



Espacios Públicos

ISSN: 1665-8140

revista.espacios.publicos@gmail.com

Universidad Autónoma del Estado de México

México

Rincón Becerra, María T.; Rodríguez, Isabel; Paz, Johnny
Estrategias de gestión en salud pública. Caso gobernación del Estado Zulia-Venezuela
Espacios Públicos, vol. 11, núm. 23, diciembre, 2008, pp. 49-74
Universidad Autónoma del Estado de México
Toluca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67611217004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estrategias de gestión en salud pública.

Caso gobernación del Estado Zulia-Venezuela

Fecha de recepción: 18 de julio de 2008

Fecha de aprobación: 21 de agosto de 2008

*María T. Rincón Becerra**

*Isabel Rodríguez***

*Johnny Paz****

RESUMEN

Se explora la gestión de los servicios de salud de la gobernación del Estado Zulia, durante el periodo 2000-2007. Las estrategias de gestión en salud se basan en el Corporativismo, Clínicas Móviles y en la Tercerización. Se impone a) la flexibilización y precarización laboral; b) transferencia del servicio al sector privado y ONG; c) gratuidad y privatización de los servicios; d) atención curativa en detrimento de la prevención y promoción de la salud. Se avanza en un proceso de descentralización privatizado de los servicios de salud, en contraposición a los preceptos constitucionales.

PALABRAS CLAVE: estrategias de gestión, salud, gobernaciones, descentralización, Zulia.

* Lic. en Ciencia Política. Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Profesora-Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa (CEE), de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia, Venezuela.

** Socióloga. Magíster en Ciencia Política. Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa (CEE), de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia, Venezuela.

*** Sociólogo. Maestrante del Programa Gerencia Pública de la Universidad del Zulia. Profesor de la Universidad Nacional Experimental Dr. Rómulo Gallegos, Módulo Zulia y del Instituto Universitario Politécnico Santiago Marino.

ABSTRACT

The management of the services of health of the Interior of the Zulia state is explored, during period 2000-2007. The strategies of management in health are based on the Corporatism, Movable Clinics and in the outsourcing. The a prevails) the relaxation and labor casualization; b) transference of the service to private sector and ONG; c) free and privatization of the services; d) curative care in damage of the prevention and promotion of the health. One advances in a privatized process of decentralization of the services of health, in contrast to the constitutional rules.

KEY WORDS: strategies of management, health, governorates, decentralization, Zulia.

INTRODUCCIÓN

El proceso de descentralización iniciado en Venezuela¹ a partir de 1989, permitió que el Estado transfiriera servicios a varias entidades federales del país. Entre las materias que han sido objeto de traspaso están los servicios de atención médica, asistencia social y saneamiento ambiental como elementos integrantes del servicio de salud pública. El discurso promotor de la descentralización le asigna a ésta propósitos de participación, eficiencia y democracia; sobre la orientación real de estos objetivos formales es poco lo que se conoce, lo cual, aunado a la importancia que se asigna hoy a la participación como instrumento para la democracia y el bienestar

social, así como a las limitaciones que dicho sector tiene para dar respuestas a las necesidades de salud.

La descentralización de los servicios de salud constituye un proceso principalmente político, en el cual los distintos actores pueden presentar sus intereses de diferentes formas. Hay fuertes indicadores sobre la descentralización de los servicios de salud. Uno de éstos, y quizás el más importante está representado por el financiamiento de los servicios que incide directamente en los niveles de calidad, equidad, accesibilidad y disponibilidad del servicio. Se ha considerado que las diversas estrategias de gestión de los servicios de salud, asumidos por el nivel subnacional, no han permitido que la calidad de los servicios mejore, siendo aún objeto de fuertes críticas e inconformidades por parte de la comunidad que lo demanda y por parte de las autoridades nacionales.

Este trabajo tiene como objetivo general explorar la gestión de salud promovida por la gobernación del Estado Zulia, a partir del gobierno de Manuel Rosales en el periodo 2000-2007. En virtud de ello, el objeto de estudio recae sobre procesos administrativos, tales como: administración de personal, prestación y financiamiento del servicio de salud. Ser parte del supuesto que el proceso de descentralización político territorial emprendido en Venezuela a finales de la década de los noventa ha dado paso a diversas estrategias de gestión, incluso privadas en materia de salud pública que pretendían darle respuestas a los problemas de atención médica y de salud en general.

