

Diagnóstico del proceso de descentralización del sector salud en el estado Zulia, Venezuela

Diagnosis of the Decentralization Process in the Health Sector in the State of Zulia, Venezuela

*Antonio Soto**, *Piñeiro Albino***, *Karina Soto**** y *María Valente*****

Resumen

El presente artículo se centra en realizar un diagnóstico del proceso de descentralización del sector salud en el Estado Zulia, determinando para ello los niveles tanto de la salud de la población como la equidad y calidad de la prestación del servicio, aspectos estos enmarcados dentro de los términos de la eficacia del proceso de reforma del sector salud. Mediante una investigación descriptiva, no experimental, de corte longitudinal se determinó que el mencionado proceso de descentralización no ha alcanzado el objetivo de estructurar un Estado eficaz con relación a la expectativa de salud de la comunidad involucrada.

Palabras clave: Estado Zulia, salud, descentralización, diagnóstico, proceso.

Abstract

This article is a diagnosis of the decentralization process in the health sector in the State of Zulia. It determines both health levels in the population and the equity and quality of the service benefits. Both aspects are covered within the terms of the effectiveness of the reform process of the health sector. Through non-experimental descriptive research of a longitudinal nature it was determined

Recibido: Septiembre 2002 • Aceptado: Junio 2003

- * Profesor Agregado. Centro de Estadística e Investigación de Operaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Ajsoto@luz.ve
- ** Profesor Asistente. Programa Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. Núcleo C.O.L-Venezuela.
- ***Profesora Agregada. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- **** Profesora Asistente. Instituto de Investigaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. mvalente@luz.ve

that the decentralization process has not reached its objective of structuring an effective State in relation to the expectations of the communities involved.

Key words: Zulia State, health, decentralization, diagnosis, process.

1. Introducción

El proceso de descentralización del Estado es una experiencia relativamente nueva para los países latinoamericanos, cuya orientación es la transformación completa del mismo, redimensionándolo para lograr una estructura eficiente y cónsona con las realidades del entorno. Este proceso político administrativo, que exige la movilización de las diferentes fuerzas sociales, ha sido objeto de inconmensurables discusiones entre sus detractores y partidarios, dichas divergencias son causadas la mayoría de las veces, por la no clarificación del alcance real de la descentralización y las evidencias empíricas de los logros alcanzados.

Es por ello, que el presente artículo tiene como objetivo fundamental describir los verdaderos alcances, que en materia de salud pública, ha tenido el proceso de transferencia de competencias en el Estado Zulia.

De acuerdo a lo planteado por Romero (2000), durante los años setenta el intervencionismo estatal latinoamericano poseía serias limitaciones que afectaban de manera directa su capacidad de respuesta, entre ellas la autora distingue las gestiones ineficaces e insatisfactorias en cuanto a: las demandas sociales, un crecimiento excesivo del sector público con similares exigencias por la vía del gasto, así como, una marcada regresividad en la distribución de los ingresos.

Alternativamente según la Organización Panamericana de la Salud (1997(a); Sojo, 1997; Ugalde y Jackson, 1997; Bossert 1998), citado por Schmunis y Pinto (2000), el proceso descentralizador surge como consecuencia de la necesidad de un cambio del rol del Estado en la búsqueda de eficiencia, efectividad y sustentabilidad; así como, la optimización del uso de los recursos cada vez más escasos en relación al costo incrementado de prestaciones médicas más complejas.

En el caso venezolano, según la Comisión para la Reforma del Estado (CO-PRE), citado por Maingon (1996:337), “la descentralización político administrativa devolvería las funciones propiamente locales a la gestión Municipal. Ello se revertiría en una mayor eficiencia en la prestación de los servicios públicos, ya que, son los ciudadanos de una localidad los que mejor conocen sus necesidades y los que están autorizados para establecer los criterios más aptos para una eficiente autogestión administrativa local”.

De lo anterior resulta evidente, que el Estado en general y el venezolano en particular, le apremiaba un cambio radical en las funciones que le competen y la forma como éste las realizaba. En este sentido, el proceso de descentralización surge como una opción sesuda y sensata para corregir tanto la ineficacia del Estado como la desconexión del mismo con el entorno regional.

