceso ha sufrido altibajos, sobre todo atribuibles al incumplimiento cabal de los convenios celebrados entre los niveles de gobierno, por parte del gobierno central, junto a su escasa capacidad regulatoria. En ese marco, los estados han desarrollado experiencias, a veces compartidas, las cuales no han sido sistemáticamente evaluadas en términos de sus resultados. Tal evaluación es requerida para poder profundizar el proceso de descentralización de los servicios de salud, en el marco de una reforma integral del sistema de salud en su conjunto.

³ Según el informe del Banco Mundial del año 2.000, la relación público-privado fue 60-40 %. Al inicio de este período era lo contrario, de predominio público.

II. METODOLOGIA E HIPOTESIS DE TRABAJO

Es dentro de este contexto en donde se ubica nuestro problema de investigación. Las preguntas claves a las cuales queremos darle respuestas, son: ¿Qué uso le han dado las autoridades subnacionales —governaciones de estado— a los espacios de decisión asociados al proceso de transferencias de competencias en salud? ¿Qué impacto ha tenido la utilización de los espacios de decisión en el desempeño de los sistemas estatales de salud?

Debemos decir, en primer lugar, que el proceso de descentralización de la salud tomó la delantera en el país, merced a la lucha y al reclamo de los gobernadores electos, de las correspondientes competencias y al empeño que muchos de ellos pusieron en superar los escollos que significaba el manejo autónomo de un sistema de salud transferido junto con sus problemas tradicionales. La inexistencia de una evaluación sistemática y un seguimiento de lo que ha venido ocurriendo en todos esos años y la necesidad de incorporar esa experiencia en las normas y legislación del sector salud, es lo que guía este trabajo de investigación.

Por ello, a pesar de los riesgos señalados para el proceso de descentralización, hemos asumido que la posibilidad de poder manejar en forma relativamente autónoma las redes de establecimientos y la gestión de sistemas regionales de salud en su conjunto, es una modalidad que debería superar la tradicional ineficiencia del gobierno central en estos menesteres, dependiendo de cómo las OES manejan los “espacios de decisión” y bajo qué condiciones socioeconómicas y políticas desarrollan tales actividades ocho estados que fueron seleccionados con el criterio fundamental de su compromiso con el proyecto, la disponibilidad de información y el criterio del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). En otras palabras, la existencia de los espacios de decisión, no se define sólo por un acto administrativo mediante el cual se generan discrecionalidades merced a la transferencia de competencias de salud, sino por el hecho político de diseñar estrategias para el aprovechamiento más eficaz de esa oportunidad por parte del receptor de tales competencias, en este caso, la autoridad regional.

En este estudio y con fines operativos se usa la noción de Organizaciones Estadales de Salud (OES) para identificar aquellas instituciones que surgieron en los estados descentralizados como producto de dicho proceso. El concepto de Sistema Estatal de Salud (SES) se refiere al conjunto de redes y establecimientos que prestan servicios de salud, independientemente de su naturaleza jurídica o adscripción administrativa. Esta distinción es importante a los efectos de apreciar la función de rectoría del sistema de salud, en el sentido de que dicha función no puede quedar restringida al control y supervisión del sistema público, sino que debería abarcar a todas las instituciones.

Uno de los temas centrales de la investigación es la forma en que se han visto afectadas las funciones básicas de los sistemas regionales de salud que hemos identificado anteriormente, por la gestión descentralizada. Por ello, partimos de la idea de que el proceso de descentralización de la salud en Venezuela, al generar cambios importantes en la manera de gestionar los sistemas regionales, puede haber contribuido a mejorar el desempeño de esos sistemas de salud y, por ende, impactar las condiciones de salud de las poblaciones incluidas en este estudio. Es necesario aclarar que se trata de una aproximación inicial. Uno de los obstáculos más serios para la investigación en este campo, es el acceso a las fuentes de información y, por otra parte, la validez de dicha información. Un cotejo inicial entre algunos de los datos revela que hay diferencias significativas entre la información proporcionada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y aquella que proviene de las Organizaciones Estadales de Salud (OES). Esta es una de las razones por las cuales, en algunos casos, se ha debido verificar empíricamente dicha información.

Para proceder a validar nuestro supuesto inicial, se ha hecho el intento de establecer, a nivel nacional, una correlación entre variables probadamente importantes en relación con la hipótesis que se intenta sustentar. Para esos efectos, se ha construido índices de calidad de vida o situación social, de las características principales de la economía y de su dinámica, referidos a las entidades federales participantes. Por otra parte, para el examen del desempeño de las OES, se han considerado las siguientes dimensiones: espacios de decisión y capacidades institucionales de las diferentes OE, y los resultados obtenidos en salud, medidos a

capacidades institucionales de las diferentes OE, y los resultados obtenidos en salud, medidos a través de indicadores clave, de acuerdo a los resultados inicialmente obtenidos en gruesas correlaciones entre estados descentralizados y no descentralizados a nivel nacional.

El índice de actividad económica se construyó combinando la cartera de créditos de cada estado y las captaciones del público; la pobreza se midió por la línea de pobreza y es un promedio del lapso en estudio; el índice de Capacidad Institucional combina el uso de los espacios de decisión que se generaron con la transferencia de competencias⁴, y la suficiencia y calidad de la información proporcionada por las OES⁵. Por otra parte, el desempeño pondera tres indicadores: cobertura de vacunaciones (BCG, triple y polio) y la cobertura de servicios medida por consultas externas de los servicios dependientes de las OES por 100 habitantes, con la proporción de proyectos aprobados por el FIDES para cada estado, específicamente referidos a los proyectos de fortalecimiento institucional. Los resultados en salud representan, por una parte, el promedio de las tasas medias de reducción anual de la mortalidad materna y la mortalidad postneonatal y, por la otra, los porcentajes interanuales de reducción del promedio de las tasas mencionadas para el lapso bajo estudio (Véase tabla 5).