La estrategia metodológica combina nivel y diseño de investigación. Al respecto, refiere Pereira (2006) que el tipo de investigación se define de acuerdo a los propósitos y el énfasis teórico-metodológico. No son tipos puros, no son excluyentes, sino combinaciones, a veces con tendencias predominantes. Existen criterios variados de clasificación. De acuerdo al estudio adelantado, vale destacar que desde el punto de vista de su forma, la investigación es de tipo cualitativa centrada en el caso de estudio. Según el nivel de profundidad es descriptiva-exploratoria. Sabino (2000: 62), al referirse a la investigación exploratoria, asevera “son las investigaciones que pretenden darnos una visión general y sólo aproximada de los objetos de estudio... se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado, cuando no hay suficientes estudios previos y cuando aún, sobre él, es difícil formular hipótesis precisas o de cierta generalidad.” En relación a la investigación de tipo descriptiva, el autor afirma: “su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Las investigaciones descriptivas utilizan criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes”.

En atención al diseño, la investigación que se adelantará se considera documental y de campo. Al respecto, Arias (2004: 25) define la investigación documental como “...un proceso basado en la búsqueda, recupera-

ción, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos”.

Se considera que la investigación será documental, pues se respaldará en documentos oficiales y en fuentes secundarias. De igual forma, Arias (2004: 28) conceptualiza la investigación de campo como aquella que “consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna”. Esto conlleva a la selección de muestras para el estudio, en este sentido se realizará una selección intencional. De acuerdo a Patton (citado por Bonilla y Rodríguez, 2005), en la investigación cualitativa se adelantan muestreo intencional o selectivo, el cual se basa en “...una decisión hecha con anticipación al comienzo del estudio, según el cual el investigador determina configurar una muestra inicial de informantes que posean un conocimiento general amplio sobre el tópico a indagar, o informantes que hayan vivido la experiencia sobre la cual se quiere ahondar”.

La investigación se apoya en la aplicación de técnicas de recolección de información válida y reconocida, como la consulta de documentos oficiales que representan tanto el pasado reciente como el presente y la información empírica pertinente, levantada mediante entrevistas semiestructuradas claves. Para la elaboración de este artículo

hubo limitaciones en la recolección de información relacionada con la administración de personal del programa “Barrio a Barrio”, en virtud de la negación por parte de los funcionarios competentes de brindar datos al respecto, por lo que la misma no pudo ser incorporada en este estudio.

CONSIDERACIÓN EN TORNO A LA DESCENTRALIZACIÓN EN VENEZUELA

Venezuela se caracterizó, hasta 1990, por ser un país centralizado, el cual se abrogaba responsabilidades correspondientes a los gobiernos estatales y municipales, situación que no permitía brindar respuestas eficaces y suficientes a las demandas de la sociedad. El centralismo estaba arraigado y fortalecido en el gobierno nacional en contraposición del debilitamiento de los gobiernos subnacionales y fue causado por la dictadura que impuso un militarismo concentrador del poder que dominó las instituciones del Estado. A raíz de la caída de la dictadura, en 1958, se propuso la elaboración de la Constitución de 1961, la cual estuvo impregnada de la influencia de los partidos defensores del centralismo (Velázquez, 2003).

Esto condujo al desarrollo de un modelo político administrativo, mejor conocido como Burocrático Populista, adoptado por la democracia venezolana en 1958; una de sus principales características fue la centralización de los recursos y la toma de decisiones, tanto estratégica como cotidianas, en el nivel nacional, especialmente en el poder ejecutivo y, dentro de éste, en el Pre-

sidente de la República y el Consejo de Ministros.

Desde 1958 hasta 1989, el poder central, representado por la figura del Presidente de la República, era quien nombraba y removía a los gobernadores de Estado, situación a la que se agregó la intervención de los partidos políticos, específicamente el de gobierno; en dicho procedimiento el poder nacional se reservó para sí mismo casi todas las competencias en materia tributaria, en detrimento de los Estados, cuyas atribuciones quedaron reducidas a la nada, adquiriendo así un carácter residual. Se gestó una dependencia financiera y, de manera muy especial, de subordinación política de los gobernadores de estado con respecto al Presidente de la República y a las elites centrales y locales del partido de gobierno; se constituyeron en dos elementos fundamentales del desinterés de aquellos por tener una gestión exitosa. Es por ello que “los gobernadores de Estado y sus equipos de gobierno no se preocuparon en desarrollar aptitudes y mecanismos de negociación y por supuesto, mucho menos se preocuparon por diseñar y/o adoptar instrumentos que les permitieran tener una verdadera capacidad para formular e implementar estrategias efectivas con las cuales enfrentar las circunstancias del entorno” (Mascareño, 1996: 24).