2. Consideraciones teóricas

Con el fin de evitar una visión unilateral y sesgada de los alcances del proceso de descentralización en el sector salud, es pertinente revisar las diferentes conceptualizaciones y enfoques del cual este ha sido objeto.

De acuerdo a Bossert (2000:3), “el término descentralización ha sido empleado para identificar una variedad de reformas caracterizadas por la transferencia de autoridad fiscal, administrativa y/o política respecto de la planificación, la administración o la prestación de servicios desde el Ministerio de Salud central hacia instituciones alternativas. Estas instituciones receptoras pueden ser direcciones locales o regionales del mismo ministerio, gobiernos municipales o provinciales, agencias de servicio público autónomas, u organizaciones del sector privado”.

Por su parte Rondón (1996; citado por Pérez et al, 1999:99) define a la descentralización como “...un proceso político administrativo orientado a llevar la toma de decisiones más cerca de los usuarios, con el objetivo de obtener la participación de ellos en la búsqueda de soluciones y la aplicación de procedimientos básicos para mejorar los procesos de salud, e implica lo siguiente: La reforma del estado y de la administración pública, legitimando funciones y trasladando competencias y/o servicios a las gobernaciones y alcaldías”.

Dentro de esta perspectiva Soberón y Martínez (1996:3-4), plantean que la descentralización en un sentido estricto consiste en “...la transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (Estado o Municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política, y no se halla bajo el control jerárquico del transmisor. Formas menos avanzadas son la desconcentración y la delegación de funciones, en las cuales los actos emitidos podrán ser anulados, modificados o sustituidos por el superior”.

Examinando el concepto de Descentralización aportado por Soberón y Martínez, llama la atención la diferenciación entre los entes que son receptores de las facultades (Estado o Municipio). Dicha diferenciación es explícitamente señalada ya que los procesos de transferencia de competencias cambian sustancialmente en América Latina en cuanto al ámbito de su implantación, Córdova (1996) y Bossert (2000) señalan que los procesos de descentralización vanguardistas en América Latina específicamente en Chile (1980), Colombia (1991) y Bolivia (1994) se han dirigido a transferir la responsabilidad y la autoridad a los entes municipales, mientras que en Venezuela se ha desplegado fundamentalmente hacia el gobierno Estatal (regiones federales).

Más allá de estas conceptualizaciones, la descentralización en Venezuela desde su inicio a finales de la década de los 80, concretamente el 28 de Diciembre de 1989 con la promulgación de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (L.O.D), la cual entró en vigencia el 1 de Enero de 1990; surge como un proceso a través del cual se pretendía superar los criterios de la estructura ineficiente del Estado. Dentro de esta perspectiva, Maingon (1996) señala que el Estado Venezolano al igual que sus

homólogos latinoamericanos, presenta desde sus inicios una estructura centralista, partidista, clientelar y carente de una legitimidad de sus instituciones.

Dentro de este orden de ideas, Brito (1999) señala que el Estado Venezolano se ha caracterizado por una apresurada pérdida de legitimidad, evidenciada por el incumplimiento de sus obligaciones sociales.

Ante esta situación de deterioro de las funciones del Estado, el proceso de descentralización ha surgido como un mecanismo de fortaleza que permitirá optimar sus funciones y focalizar sus esfuerzos, en las verdaderas competencias sociales.

3. Medidas del desempeño del proceso descentralizador

Dentro del contexto analizado del proceso de descentralización, es evidente que el sector salud, tal como lo señala Maigon (1996), constituye uno de los pilares fundamentales sobre los cuales este proceso debe actuar con mayor énfasis, dado que este sector junto con el de educación, representan los sectores con mayor demanda social.

Paralelamente la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (1996:886) señala que “La tarea de contender con los problemas de salud se vuelve más compleja si se considera que la estructura y la distribución de los servicios de salud no se han desarrollado con criterios adecuados de equidad, eficiencia, eficacia y calidad. El uso inadecuado de la tecnología, la distribución ineficiente de los recursos, el mal aprovechamiento o la escasez de personal capacitado, las estructuras burocráticas excesivamente centralizadas y la falta de coordinación sectorial restringen tanto la cobertura como la calidad del servicio”.

De todo lo anterior se desprende que las reformas del sector salud no están dando una respuesta adecuada a los objetivos planteados, dado la ausencia de criterios para evaluar la eficiencia y la eficacia del mismo.