Las visitas a los estados y las entrevistas y procesos de recolección de información en los ocho estados participantes, así como en los organismos relacionados, permitieron la construcción de una base de datos que contiene cuatro tipos de información: Socioeconómica, demográfica, epidemiológica y financiera. La recolección de información se realizó con base en dos tipos de instrumentos: entrevistas a actores clave del proceso en cada estado, entre quienes estuvieron incluidos -por lo menos- los dos últimos directores de salud de cada estado, con la excepción del estado Falcón en el cual no fue posible entrevistar al actual director. Se elaboraron, además, guías para organizar información secundaria. A continuación se presentan los aspectos comparativos entre los estados considerados y el país.

III- DESCRIPCION COMPARATIVA DE LOS ESTADOS

III.1. Aspectos Socioeconómicos y Demográficos

Los indicadores sociales, demográficos y económicos nos permiten tener una idea global de la situación de los estados participantes. Es importante disponer de esta información porque la suposición de que el desempeño estaría hipotéticamente relacionado con los resultados en salud, pasa por la estimación del peso de estas variables. En otras palabras, entidades federales que tienen situaciones sociales, demográficas y económicas más favorables, deberían mostrar mejores resultados en salud que aquellas que no cumplen con esa condición.

TABLA 1: PRINCIPALES CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y DEMOGRAFICAS DE LOS ESTADOS PARTICIPANTES

Estados	Act. Econ.	Pobreza	Cob. Agua	Alfabet.	ens. Pol	Natalidad	Saldos Migr.
Aragua	0,347	35,60	73,22	94,49	217,77	1,83	7.305
Bolívar	0,426	44,17	89,66	93,37	5,58	2,53	2.407
Carabobo	0,403	40,71	84,29	94,56	495,62	1,87	14.819
Falcón	0,234	50,31	66,34	88,30	30,49	2,47	-7.642
Mérida	0,296	42,10	43,17	86,82	67,01	2,33	-3.947
Nva. Esparta	0,414	28,17	88,12	91,03	336,67	2,33	1.770
Sucre	0,155	55,76	59,93	84,17	70,50	2,48	-11.077
Yaracuy	0,157	48,40	54,57	86,42	74,54	2,51	-2.205

Actividad económica: promedio de cartera de créditos y captaciones del público (2001). MM de Bs. X habitante

Pobreza: línea de pobreza (PNUD, 2000)

Cobertura Agua: % promedio (1985-2000) de la población de cada estado cubierta por acueductos

Tasa de alfabetismo (PNUD, 2000)

Saldos migratorios: N° de habitantes 1990-2001

⁴ Los Espacios de Decisión, son el resultado del promedio ponderado de un delphi sobre las diferentes dimensiones que lo componen, a saber: organización de los servicios de salud, gestión de los recursos humanos, financiamiento, reglas de acceso y participación en el sistema de salud y gobernabilidad, construidas tales dimensiones sobre el trabajo de Thomas Bossert (1998.)

⁵ Este indicador consiste en las fallas de información sobre la información total proporcionada y comparada con los resultados de la misma data en el MSDS.

La tabla I presenta los principales indicadores socioeconómicos y demográficos de los estados participantes. Los estados Nueva Esparta, Carabobo, Bolívar y Aragua destacan por la magnitud relativa de su actividad económica y, al mismo tiempo, con excepción de Bolívar y Nueva Esparta, poseen las tasas de natalidad más bajas y, dentro de ese grupo, es especialmente importante el estado Aragua que aparece, junto con Carabobo, como un polo de atracción de población importante. La posición de estos estados coincide también con sus niveles relativamente bajos de pobreza, grupo en el cual se destaca Nueva Esparta el cual, junto a Aragua y Carabobo, posee una alta densidad poblacional. Carabobo y Aragua forman parte de un importante eje industrial y Nueva Esparta se destaca por una creciente industria turística que, junto al hecho de ser puerto libre, impulsa la actividad comercial y la generación de empleo. Por otra parte, Sucre y Yaracuy son estados económicamente más deprimidos, con baja cobertura de servicios de agua; ambos pierden población⁶ y tienen altas tasas de natalidad. En estos casos, se trata de estados en los cuales hay una marcada dispersión de la población pues, aunque la mayor parte de dicha población es urbana, se encuentra diseminada en muchos centros poblados. El estado Mérida presenta una situación similar a la descrita para Sucre, sólo que posee una topografía completamente diferente al estar enclavado en medio de las estribaciones de la cordillera de los Andes, asunto que dificulta la cobertura de servicios porque muchos de sus centros poblados son de difícil acceso. El estado Bolívar ocupa casi un tercio del territorio nacional y, aunque su población urbana es alta, la mayor parte de ella se concentra en tres grandes ciudades (San Félix, Puerto Ordaz y Ciudad Bolívar) y, además tienen una importante proporción de la población indígena del país, así como poblaciones flotantes de mineros informales porque mucha de su actividad económica se desarrolla en las minas de oro y diamantes que existen en la región. El estado más rural es Falcón que tiene una población urbana ligeramente superior al 75 % y es también es la entidad federal de menor crecimiento.