Ese desinterés por tener una gestión exitosa se debía a que ellos, realmente, no se sentían responsables ante la ciudadanía que conformaba su ámbito territorial, sino más bien ante las elites centrales conformadas por el Presidente de la República y la autoridad del partido de gobierno, quienes eran

los que le habían asignado el cargo y tenían la potestad de removerle de él en cualquier momento; por lo tanto, era a ellos a quienes tenían que rendirle cuentas sobre la situación al frente de la gobernación.

“Las gobernaciones se constituían en entes subalternos que atendían demandas a través de la prestación de los servicios de educación y salud primaria, seguridad pública, obras públicas, consolidación de barrios urbanos, desarrollo comunal y ayuda social al ciudadano, a las familias necesitadas y a los niños” (Mascareño, 1996: 44). Estos servicios fueron organizados de forma tal que el peso financiero recaía en el gobierno central, y se reflejó la concentración del proceso de toma de decisiones en los Ministerios (Navarro, 1998).

Paralelo a este contexto, se impulsaba en América Latina la reforma de Estado, la cual fue incorporada en el caso venezolano, a comienzo de la década de los ochenta, teniendo como objetivo primordial la búsqueda acelerada de la modernización administrativa del aparato del Estado, con sentido democrático y social, enmarcado dentro de un Estado eficiente como eje estratégico de dicho proceso (COPRE, 1988), para ello se promovió la descentralización político territorial.

Para 1989, Carlos Andrés Pérez, candidato a la presidencia de la República, se lanzó a la campaña política, alcanzando 52,9% de los votos, contra 40% del candidato Eduardo Fernández del Comité de Organización Política Electoral Independiente (COPEI) (CNE, 2006). A los pocos días de haber asu-

mido el poder, ante la crítica situación macro-económica del país, el presidente Pérez anunció una serie de fuertes medidas, lo que se denominó como *El Paquete de medidas económicas*, entre las cuales destacan: a) la eliminación del régimen de cambios diferenciales; b) restricciones para las tasas de interés; y c) de subsidios. Este paquete, a su vez, se caracterizó por el encajecimiento de múltiples bienes y servicios (Rincón, 2004).

A los pocos días de asumir el poder (27 y 28 de febrero), se produjo en Venezuela un estallido social, en el cual hubo disturbios y saqueos por parte de turbas que iban destruyendo todo lo que conseguían, tanto en Caracas como en las áreas vecinas de Guarenas, Guatire, La Guaira, Catia La Mar y en los Valles del Tuy. El gobierno reprimió los disturbios con el ejército en la calle y suspendieron las garantías constitucionales, esto fue lo que se conoció como el *Caracazo*, lo que dio paso a un conjunto de transformaciones en el sistema político democrático, desde el punto de vista económico, político y social. Estos estallidos sociales se presentaron como respuesta al descontento y frustración de la población más empobrecida, ante la imposibilidad de alcanzar mejores niveles de vida. Sin embargo, el único cambio sustancial que se produjo, a pesar de la resistencia de la clase política, fue el proceso de descentralización (Maingón, 2004; Feo y Curcio, 2004). Se aprueban la Ley Orgánica de Descentralización y Delimitación de Transferencia del Poder Público (LODDT); la Ley Orgánica de Elección y Remoción de Gobernadores y Alcaldes, y se produce la

reforma de la Ley Orgánica del Régimen Municipal. Esto permite que se elijan, por primera vez, gobernadores y alcaldes, y se inicie la transferencia a los niveles subnacionales de servicios relacionado con las actividades económicas y sociales.

Con estos instrumentos legales las gobernaciones como instancias receptoras de competencias entran a una nueva dinámica político-administrativa. La tipografía evidencia la revitalización del federalismo venezolano, puesto que condujo al desarrollo de los principios constitucionales para promover la descentralización administrativa, delimitar competencias entre los poderes públicos del Estado, determinar las funciones de los gobernadores como agentes del Ejecutivo Nacional, las fuentes de ingresos de los Estados y facilitar la transferencia de la prestación de los servicios del Poder nacional a los estados. Esto permitió que varias entidades federales² dieran sus primeros pasos para la búsqueda de la transferencia de varias materias y servicios de su competencia, lo que facilitó que el servicio del área de salud se estableciera como uno de los más demandados por las autoridades regionales, obviamente previo a la aprobación por parte del Congreso de la República de Venezuela.