De acuerdo a Ferrándiz (1998) la transformación de los procesos en el sector Salud de un país se puede medir desde dos conceptos que generalmente tienden a confundirse con facilidad, como lo son: la eficacia y la eficiencia. Para Albi (1992 citado por Ferrándiz 1998), la eficacia es el logro de un objetivo propuesto, sin importar los costes o beneficios que se obtengan, ya que, ésta se mide exclusivamente por la consecución del objetivo, por lo tanto, la dificultad en la medición de la eficacia estará centrada en una adecuada utilización de indicadores que reflejen fielmente si los objetivos últimos son alcanzados. Mientras Bossert (2000), define la eficiencia, en sus dos acepciones (técnica y asignativa), como aquella que sí toma en cuenta los costos del proceso productivo; en este sentido, la eficiencia puede ser medida a través del valor óptimo que posean los costos para alcanzar el objetivo propuesto.

4. Diagnóstico del proceso de descentralización del sector salud

En el campo del diagnóstico del proceso de descentralización del sector salud en América Latina, y específicamente en el Estado Zulia, evaluar si este proce-

so ha conseguido los cambios sustantivos en cuanto al aumento de la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus actuaciones; resulta seriamente complicado.

Con el fin de soslayar tal grado de complejidad, Bossert (2000) señala que uno de los elementos para medir la eficiencia del proceso de descentralización en Chile (1980), lo constituyó la evaluación de las tasas de mortalidad infantil en el ámbito municipal; dado que el proceso de descentralización en Venezuela se refiere al ámbito estatal, la tasa de mortalidad infantil se comparara con otros estados venezolanos.

Dentro de este ámbito, autores como Spiegelman (1972) y Barea et al; (1994) señalan que se mida la situación de la salud de una población a través de la mortalidad infantil, en este sentido, el análisis del diagnóstico del proceso de descentralización en términos de su eficacia se evaluará desde la perspectiva señalada por Spiegelman (1972:70) el cual asevera que “la tasa mortalidad infantil ha sido aceptada ampliamente como un indicador del nivel de salud de una comunidad. Igualmente, una tasa de mortalidad infantil elevada, está asociada a una situación pobre, que se refleja en los ambientes insalubres, el poco o nulo esfuerzo de las autoridades por controlar las condiciones de salud, en lo inadecuado de las facilidades de atención médica y en el nivel educativo generalmente bajo. Las diferencias brutas en las tasas de mortalidad infantil entre países pueden servir como un indicador de los niveles relativos de salud”.

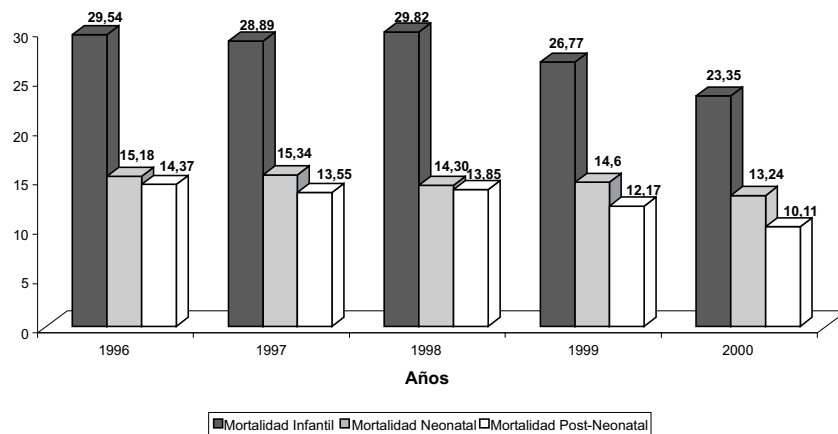
Al evaluar el concepto de Spiegelman en cuanto a la tasa de mortalidad infantil como un indicador de las condiciones del nivel de salud de una comunidad, dos características se destacan en esta aseveración, la primera de ellas la constituye el carácter de injerencia de los hacedores de políticas (policy makers) en cuanto al esfuerzo que deben realizar para controlar las condiciones de salud de una población en particular, y en segundo plano en lo anacrónico de las facilidades a la atención médica por parte de los usuarios del servicio.