III.2. Economía

Los aspectos económicos abarcan varios tipos de información. Por una parte consideramos la situación general del estado en relación con su Producto Interno Bruto (PIB), la relación PIB x habitante, y la participación de cada estado en ese indicador a nivel nacional. Por otro, se destaca la estructura de las economías regionales con base en la cartera de crédito de cada uno de los estados, y las captaciones del público. Dadas las dificultades para la construcción de las series temporales del PIB por estados, se ha conseguido elaborar una estimación para los años 1997 y 2000, cuyos resultados, en bolívares y dólares de cada año, presentamos en la tabla 2.

TABLA 2 : PIB NO PETROLERO, PIB PER CAPITA Y PARTICIPACION EN PIB NACIONAL										
OCHO ESTADOS. VENEZUELA, 1997 Y 2000 (Bs. y U.S. \$ de cada año)										
Estados	PIB						PIB PER CAPITA			
	1997		Part.(%)	2000		Part. (%)	1997		2000	
Bs.	U.S. \$	Bs.		U.S. \$	Bs.		U.S. \$	Bs.	U.S. \$	
Aragua	2.320.153.000,17	4.218.460,00	6,76	4.160.310.000,06	5.943.300,00	6,64	1.657.267,53	3.013,21	2.808.263,24	4.011,80
Bolívar	2.168.322.000,03	3.942.403,64	6,32	3.160.445.000,70	4.514.921,43	5,05	1.795.671,65	3.264,86	2.418.736,91	3.455,34
Carabobo	3.229.105.000,61	5.871.100,00	9,41	6.440.831.000,76	9.201.187,14	10,28	1.668.390,63	3.033,44	3.057.940,98	4.368,49
Falcón	933.105.000,48	1.696.554,55	2,72	1.538.699.000,23	2.198.141,43	2,46	1.296.955,49	2.358,10	2.057.986,66	2.939,98
Mérida	554.128.000,61	1.007.505,46	1,61	1.043.577.000,70	1.490.824,29	1,67	781.709,40	1.421,29	1.400.800,82	2.001,14
Nva. Esparta	743.075.000,73	1.351.045,46	2,17	1.469.296.000,53	2.098.994,29	2,35	2.128.307,07	3.869,65	3.890.103,55	5.557,29
Sucre	418.326.000,71	760.592,73	1,22	759.265.000,03	1.084.664,29	1,21	522.949,99	950,82	920.584,56	1.315,12
Yaracuy	349.869.000,83	636.125,46	1,02	608.211.000,72	868.872,86	0,97	717.766,87	1.305,03	1.172.111,50	1.674,44
Venezuela	34.317.417.000,87	62.395.303,64	100,00	62.635.000.000,00	89.478.571,43	100,00	1.506.659,70	2.739,38	2.591.463,11	3.702,09

Fuente: Croce, N. y Ripanti A.M., "Potencial económico de los estados". GEET. Seniat. 2000. Cálculos propios RESVEN

El conjunto de estas entidades federales redujo su participación en el PIB nacional de 31,62 % en 1997 a 30,62 % en el año 2000. Los estados responsables de esa baja son Aragua, Bolívar, Falcón y Yaracuy. Todos los demás estados aumentan esa participación. En relación al PIB per cápita, todos los estados mejoran pero algunos como Sucre y Yaracuy, que son además, dos de los más rurales, aún mantienen un per cápita inferior al nacional. El conjunto de estas entidades federales tienen un PIB promedio per cápita de U.S. \$ 3.165,

⁶ Los saldos migratorios son cálculo propios, elaborados con base en las cifras censales del año 2000 y las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

inferior al nacional que alcanza U.S \$ 3.702. Las diferencias entre aquellos estados más urbanizados y con una actividad industrial más desarrollada, muestran también una participación en el PIB y un PIB per cápita más elevados (Aragua, Carabobo y Bolívar) Nueva Esparta muestra un aumento importante en esta última cifra, producto del desarrollo de sus actividades de servicio, sobre todo en las áreas de turismo y comercio, tal y como hemos señalado anteriormente.

TABLA 3: CARTERA DE CREDITOS Y CAPTACIONES DEL PUBLICO. OCHO ESTADOS, VENEZUELA, 2001
(Millones de Bs.)

<i>Estados</i>	Cart. de Cred.	%	Captaciones	%
Aragua	302.559,8	7,7	703.177,8	8,4
<i>Bolívar</i>	486.722,8	12,3	549.243,3	6,6
<i>Carabobo</i>	465.841,8	11,8	1.092.327,0	13,1
<i>Falcón</i>	97.943,7	2,5	258.673,4	3,1
<i>Mérida</i>	96.489,6	2,4	326.816,1	3,9
<i>N. Esparta</i>	107.055,5	2,7	202.450,3	2,4
<i>Sucre</i>	32.469,7	0,8	210.834,7	2,5
<i>Yaracuy</i>	23.244,6	0,6	133.724,6	1,6
Total País	14.716.728,1		16.424.537,0	
Total sin DF	3.945.423,9		8.360.963,2	
<i>Total 8 edos.</i>	1.612.327,5		3.477.247,2	
<i>% sobre total sin DF</i>	40,9		41,6	

Fuente: Economista Silvia Salvato. Cálculos propios con base en Superintendencia de Bancos

La tabla 3 muestra dos indicadores de actividad económica en los estados para el año 2001: la cartera de créditos y las captaciones del público, comparando ambas cifras con el total del cual se ha excluido el Distrito Federal. El conjunto de los estados participantes agrupan el 40,9 % de la cartera de créditos y el 41,6 de las captaciones de dinero del público. En relación con la cartera de créditos, los estados Aragua, Bolívar y Carabobo, concentran el 31,8 % de tal actividad en relación con el país y el 28,3 % de las captaciones del público. En relación a los demás estados, estos tres mencionados dan cuenta del 77,8 % de la cartera de créditos y del 67,4 % de las captaciones del público. Estos tres estados también son los que tienen un mayor PIB en los años anteriormente analizados (véase tabla 2). Estos indicadores nos han permitido construir el índice de actividad económica por estados, que se muestra en la tabla que sintetiza los indicadores (tabla 5).