Descentralización de la salud

La descentralización se presenta como un proceso de cambios políticos-administrativos que se estimaban contribuían al mejoramiento por parte del Estado, en la prestación de los servicios de salud. La descentralización

se apuntaló en un momento en el que el sector salud sufría un deterioro significativo, asociado a una serie de aspectos tales como: a) influencia de determinantes políticos, económicos, sociales, ambientales, culturales, demográficos, como la propia producción de los servicios, los cuales habían ocasionado una gran insatisfacción de la población frente a sus condiciones de vida, y por la baja disponibilidad, accesibilidad, efectividad y calidad de los servicios de salud; b) fragmentación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en varios entes encargados de la gestión y financiamiento de los servicios; c) falta de coherencia entre políticas y estrategias administrativas; d) énfasis en la curación más que en la prevención; e) distribución inadecuada de los recursos humanos; f) contracción de la oferta de servicios con relación a una demanda creciente; g) multiplicidad de instituciones de salud con diferentes modelos organizativos y sin mecanismos de vinculación y coordinación interinstitucional; h) organización y gerencia centralista en la mayoría de los organismos; i) existencia de una medicina privada de importantes proporciones; j) excesiva diversificación tecnológica; k) problemas de mantenimiento en todos los niveles; l) inadecuados controles, sin participación de la comunidad; m) incremento de los costos operativos, por excesiva dependencia en los suministros externos de equipamiento, material médico-quirúrgico y medicamentos, así como por el aumento del volumen de personal por la aparición de nuevas tecnologías y especialidades (Pérez y Jaén, 1993; Rodríguez y Pérez, 1996; Rodríguez, 1999; Rincón, 2004).

Las características anteriormente señaladas se resaltan con mayor predominio a mediados de los ochenta, en el marco de una profunda crisis del país en todos los órdenes, político, social y económico, lo que conllevó a que el Estado promoviera cambios centrados en la administración pública. Pero no es sino a finales de la misma década, en el contexto de un nuevo gobierno, que el estado venezolano promueve la reestructuración económica de corte neoliberal, acompañada de la descentralización político territorial.

En este contexto, la descentralización en materia de salud pasó a ser uno de los ejes de la reforma del sector y luego de la transferencia de los servicios a varios estados en 1996; se reconocía la existencia de avances en nuevos modelos de gestión de los servicios en las entidades federales, pero dados los cambios ocurridos en la política nacional, de lo cual no escapa el sector salud, los estados se han visto en la necesidad de desarrollar capacidades gerenciales para ofertar un mejor servicio, que pueda repercutir de manera directa en beneficio de la población.

En cuanto a la transferencia de los recursos del Ministerio a las entidades federales, en 1996 la asignación per cápita en dólares, se ubicó en \$5.89, estando Zulia en la posición décimo tercera con respecto a dieciocho entidades federales. Cinco años después (2001), se registró un incremento significativo de dicha asignación per cápita, cuando alcanzó el 28.26, pero aún cuando la asignación se incrementó, la posición del Estado pasó al lugar dieciséis (OCEPRE, 2001).

Este proceso de transferencia se adelantó sin que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) realizara previamente una evaluación para determinar si las gobernaciones como entes receptores de las nuevas responsabilidades contaban con las capacidades suficientes o no para asumir el nuevo rol a desempeñar. Las gobernaciones desarrollaron distintas estrategias de gestión, intentando modificar las condiciones en las cuales se encontraba la administración del servicio desde los inicios de la democracia, cuyos resultados estaban lejos de satisfacer las necesidades de salud de la población venezolana.

A partir del proceso de descentralización, el sector salud se caracterizó por: a) la ausencia de una visión de desarrollo que articulara objetivos y metas dentro de una perspectiva a largo plazo, por lo que la inversión que se ha hecho en salud ha sido insuficiente o poco objetiva; b) las acciones que se desarrollan por los entes gubernamentales no fueron coordinadas en función a la continuidad de planes; c) no se optimizaron los esfuerzos ni los recursos empleados, y f) deterioro en los indicadores de salud.

Del Rosario (1999: 179) establece que “la descentralización no es ciertamente una panacea para resolver los múltiples problemas relacionados con la prestación de los servicios sociales; menos aún cuando éste es un proceso enfrentado a una larga tradición administrativa burocrática, clientelar y centralizada..., la descentralización implica un cambio político y no simplemente un cambio de carácter administrativo o de gerencia en determinadas actividades públicas”.