Al evaluar las estadísticas de mortalidad infantil, durante el quinquenio 1996-2000 aportadas por la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud, se desprende que para el periodo señalado, la referida tasa se ubicó en 27,67 por mil nacidos vivos en promedio anual (Gráfico 1), valor éste relativamente alto si se compara con el máximo histórico de la serie (29,82) reflejada en el año 1998. Cabe destacar, que durante el año 1998, las enfermedades diarreicas (14,59%) y la neumonía (13,4%) constituyeron las principales causas de mortalidad infantil.

Paralelamente, al llevar a cabo un análisis de los diferentes periodos en los cuales se divide la mortalidad infantil (mortalidad neonatal y post-neonatal), se observa como la primera de ellas presentó un comportamiento uniforme a lo largo del quinquenio estudiado, ubicándose en promedio en 15,53 por mil nacidos vivos; siendo las principales causas de este tipo de mortalidad la hipoxia, asfixia y malformaciones congénitas.

Por su parte, la mortalidad post-neonatal reflejó una tasa promedio de 12,81 por mil nacidos vivos; teniendo como principales causas de la misma las

Gráfico 1
Mortalidad infantil, neonatal y post-neonatal
(Tasas x 1.000 nacidos vivos) Estado Zulia 1996-2000



enfermedades infecciosas y del sistema respiratorio. Es pertinente señalar que a pesar de presentar una tendencia ligeramente descendente tanto las tasas de mortalidad neonatal y post-Neonatal, dicho comportamiento no representó un importante decrecimiento en términos generales.

La aseveración antes señalada tiene su sustento teórico en la evaluación de las cifras de mortalidad infantil por municipios, aportadas por la Dirección Regional de Epidemiología; del cual se desprende que son los municipios con condiciones socio-económicas menos ventajosas y desprovistos de una adecuada asistencia médica, los que registraron mayores tasas de mortalidad infantil para el período analizado; entre estos municipios se encuentran, Francisco J. Pulgar, Sucre y Mara; de allí que la tan mencionada consigna “Salud para todos” afirmada por todos los países del mundo, quede en una mera expresión eufemística.

Al realizar un estudio comparativo de la mortalidad infantil de 1 a 4 años por entidad federal (Cuadro 1), se deduce que en el Estado Zulia, el programa de descentralización del sector salud manifiesta una falta de planificación en concordancia con las premisas fundamentales del proceso.

Dicha aseveración queda de manifiesto al analizar las tasas de mortalidad infantil de 1 a 4 años para el periodo 1998-2000, en donde el Estado Zulia presenta valores de 1,94; 1,60 y 1,41 respectivamente; tasas que evidentemente superan al promedio nacional. Análogamente, las únicas entidades federales que superaron al Estado Zulia en esta clasificación fueron los estados Amazonas y Delta Amacuro, estados estos evidentemente menos industrializados y económicamente más vulnerables que el Estado Zulia.

Es pertinente mencionar que en el ámbito nacional para el trienio 1998-2000 la tasa de mortalidad antes referida, fue en promedio de 1,02; mientras que el Esta-

Cuadro 1
Tasa de mortalidad registrada de 1 a 4 años según entidad federal.
Periodo 1998-2000

Entidad Federal	1998	1999	2000	Promedio
Total	1,14	1,00	0,91	1,02
Distrito Capital ^{1/}	1,15	1,20	1,08	1,14
Amazonas	2,89	2,82	3,32	3,01
Anzoátegui	0,48	0,42	0,32	0,41
Apure	1,21	0,87	0,97	1,02
Aragua	0,49	0,62	0,41	0,51
Barinas	0,95	0,87	0,88	0,90
Bolívar	1,71	1,23	1,42	1,45
Carabobo	0,93	0,77	0,72	0,81
Cojedes	0,69	1,03	0,87	0,86
Delta Amacuro	2,96	2,66	2,00	2,54
Falcón	0,92	0,6	0,59	0,70
Gúarico	1,22	1,32	0,92	1,15
Lara	1,42	0,91	0,99	1,11
Mérida	1,26	1,09	1,14	1,16
Miranda	0,66	0,68	0,64	0,66
Monagas	0,34	0,37	0,23	0,31
Nueva Esparta	0,88	0,67	0,58	0,71
Portuguesa	0,98	0,93	0,68	0,86
Sucre	0,81	0,94	0,62	0,79
Táchira	0,89	1,25	0,89	1,01
Trujillo	1,59	1,11	1,04	1,25
Vargas ^{2/}	-	0,64	0,28	0,46
Yaracuy	1,28	1,18	0,92	1,13
Zulia	1,94	1,6	1,41	1,65

Fuente: Instituto de Estadística - Dirección de Estadística Sociales y Demográficas.