III.3. Salud

Para la comparación entre las distintas entidades federales se han considerado aquellos indicadores que presentan una mayor relevancia de acuerdo a los planteamientos hechos al inicio en los cuales se correlacionó la pobreza con tales indicadores. La siguiente tabla (4) muestra los principales indicadores de salud de los estados y su combinación para la construcción del índice de resultados en salud. En relación con los resultados obtenidos en salud, se han empleado dos índices: uno, es el porcentaje interanual de variación de las tasas consideradas (mortalidad materna y mortalidad postneonatal) y otro, que es el promedio de las tasas medias de reducción anual de dichas tasas. La tabla 4 muestra esos indicadores.

TABLA 4: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LOS ESTADOS PARTICIPANTES

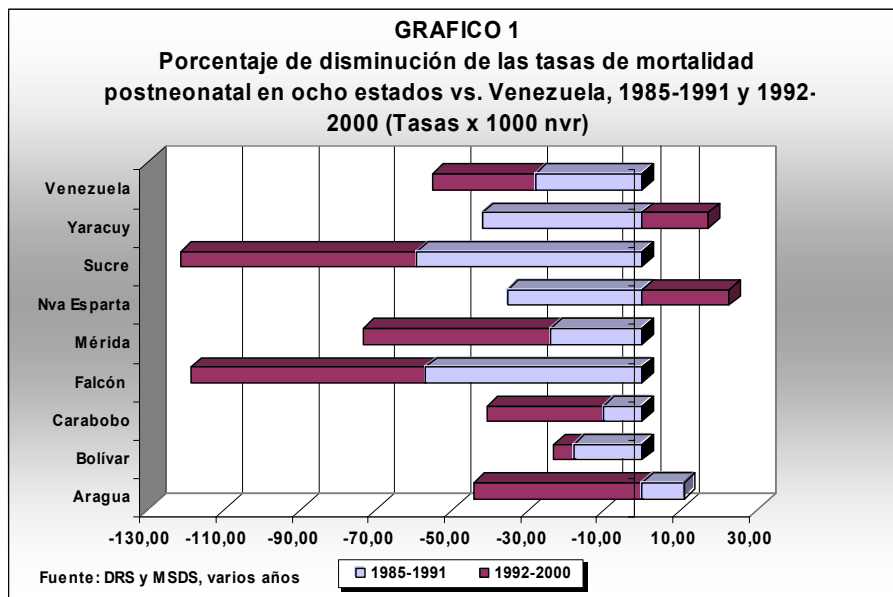
	Mortal. Materna	Mortal. Postneo.	TMRA Prom.	% de reduc.prom.	Cob. de Consultas	Cob. De Vacunación	Fides
Aragua	0,426	0,131	0,2785	3,989	74	87,84	74,3
Bolívar	-0,198	0,102	-0,048	1,441	62	69,71	47,6
Carabobo	-0,041	0,17	0,0645	1,878	48	65,12	102
Falcón	0,261	0,5	0,3805	3,953	85	67,86	22,7
Mérida	0,057	0,306	0,1815	1,969	81	80,45	19,2
Nva. Esparta	-0,399	0,151	-0,124	0,588	72	87,22	0
Sucre	0,531	0,621	0,576	3,836	81	73,08	37,7
Yaracuy	0,303	0,112	0,2075	4,568	77	77,30	111,1

MM y MPNN: Tasas medias de reducción anual

Consultas de los servicios de salud ambulatorios de las OES x 100 habitantes

Cobertura de vacunación como promedio 1985-2000 de BCG, Triple y Polio

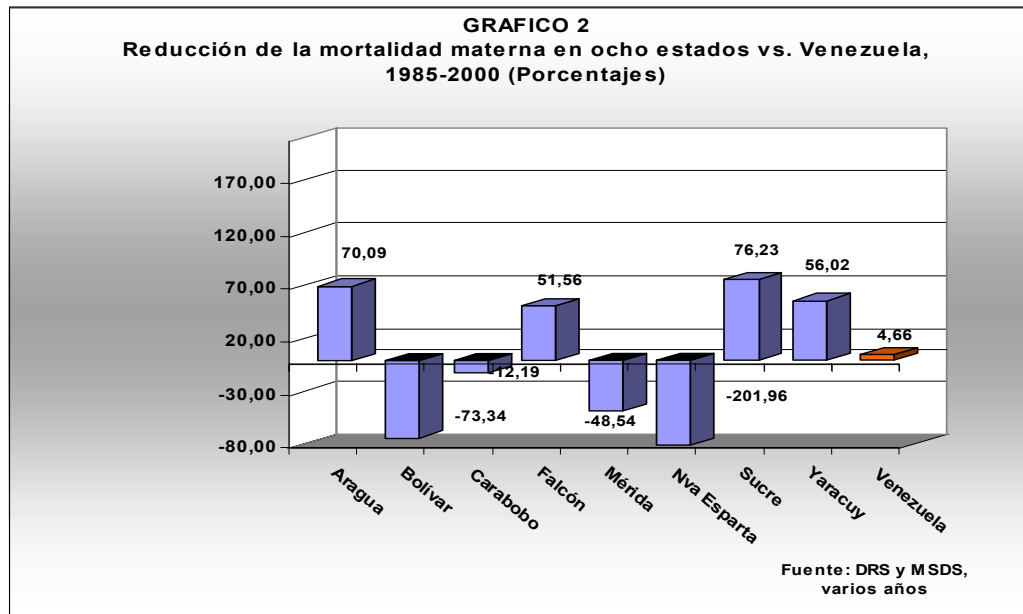
FIDES: proyectos de fortalecimiento Institucional sobre el total de proyectos en salud de cada estado x 1000