La salud se trata de la competencia concurrente de mayor avance en el país dentro de las llamadas competencias de alta complejidad, por lo cual los dirigentes regionales no pudieron sustraerse de su atención. Según Ochoa y Rodríguez (2001: 8) “el servicio de salud fue trasladado a las gobernaciones en el marco de la descentralización político territorial, mejorando el servicio pero con una concepción privatista que convierte en cliente al paciente, de tal manera que se trata de hacer eficiente un servicio a un número reducido de ciudadanos, quedando la mayoría excluido”.

El proceso de descentralización fue difícil de enfrentar, pues las gobernaciones no sólo asumieron nuevas competencias y un espíritu de responsabilidad, sino que trasladaron para sí una serie de deficiencias organizativas, de gestión, propias del periodo centralista. Afirma Navarro (1998) que poco puede decirse de un proceso de cambio del sector salud en un horizonte de tiempo que éste considera que ha sido limitado. Después de casi dos décadas de iniciado el proceso de descentralización del sector salud, este sigue inconcluso. “De 23 entidades federales, hay 17 descentralizadas (Aragua, Apure, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Distrito Metropolitano, Falcón, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Nueva Esparta, Sucre, Táchira, Trujillo, Yaracuy y Zulia), con balances dispares en cada uno de los casos, unos más positivos que otros” (Gardeazábal, 2005: 242).

Este ha sido un proceso de muchas dificultades y fallas no solventadas en la rectoría del Ministerio, con una dependencia finan-

ciera del nivel central que ha dificultado su culminación. A esta situación se suman problemas de gestión de los servicios, distribución e insuficiencia de los recursos necesarios para el desarrollo de los sistemas regionales de salud. La descentralización ha sido un proceso complejo en la transferencia de los servicios de salud; ésta no ha pasado de la fase del traspaso de recursos y responsabilidades desde el Gobierno central a los estados, lo cual lógicamente ha garantizado *per se* el éxito de la experiencia.

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En las elecciones regionales del 2000 resulta vencedor Manuel Rosales,³ quien asumió el ejercicio de sus funciones gubernamentales dando continuidad a las prácticas neoliberales en el sector salud impuestas por el gobierno anterior liderizado por Arias Cárdenas, dichas prácticas se enfrentan a un nuevo marco normativo plasmado en la Constitución de la República Boliviana de Venezuela, la cual intenta promover un modelo de desarrollo alternativo de fuerte inclinación social y con una concepción de salud más humana que la planteada en la Constitución de 1961.

En su campaña electoral propuso en el programa de gobierno:

- a) reorganización y reestructuración del Sistema Regional de Salud, conformando un nuevo modelo de gerencia en ambulatorios y hospitales; b) extender la creación de microempresas para atender los servicios

de nutrición, vigilancia y mantenimiento, así como servicios conexos de salud, c) apoyar el programa de Medicina Familiar priorizando la atención y educación médica dirigida a la madre, el niño y el adolescente, así como a pacientes de la tercera edad, al sectorizar la asistencia médica en función de la medicina preventiva; d) fomentar la autogestión en diversas áreas de los hospitales, previo proceso de mejoramiento y adecuación de la infraestructura; e) permitir la prestación de servicios de diagnóstico al público en general, a costos inferiores a los del mercado, si el usuario viene referido por un centro privado; f) crear aportes voluntarios de la sociedad; g) creación de procedimientos administrativos pertinentes garantizando el acceso a la población carente de recursos (Rosales, 2000: 9-10).

En función de los planteamientos establecidos en su programa de gobierno, cabe preguntar ¿qué acciones ha desarrollado el gobierno regional en materia de salud desde el 2000 hasta el 2007? Para dar respuesta a esta interrogante se seleccionaron tres casos, tales como: la Unidad Docente Asistencial, Luis Sergio Pérez; el Programa “Barrio a Barrio” y el denominado Nuevos Modelos de Gestión en Salud; estos casos son explorados considerando variables tales como: administración de personal, prestación y financiamiento del servicio.

1) Unidad docente asistencial, Luis Sergio, Pérez. Modalidad de gestión microempresarial (corporativa).