1/Creado con el territorio del Municipio Libertador el Distrito Federal, entidad a la cual sustituyó de acuerdo.

2/ Elevado a Estado en Gaceta Oficial N° 36488 de fecha 03-07-98.

do Zulia registró una tasa de 1,65; valor éste que supera al promedio nacional, reafirmando de esta manera lo señalado por Cartaya (1995) y Maingon (1996) los cuales manifiestan que la descentralización iniciada en algunos estados de Venezuela -con mejor infraestructura y disponibilidad de servicios públicos- presen-

tan una población con condiciones de salud cercanos al promedio nacional y que incluso las tasas de mortalidad infantil superan a la tasa del promedio nacional.

Otra línea de análisis la constituye el uso eficiente y eficaz de los recursos introducidos por Ferrándiz (1998), el cual señala que la no utilización de manera efectiva de los recursos, fomenta la incapacidad de respuesta adecuada a los problemas y limita las acciones en términos de cantidad, calidad y cobertura del servicio.

En este sentido, el Gráfico 2 muestra como durante el quinquenio 1995-1999 prevalece la brecha entre la capacidad arquitectónica y funcional en cuanto al número de camas de la región sanitaria, llegando incluso a alcanzar para el año 1999 el 41,72% de espacio ocioso en los diferentes servicios básicos: gineco-obstetricia, cirugía medicina interna y pediatría; demostrando una asignación y distribución de los recursos no cónsona con los criterios de eficiencia.

Al evaluar el cumplimiento del control sanitario en el Estado Zulia según las cifras que se presentan en el Gráfico 3, se evidencia que únicamente en el año 1996 se dio cumplimiento al control sanitario programado en el Estado Zulia, pues contrariamente los años 1995, 1997, 1998 y 1999 el control sanitario realizado no llegó a cubrir el control sanitario programado. Desde una perspectiva en términos relativos (Gráfico 4) se observa que durante el periodo 1995-1999 el porcentaje promedio de cumplimiento del control sanitario alcanzó un exiguo 40.34% de las metas programadas.

Lo anterior contrasta con lo señalado por Sojo (1997), el cual señala que una de las principales características de los procesos eficientes de descentralización en la región lo constituye la firme intención de promoción de las campañas sanitarias, así como, el gran significado que ostenta la atención primaria para el proceso mismo.