La columna de % de reducción promedio se refiere a los promedio de las tasas mencionados en términos de su reducción promedio durante todo el lapso considerado (1985-2000) y se destacan en relación con este ítem, Aragua, Falcón, Yaracuy y Sucre. La significación de estas diferencias será discutida más adelante.

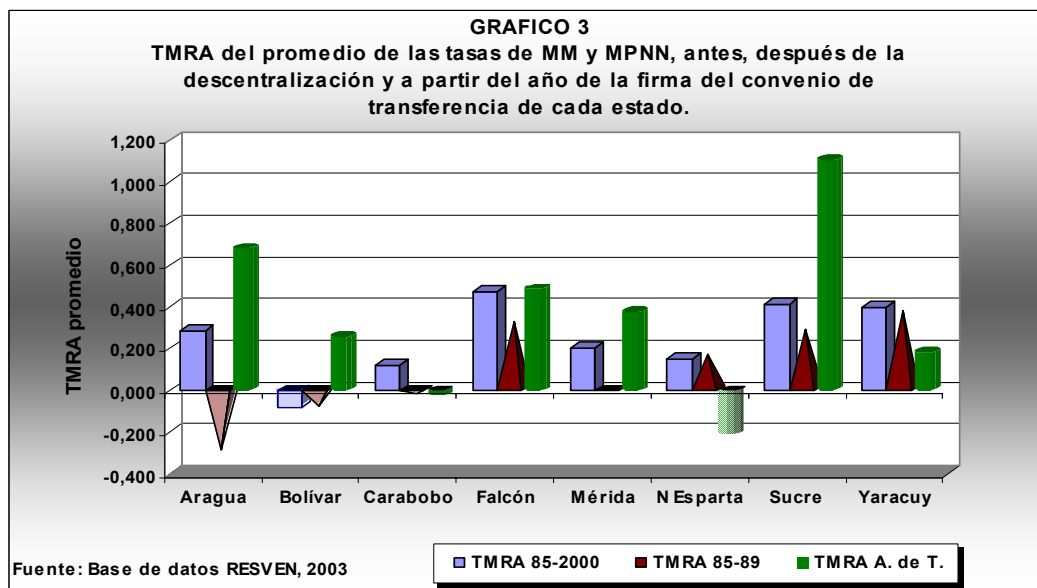
Un análisis más detallado del comportamiento de la evolución de las tasas de mortalidad postneonatal, a diferencia del país en su conjunto, ha venido

reduciéndose de manera importante, sobre todo después del año 1992, mientras que esa reducción es menor en los años previos al inicio del proceso de descentralización. Las únicas excepciones a esta tendencia, son los estados Yaracuy y Nueva Esparta. Pero, en general, al compararse con Venezuela, la tendencia de estos estados es a aumentar el porcentaje de reducción interanual de esta tasa. Tales tendencias se pueden observar en el gráfico 1.



Otra situación es la que se aprecia con relación a la mortalidad materna, en la cual los porcentajes de reducción son más altos que en el país en cuatro casos (Aragua, Falcón, Sucre y Yaracuy), pero los demás estados han experimentado un aumento importante de esta tasa, especialmente Nueva Esparta (Gráfico 2).

En el caso de las tasas medias de reducción anual, el gráfico 3 muestra la forma en que han variado dichas tasas para todo el lapso considerado (1985-2000), para el lapso comprendido entre 1985 y 1989 (antes de la descentralización), para el lapso 1990-2000 (después de la descentralización) y en las variaciones de la tasa promedio a partir del año de la recepción de las transferencias en salud por parte de cada estado.

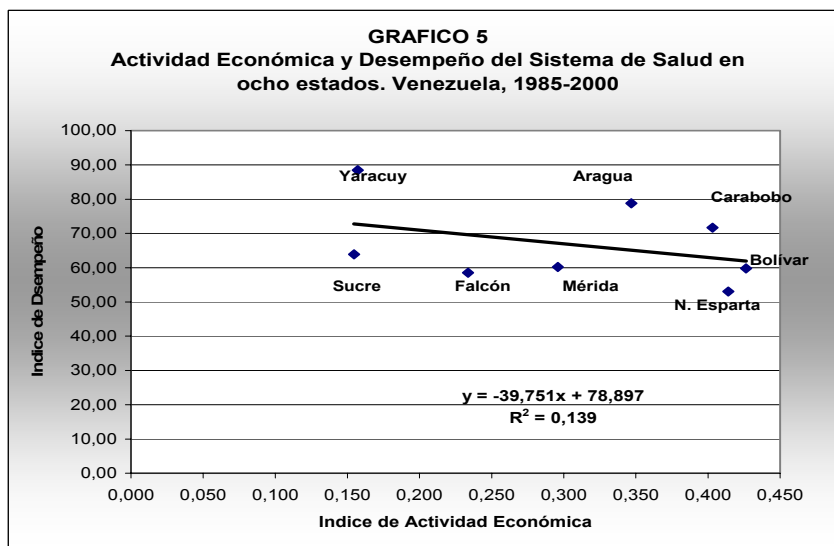


IV. ANALISIS DE RESULTADOS: DESEMPEÑO Y SALUD

A los efectos de apreciar las relaciones entre el desempeño de las OES y los resultados en salud, se elaboró un conjunto de índices que se presentan en la tabla siguiente (5) y cuya explicación detallada se hizo en el capítulo metodológico.