Este centro asistencial fue entregado en 1993 por la gobernación del Estado mediante acuerdo,⁴ sin que medie ningún documento formal a la Fundación Venezolana de

Medicina Familiar⁵ Dr. Pedro Iturbe (FUNVEMEFA),⁶ para la administración de los servicios de la mencionada especialidad. El personal administrativo y microempresario inicialmente fue contratado directamente por el centro asistencial, e instruidos legal y administrativamente para conformar microempresas (Zárraga, 2001). Estos son seleccionados con base en dos criterios, primero, mediante evaluación de credenciales, realizada por la Gerencia Médica, la cual evalúa el currículum y determina si la persona es aceptada o no para ingresar a la microempresa y, posteriormente, la Gerencia Administrativa autoriza el ingreso definitivo; y, el segundo criterio, es la cercanía a la zona de ubicación del ambulatorio, con el fin de reducir costos de transporte y tener menos posibilidades de ausencia y retraso en el trabajo. El personal es contratado por productividad y no disfrutan de derechos colectivos, tales como la huelga y la sindicalización.

La principal práctica a la que se le dio continuidad del gobierno de Arias Cárdenas descansó en el modelo de microempresas, esencialmente en los ambulatorios urbanos tipo I y II de todo el Estado, dado el déficit de personal que para ese momento existía (2001), y además era una manera de descongestionar las nóminas que manejaba el ejecutivo regional (Pirela, 2006). Se transfiere a empresas privadas y/u organizaciones del tercer sector,⁷ el servicio como uno de los lineamientos fundamentales del modelo de gestión. Al respecto vale referir lo que señala Guerrero (2004: 65) “...se crean corporaciones competitivas que buscan buenos precios y costos bajos, de manera que

estas corporaciones... tienen más una configuración lucrativa, que una orientación de interés público”. Las microempresas fueron formadas con el antiguo personal de los centros asistenciales y escapan de la esfera del mercado, es decir, no funcionan en otros centros asistenciales (Rincón, 2004: 120).

Esto se conoce como lo que Guerrero (2004: 55) denomina “...la exprivatización del Estado y consiste en el procedimiento por el cual la administración pública transfiere la producción de bienes y servicios a la administración privada”.

La introducción de elementos políticos-clientelares, propios del modelo burocrático populista, se encuentra al margen de la selección del personal, pero se considera que es prematuro afirmar su total exclusión puesto que no se pudo ir más allá en virtud de las limitantes en la obtención de la información. Los hallazgos registrados dan cuenta de la aplicación de diversas estrategias en la contratación del personal, donde prevalecen el proceso de flexibilización y precarización de las relaciones laborales.

El servicio es prestado por orden de llegada. Las acciones promotoras de la prevención se limitan a las inmunizaciones (Ochoa y Rodríguez, 2001). Se brinda atención curativa en Medicina Familiar, Prenatal, Postnatal, Higiene Infantil, Pre-escolar, Higiene Adulto, Odontología, Emergencias, Ginecología, Cirugía Ambulatoria, Psicología, Psicopedagogía, Ultrasonido, Rayos X, Laboratorio, Ecografías (Luengo y Tarazona, 2001). Se presta atención a las personas de la zona sur y al público en ge-

neral, pero dejando de lado los servicios de nutrición y los estrictamente operativos como mantenimiento y vigilancia.

Cuenta con dos fuentes de financiamiento, la Gobernación del Estado, la cual transfiere su aporte directamente a la Fundación Venezolana para la Medicina Familiar (FUNVEMEFA), a través de la partida titulada “Transferencia-Subsidios Sociales al Sector Privado; una segunda fuente son los usuarios, considera Atencio (1997) todo tiene un costo, ... de alguna parte deben salir los recursos”. Afirma Zárraga (2001) que “la unidad se autofinancia con las colaboraciones... y promueve e implementa políticas de autogestión”. En este sentido, refieren Ochoa y Rodríguez (2001) que “se apela al concepto de autogestión⁸ comunitaria con un contenido económico, buscando implantar el cobro del servicio”.

En el 2003, la Comisionaduría de Modernización, dirigida por Félix Grüber (quien ha sido el líder de las microempresas en el sector salud; mas no su creador, pues ha sido una copia tropicalizada del modelo canadiense). Se realizó un estudio de factibilidad del modelo, realizado por funcionarios de la Comisionaduría de Modernización de la gobernación vinculados al modelo, comprobaron que éste era beneficioso y rentable para el gobierno nacional mas no para la población, pues se reducía personal de las nóminas, costos operativos, entre otros. La evaluación del modelo se adelantó, para demostrar la productividad y la capacidad de independencia económica que lograban obtener los centros asistenciales del presupuesto asignado por

el ejecutivo regional, alcanzando hasta 80 y 90% de independencia, dado los procesos de autogestión financiera.