Gráfico 2
Capacidad arquitectónica y funcional región sanitaria del Zulia

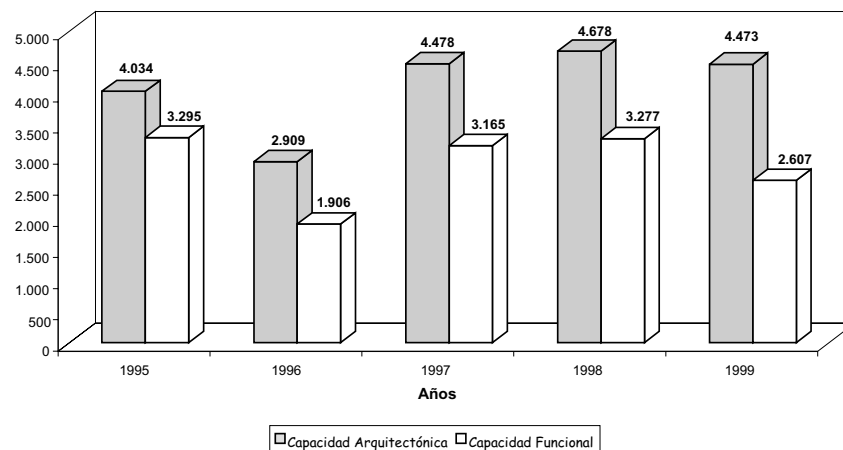


Gráfico 3
Control Sanitario. Estado Zulia periodo 1995-1999

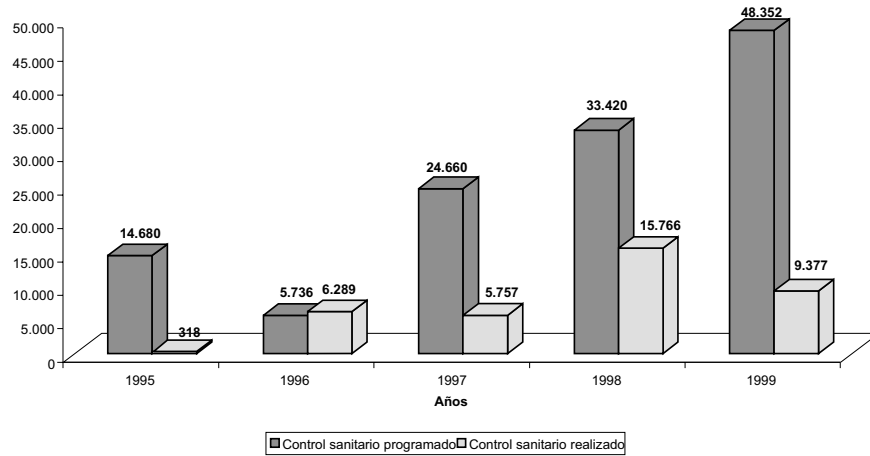
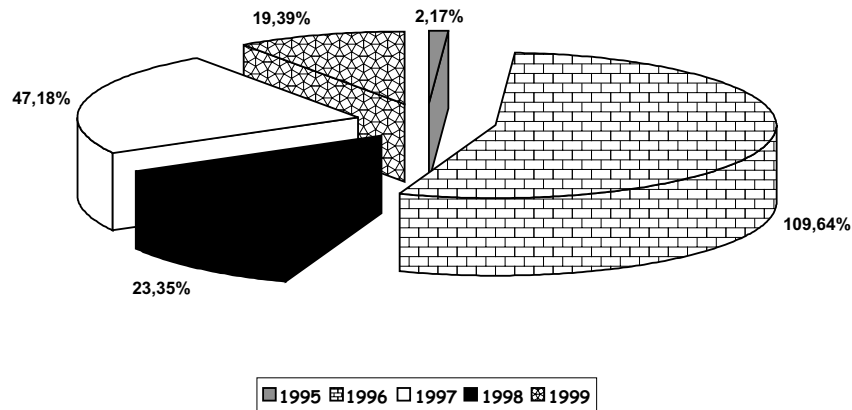


Gráfico 4
Procentaje de cumplimiento del Control Sanitario Estado Zulia periodo 1995-1999



Otro elemento que añade valor al análisis del desempeño del proceso de descentralización del sector salud lo constituyen las condiciones sanitarias de la región, al respecto Pérez, et al; (2000), señalan que en el estado Zulia existe evidencia de un conjunto de patologías, las cuales son una muestra representativa de las débiles condiciones sanitarias de la región. La aseveración de los referidos autores tiene su apoyo en el análisis del repunte de las curvas epidemiológicas de la región (enfermedades de transmisión aérea y vectorial) para los años 1997 y 1998.

Alternativamente, Schmunis y Pinto (2000:121) al evaluar el proceso de descentralización de los servicios de salud en América Latina señalan que “la experiencia común es que las provincias, departamentos, o municipios tuvieron dificultades para responder al reto del control de vectores en forma completa, aunque, en teoría, posean recursos. Ya sea porque carecen de interés, ya que el control de vectores no es considerado prioritario; o porque carecen de los recursos humanos necesarios en cantidad y calidad, o éstos están diluidos entre el resto de personal, o ya no existen, y/o el programa de nivel central posee una disminuida capacidad de respuesta, que compense por las fallas de acción en el nivel de descentralización elegido por el país”.