TABLA 5: INDICES DE CONTEXTO, CAPACIDAD INSTITUCIONAL, DESEMPEÑO Y RESULTADOS EN SALUD

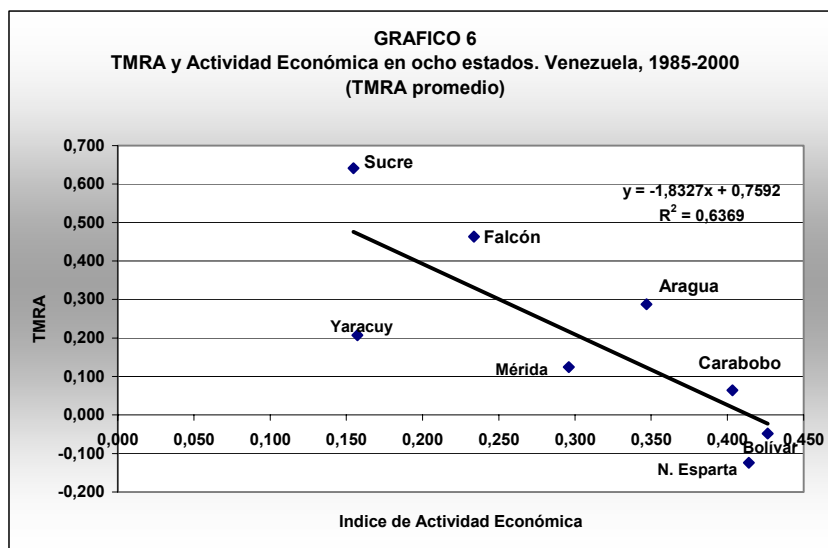
Estados	Contexto		Capacidad Institucional			Desempeño			Salud		
	Act. Econ.	Pobreza	Esp. De Dec.	Información	Indice	Cob. Servicios	Cob. Vacun.	Fides	Indice	% de Red. TMRA	
Aragua	0,347	35,60	3,60	0,58	2,09	74	87,84	74,30	78,71	3,989	0,288
Bolívar	0,426	44,17	1,82	0,10	2,22	62	69,71	47,60	59,77	1,441	-0,048
Carabobo	0,403	40,71	3,59	0,26	4,68	48	65,12	102,00	71,71	1,878	0,065
Falcón	0,234	50,31	1,11	0,70	1,36	85	67,86	22,70	58,52	3,953	0,464
Mérida	0,296	42,10	0,88	0,59	1,13	81	80,45	19,20	60,22	1,969	0,125
Nva. Esparta	0,414	28,17	0,87	0,43	0,43	72	87,22	0,00	53,07	0,588	-0,124
Sucre	0,155	55,76	1,78	0,07	1,88	81	73,08	37,70	63,93	3,836	0,641
Yaracuy	0,157	48,40	2,85	0,76	4,91	77	77,30	111,10	88,47	4,568	0,208



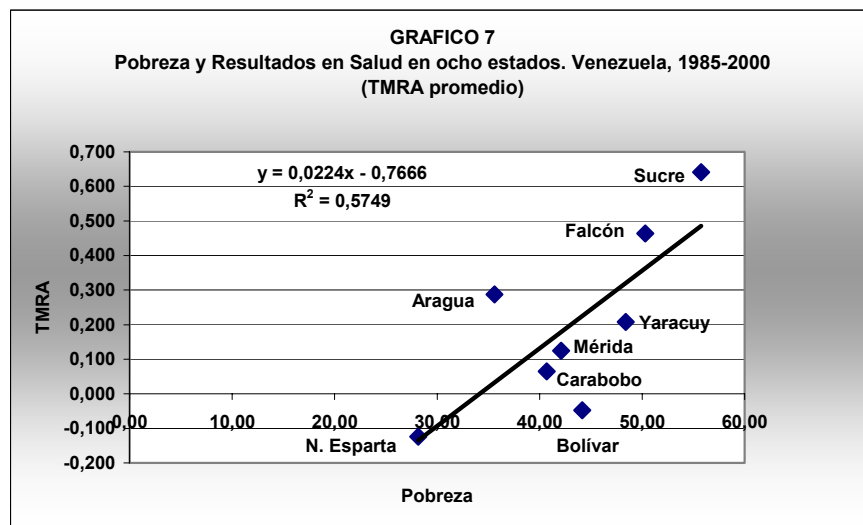
A continuación, se presentan los resultados más importantes en el cruce y análisis de estos índices comenzando por las relaciones con las tasas medias de reducción anual de las tasas mencionadas (Mortalidad materna y postneonatal).