Para dar continuidad a esta práctica dentro del sector salud, se decretó⁹ el Reglamento Interno de Funcionamiento de las Organizaciones No Gubernamentales, que asumían la administración de los establecimientos de salud, pero refiere netamente a las fundaciones con personalidad jurídica propia. Es necesario precisar que las fundaciones tienen forma jurídica del derecho privado pero pueden ser creadas por el Estado, en cuyo caso se les denomina fundación pública. En el caso de las leyes venezolanas, tanto las fundaciones creadas por particulares como las creadas por el Estado, son o deben ser organizaciones sin fines de lucro. Sobre las fundaciones creadas por particulares señala Colmenares (1995: 48) “son personas jurídicas del derecho privado, creadas por iniciativa particular, mediante la afectación permanente de un patrimonio, para cumplir una misión de utilidad general, sin ánimo de lucro conforme a la voluntad de sus fundadores”.

El modelo de microempresas dio paso a un proceso de reestructuración y reorganización del sistema, pues trató de implementarse regionalmente, ya que fue considerado una alternativa capaz de minimizar las diferencias presupuestarias y de calidad del servicio, pero en detrimento de principios de accesibilidad, gratuidad y universalidad.

2) Programa “Barrio a Barrio”

Una segunda estrategia de gestión implementada ha sido el Programa social

“Barrio a Barrio”, el cual inicia como un proyecto en el 2002, adscrito a la Dirección Regional de Desarrollo Social.¹⁰ Desde el 2003 se ha ido ejecutando como Jornada Cívica “Barrio a Barrio”. El programa está enmarcado en la concepción de la Atención Integral de Salud, representa la oportunidad de acceder a bienes y servicios de forma gratuita, permitiendo de esta manera garantizar el derecho a la salud tal y como se consagró en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual reza:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (Asamblea Nacional, 1999).

Este artículo manifiesta la salud como derecho garantizado por el Estado y la reivindicación de la relación entre el Estado-Individuo y Sociedad, reflejando la propuesta de un esfuerzo por garantizar la calidad de vida, desde estos tres ámbitos de acción.

Este programa surge dada la confrontación política entre los líderes de los gobiernos nacional y regional, lo que conllevó a la

generación de una competencia entre el programa “Barrio Adentro”, impulsado por el gobierno nacional y el programa “Barrio a Barrio”, implantado en el gobierno regional, contando ambos programas con medios distintos de llegar a las comunidades; el primero de manera permanente en las comunidades durante las 24 horas, mientras que, contrariamente, el segundo presta sus servicios de manera intermitente y por horas diarias.

Las jornadas se realizan en los distintos municipios y parroquias del estado Zulia, facilitándole a la población servicios en el área de salud, contando con unidades móviles y material requerido para atender a las comunidades más necesitadas, personal capacitado con la asistencia de médicos venezolanos. En las jornadas participa un numeroso equipo de profesionales, que contribuyen con las comunidades de escasos recursos en la accesibilidad de los bienes y servicios especializados de manera gratuita.

Entre las especialidades destacan: a) medicina preventiva y curativa, medicina integral para adultos y ancianos; b) hipertensión arterial, tratamiento curativo y referencia al centro hospitalario más cercano en caso de ser necesario; b) pediatría preventiva y curativa, consulta general de niños, control de desnutrición; d) asistencia personal, arreglo personal, corte de cabello y otras actividades; e) odontología, extracciones, limpiezas, colocación de flúor, entre otras; f) suministro gratuito de medicinas, referidas por el médico tratante, de acuerdo al caso en consulta (Gobernación del Zulia, 2006).

Desde el 2003 hasta el 2006 las jornadas se han adelantado, de manera simultánea, semanalmente en 33% de los municipios del estado Zulia, tales como: Maracaibo, 5; San Francisco, 2; Mara, 2; Cabimas, 2; Lagunillas, 1; Colón, 2 y Machiques, 2.

Entre 2003 y 2004 se realizaron 674 jornadas de atención integral en el área de salud, educación y actividades especiales, beneficiando una población de 1 043 235 personas en tres fases: en la primera fueron realizadas 271 jornadas y se atendieron a 440 107 personas; una segunda con 231 jornadas realizadas con 354 864 personas atendidas; una tercera fase con 172 jornadas realizadas a 248 264 personas atendidas (Dirección Regional de Desarrollo Social, 2004). Para el 2005 se realizaron 1 311 jornadas, con un total de 949 899 personas atendidas; y en 2006 se realizaron 1 607 jornadas atendiendo 1 218 895. La gestión de este programa ha alcanzado desde sus inicios una inversión total de 54.3¹¹ mil millones de bolívares (Gobernación del Zulia, 2006).