Dentro de este marco referencial, al examinar el Cuadro 2 se evidencia la continuidad de enfermedades infecciosas de transmisión hídrica y alimenticia como la giardiasis y la diarrea, esta última constituyéndose, según cifras del Sistema de Información Epidemiológica en una de las principales causas de mortalidad post-neonatal del Estado Zulia. Conformado este cuadro una situación crítica, dado que, la naturaleza de este tipo de enfermedades son de origen predominantemente exógeno, lo cual permite suponer que los avances del proceso de des-

Cuadro 2
Principales enfermedades registradas en el estado Zulia
periodo 1996-2000

Enfermedades	1997	1998	1999	2000
Enfermedades Infecciosas	-			
Diarrea menores de 1 año	-	35,150	39,313	40,871
Diarrea de 1 a 4 años	32,519	32,550	41,314	43,317
Diarrea de 5 años y más	24,773	28,305	30,156	33,839
Giardiasis	-	7,561	10,836	10,906
Tuberculosis	523	909	1,077	1,225
Influenza	-	758	576	491
Tosferina	121	245	246	,147
Parotiditis	-	3,734	1,571	1430
Sarampión	-	176	74	441
Rubeola	3,394	4,791	3,426	2,528
Dengue clásico	2,855	3,225	4,972	3,005
Dengue hemorrágico	-	567	910	245
Paludismo	28	12	12	26
Meningitis (Viral o Bacteriana)	163	192	245	8,598
Varicela	-	4,668	7,348	294

*Diagnóstico del proceso de descentralización del sector salud
en el estado Zulia, Venezuela*

Enfermedades	1997	1998	1999	2000
Enfermedades aparato respiratorio				
Neumonias < 1 año	-	8,676	6,428	5,088
Neumonias 1-4 años	-	8918	8,155	6,739
Neumonias 5 años y más	-	9,525	8730	7,132
Broquiolitis aguda	-	12,866	15,552	13,176
Bronquitis aguda	-	42,073	49,974	48,383
Bronquitis crónica	-	4,612	4,531	3,521

Fuente: Dirección Regional de Epidemiología. Unidad de situación de salud.
-: Ausencia de datos.

centralización no ha alcanzado su fin último y central, como lo es, mejores condiciones de salud para el colectivo, vía de un adecuado control sanitario.

Al analizar el comportamiento de las principales enfermedades infecciosas prevenibles por vacuna (tosferina, parotiditis) y las transmitidas por vectores (dengue y el paludismo) en el Estado Zulia para el periodo 1997-2000, se observó su prevalencia e incidencia; situación que según la Organización Panamericana de la Salud (1997:b), refleja la falta de discernimiento de los gobiernos, los cuales generalmente desatienden la prevención de reinfestaciones, a través de una constante disminución de recursos para combatir las enfermedades transmitidas por vectores.

Esta situación es ratificada por Bossert (2000), el cual señala que una de las implicaciones en la descentralización en los programas prioritarios de salud pública consiste en que muchos temen que las autoridades locales prefieran los servicios clínicos curativos para los enfermos en vez de asignar mayores recursos hacia la salud pública – salud maternal e infantil, inmunizaciones, planificación familiar, etc.

En tal sentido y sin ambages, Schmunis y Pinto (2000); señalan que este tipo de situaciones hacen que los procesos de descentralización del sector salud en América latina adolezcan de elementos atenuantes para su legítima instauración.

5. Consideraciones finales

El proceso de descentralización del Sector Salud no debe ser percibido por los agentes sociales como una política cuyo mentor sea el Estado “per se” y que una vez alcanzada su implantación formal soslaye las condiciones de salud reales del estado o municipio receptor.

Si bien es cierto que el proceso de transferencia de competencias del sector salud en el Estado Zulia, ha llegado a su nivel más cercano al óptimo en términos de la desarticulación burocrática, y éste representa la única vía justa y deseable capaz de incrementar la democracia social y perfeccionar la calidad de las condiciones de salud de la región, así como también, coadyuvar a conformar un Estado más eficiente; no es menos cierto que las estadísticas arrojadas por las condiciones

de salud de la población, a saber: subutilización de recursos, controles sanitarios y lo más insonoro a oídos de los detractores del proceso, las muertes infantiles, refleja que aún existe un largo camino por transitar para que el mencionado proceso alcance su objetivo elemental y primario, como lo es, la prestación de una sobresaliente y eximia calidad de servicio de salud, la cual redundará en beneficio de todo el colectivo de la Región y el desarrollo social del país.