El gráfico 5 presenta las relaciones entre la actividad económica y el desempeño de los sistemas regionales de salud y, como puede observarse, las relaciones entre ambas variables no tienen un nivel importante de significación. Sin embargo, cuando se comparan los resultados en salud, medidos por la TMRA, con

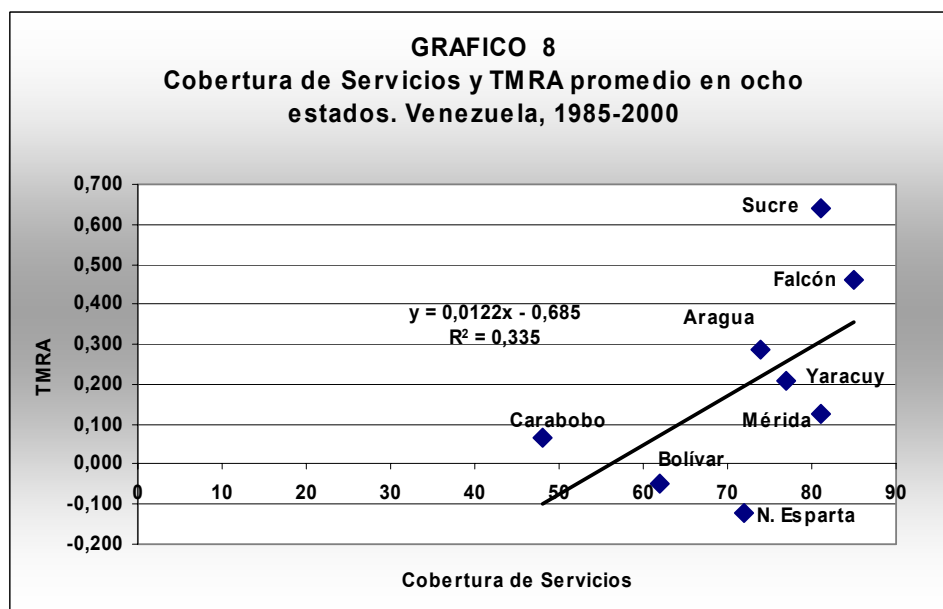
la actividad económica, la relación entre ambas variables es significativa, pero inversa, tal y como se puede ver en el gráfico 6.



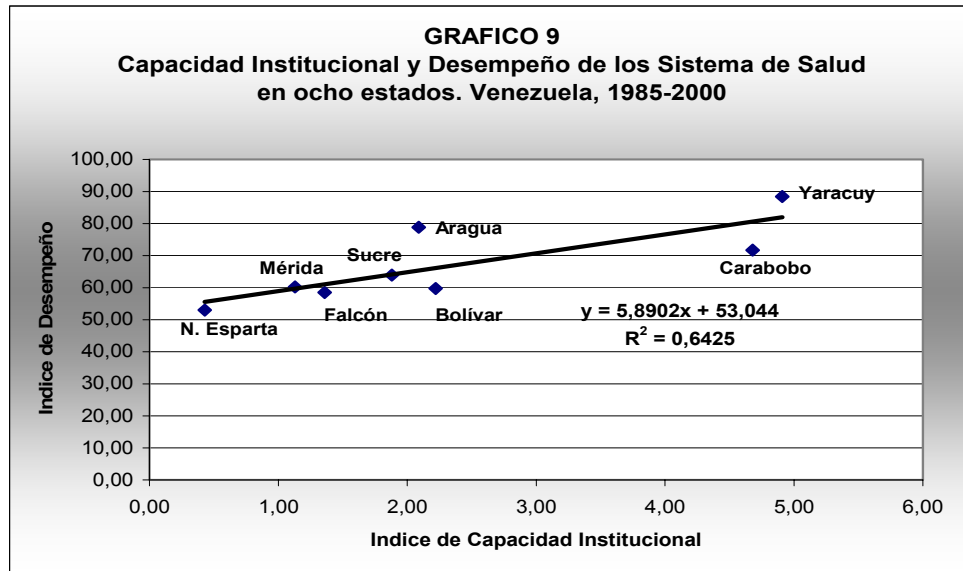
El gráfico 7 muestra las relaciones entre pobreza y resultados en salud las cuales son coherentes con lo mostrado en relación a la actividad económica. En este sentido, puede decirse que las TMRA de la mortalidad considerada varían en forma contradictoria al contexto económico-social; mientras mayor la pobreza, mayores son también las TMRA. En el caso de la economía, tal relación es directa, en el sentido de que a mayor actividad económica, las TMRA tienden a descender pero son igualmente contradictorias, en el sentido de que las condiciones de contexto estarían favoreciendo a aquellas entidades federales que presentan mejores indicadores de dicho contexto. Esto se debe a que la actividad económica y línea de pobreza tiene una asociación muy elevada (-0.77), e inversa, aunque algo menor que la asociación entre PIB y línea de pobreza (-0.86) .



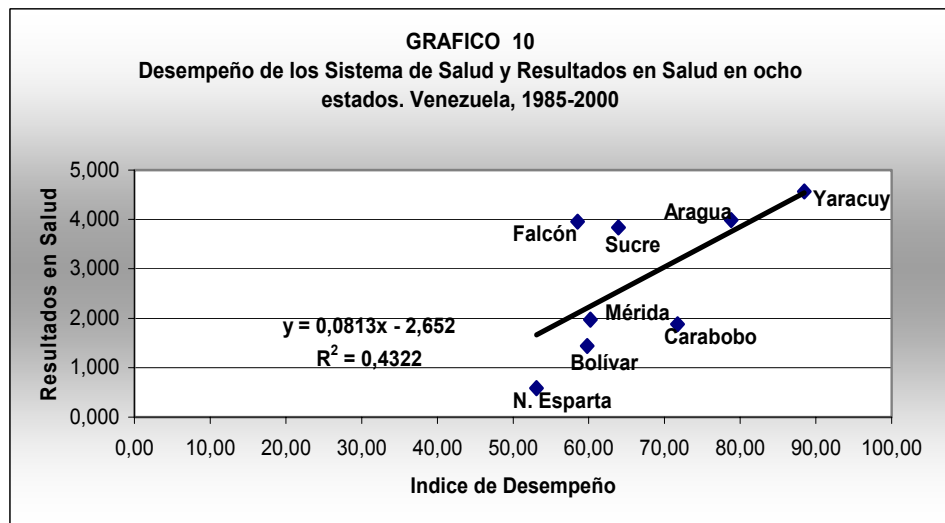
Cuando se comparan estos resultados en salud con el desempeño de las OES, esa relación es poco significativa ($r^2 = 0,18$) pero aumenta cuando, como en el caso del gráfico 3, se contrastan con los diferentes lapsos del proceso de descentralización, llegando a alcanzar un r^2 de 0,335 cuando se usa el lapso a partir del año de transferencia de competencias para cada estado y se compara con la cobertura de servicios, como dimensión específica del desempeño. Esta situación, se muestra en el gráfico 8.