Referencias

- Anuario de Estadísticas de Salud del Estado Zulia** (1998). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Gobierno del Estado Zulia. Sistema regional de Salud. Dirección Regional de Epidemiología.
- Anuario de Estadísticas de Salud del Estado Zulia** (1999). Publicación N° 2. Ministerio de salud y desarrollo Social. Gobierno del Estado Zulia. Sistema regional de Salud. Dirección Regional de Epidemiología.
- Anuario de Estadísticas de Salud del Estado Zulia** (2000). Ministerio de salud y desarrollo Social. Gobierno del Estado Zulia. Sistema regional de Salud. Dirección Regional de Epidemiología.
- Barea, J. y Gómez, A. (1994). El problema de la eficiencia del sector Público en España. Especial Consideración de la Sanidad. [En Línea]. <http://www.Americas.Health-Sector-Reform.org>. [17-04-2001].
- Bossert, Thomas (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social science and Medicine*.
- Bossert, Thomas (2000). La Descentralización de los Sistemas de Salud en América Latina: Un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. [En Línea]. <http://www.Americas.Health-Sector-Reform.org>. [11-07-2001].
- Brito, Dionisio (1999). Descentralización y Financiamiento de los Municipios en Venezuela. **Revista Venezolana de Gerencia**. Año 4. Número 9.
- Cartaya, Vanesa (1995). **Gobierno y Sociedad Civil. Hacia un Sistema Local de seguridad social**. FECS/ILDIS/fundación Friedrich Elbert, Caracas.
- Córdova E. (1996). La Reforma Administrativa en Venezuela y Colombia. **Revista Venezolana de Gerencia** Volumen 1 N°2.
- Ferrándiz, Francisco (1998). Algunas cuestiones relativas a la eficiencia del Sistema sanitario público en España. Documentos de Trabajo de la facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. [En Línea]. <http://www.perso.wanadoo.es/icsalud/sisan.htm> [17-12-2001].
- Maingon Thais (1996). La Descentralización de los Servicios de Salud en Venezuela (reconstrucción de un proceso). **Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología**. Volumen 5. Número 3.

*Diagnóstico del proceso de descentralización del sector salud
en el estado Zulia, Venezuela*

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. La salud como pilar fundamental del desarrollo Social de Iberoamérica. Documento de Trabajo.
- Organización Panamericana de la Salud (1997:a). La descentralización, los sistemas de Salud y los procesos de Reforma del Sector. Informe Final. Seria I.
- Organización Panamericana de la Salud (1997:b). **Resurgimiento del Dengue en las Américas**. Boletín epidemiológico.
- Pérez, A.; Useche, M.; Queipo, B.; Castillo, R. y Villasmil, M. (1999). **Revista de Ciencias Sociales**. Volumen V Número 2. Agosto. Maracaibo. Venezuela.
- Perfil Epidemiológico del Estado Zulia (1996-1997)**. Sistema Regional de Salud del Estado Zulia. Dirección Regional de Epidemiología.
- Rondinelli, Dennis (1998). Decentralizing Public Services in Developing Countries. Issues and Opportunities. **The Journal of Social, Political and Economics Studies**. Volumen 14 N° 1.
- Rondón, Roberto (1996). **La Descentralización de la Salud en Venezuela**. Caracas. 1era edición. Litho Color R.I.C.A.
- Romero, M. (2000). Liberalismo y Descentralización: Algunas Apreciaciones en torno a Venezuela. **Revista de Estudios Interdisciplinarios Telos**. Volumen 2 N° 1.
- Schmunis, G; Pinto, J. (2000). La Reforma del sector Salud, Descentralización, Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores. [En Línea]. <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma/040401.pdf><http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma/040401.pdf>. [17-04-2001].
- Soberón-Acevedo, G. y Martínez Narváez, G. (1996). La Descentralización de los Servicios de Salud en México en la Década de los ochenta. [En Línea] <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/calidad1.asp?idart=447&seccion=descentralización>. [29-05-2001].
- Sojo, A. (1997) **La Reforma Finisecular del Sector Salud en América Latina y el Caribe**. Serie de Políticas Sociales N° 1. UNICEF.
- Spiegelman, Mortimer (1972) **Introducción a la Demografía**. Fondo de Cultura Económica, México.
- Ugalde, A. y Jackson, J. (1997). Las Políticas de Salud del Banco Mundial: Una revisión Crítica. **Cuadernos Médicos-Sociales**.