Si se comparan los resultados en salud, entendidos como porcentajes interanuales promedio de reducción de las tasas consideradas, las relaciones paradójicas entre el contexto económico social y tales resultados, persisten como tendencias, sobre todo en el caso de la pobreza, pero no guardan una significación elevada entre sí. Por el contrario, cuando se examina la capacidad institucional y el desempeño de los sistemas de salud, esa relación es altamente significativa, como puede observarse en el gráfico 9.



Asimismo, cuando se comparan el desempeño y los resultados en salud (porcentajes de reducción interanual) la relación es significativa, mostrando una tendencia a aumentar los resultados, a medida que mejora el desempeño, como puede observarse en el gráfico 10 (página siguiente) en el cual se destaca el caso de Yaracuy que, teniendo una maduración menor del proceso de descentralización pero un modelo de gestión caracterizado por la activa incorporación de la sociedad en la gestión, logra resultados (% de disminución) mayores que incluso aquellos cuyos procesos de descentralización se iniciaron más temprano (Aragua y Carabobo, por ejemplo).



V. ALCANCE Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La presente investigación ha encontrado dificultades, especialmente en la recolección de la información financiera relativa a la estructura, formulación y ejecución de los presupuestos, asunto que es especialmente relevante en el caso de los estados Falcón Y Sucre. La carencia de una tradición de rendición de cuentas, y la escasa capacidad regulatoria del Estado venezolano han sido identificadas como las razones de esta dificultad. Otro asunto es que se ha carecido de términos de comparación y, salvo para sustentar la hipótesis fundamental, no hemos contado con la participación de estados no descentralizados. Sin embargo, y con base en los resultados presentados, es evidente que existe una importante asociación entre el desempeño de los sistemas regionales de salud (OES) y los resultados alcanzados entre los años 1985 y 2000, especialmente, después de los noventa y como consecuencia indirecta de la transferencia de competencias de los servicios de salud, a pesar de las limitaciones institucionales que dicha transferencia ha presentado en el país. Es necesario destacar el caso de estados como Sucre y Falcón, con los cuales hay serias divergencias en relación con la calidad y confiabilidad de la información, asunto que se ve reflejado, entre otros, en las divergencias que existen respecto a las tasas de mortalidad infantil entre las usadas por el PNUD para la construcción del IDH, y las respectivas OES. También el tema de la calidad de la información se trató cuando se elaboró el indicador correspondiente, dentro del índice de desempeño de las OES (Véase tabla 5).

En resumen, podemos afirmar que, independientemente de las condiciones socioeconómicas de las entidades federales consideradas y, paradójicamente, a pesar de ellas, la capacidad institucional y el desempeño de los estados, en el contexto de la descentralización y transferencia de competencias específicas, tienden a ser los factores que explicarían mejor los logros alcanzados en la salud. La capacidad institucional mide la forma en que cada OES se organizó para recibir y manejar las competencias transferidas. El desempeño está referido a las acciones específicas desarrolladas por el sistema de salud, a fin de dar respuestas a las demandas de servicios por parte de la población. La tabla siguiente, muestra de manera cualitativa lo que aquí hemos destacado, en especial referido a la variable espacios de decisión, considerada como elemento clave en la gestión y manejo de las OES. La tabla 6 resume otras características socioeconómicas y demográficas de los estados participantes, agrupándolos en estados menos pobres y más pobres y la tabla 7 muestra las diferencias entre los estados, en relación con las Tasas Medias de Reducción Anual de los promedios considerados (Mortalidad Materna y Mortalidad Postneonatal). Ambas son elocuentes a la hora de contrastar dicha situación socioeconómica con los resultados obtenidos en salud.

Grupos	Saldo Migratorios	Población Rural (%)	Pobreza (L. de P.) %	Actividad Económica (Bs./hab.)	Ingreso no petrolero per cápita (Miles de bs.)	Agua. % de Cobertura	Alfabetismo
A N. Esparta, Carabobo, Aragua y Bolívar	+ 6.575	6.0	37,3	397..000	3.043	83.82	93,36
B Falcón, Mérida, Yaracuy y Sucre	- 6.218	25.37	49.5	210.500	1.388	56.00	86,43

TABLA 7: TASAS MEDIAS DE REDUCCION ANUAL				
ESP. DECISION	Muy Acelerada	Acelerada	Media	Lenta o en aumento
Muy Alto		Aragua		Carabobo
Alto			Yaracuy	
Medio	Sucre. Falcón			Bolívar
Bajo			Mérida	N. Esparta.