La adopción del programa “Barrio a Barrio” tiene que ver con la posibilidad que abrió el proceso descentralizador que permitió a los gobiernos regionales desarrollar modelos alternativos de salud, situación de la cual se valió el gobernador para modificar las acciones emprendidas en salud, pues desde que fue Alcalde redefinió el programa de las Clínicas Móviles que diseñó por primera vez Fernando Chumaceiro, pero que decayó en el periodo de gobierno de Manuel Rosales cuando fue alcalde de la ciudad de Maracaibo. Éste fue retomado a

raíz de la necesidad de mejorar las condiciones medioambientales, sociales, culturales y económicas bajo las que vivían los habitantes de los barrios más deprimidos, nacidos dentro del proceso de ocupación informal de terrenos no urbanizados, carentes de servicios sanitarios primarios, y a veces simplemente insalubres.

El programa “Barrio a Barrio” se sigue manejando con la tradicional idea de atender la necesidad en términos coyunturales y asistenciales por la vía de las jornadas, viendo la salud como algo aislado y netamente curativo. Se trata de remediar puntualmente un problema, mas no se toca otro aspecto relacionado con la prevención. Con respecto al control, se adelantan de acuerdo a los resultados alcanzados, es decir, se contrastan las metas en números de jornadas y número de personas previstas de ser atendidas con las que efectivamente atienden. Se efectúan actividades de desparasitación, despistajes de cáncer, entre otras. No se lleva a cabo un seguimiento de la persona atendida mediante el diseño de una historia médica.

3) Nuevos modelos de gestión en salud

Una tercera modalidad de gestión en salud ha sido denominada Nuevos Modelos de Gestión, la cual implica el cambio de los ambulatorios y hospitales a centros clínicos o centros hospitalarios. Los rasgos más característicos son la gratuidad de los servicios de salud y la transferencia de la prestación del servicio al sector privado, lo que ha conducido a la puesta en práctica de la estrategia de la flexibilización y preca-

rización laboral y ha provocado el retiro por parte del estado en las competencias de salud.

Aquí se discuten los aspectos de la administración de personal, bajo la forma de contratación del *outsourcing* y el personal fijo o estable, y se mencionan los criterios de reclutamiento y selección del mismo. El primero de los casos se ha convertido en la tendencia actual que ha formado parte importante en las decisiones administrativas de personal en los últimos años en las organizaciones gubernamentales en el nivel europeo y latinoamericano, ésta impone diferentes relaciones laborales en el proceso de producción del servicio de salud. El segundo caso es el tradicionalmente implementado en la administración pública.

Con la instauración de la modalidad denominada Nuevos Modelos de Gestión en Salud, la manera de incorporar personal especializado a los establecimientos es a través de la figura del *outsourcing*. Éste ha sido incorporado en el gobierno subnacional, a pesar de no estar contemplado en el sistema jurídico venezolano; el tipo de relación que impone esta modalidad de contratación se asemeja a la regulación jurídica denominada Contratista.

Al respecto, refiere Pirela (2006) que tanto el personal médico, de enfermería, mantenimiento y seguridad, son contratados bajo esta vía, por una empresa privada que a su vez es contratada por la gobernación mediante la vieja figura de licitación pública. Los criterios de selección del personal que ingresa a la empresa contratista están ape-

gados a los requisitos exigidos para prestar los servicios en los establecimientos de salud, los cuales se realizan mediante credenciales, pero fuera de la esfera del aparato público, pero sí con su influencia, pues las credenciales de las personas reclutadas son presentadas a la Junta Directiva y a la Gerencia Médica del NMG, pero al final la empresa escoge, la cual los contrata por periodos de un año y están amparados por la Ley Orgánica del Trabajo (Pirela, 2006). La empresa debe asumir la contratación de todo el personal, médico, enfermeras, administrativo y a su vez la subcontratación de otras empresas, para ejecutar los servicios de mantenimiento (personal obrero-camareras) y seguridad.

Con este tipo de contratación se establece una relación laboral atípica, donde el ente contratante, en este caso la gobernación del Zulia, no asume la responsabilidad laboral directa con la o las personas encargadas de prestar el servicio, pues la misma es transferida a un tercero. Esto conduce a lo que Iranzo y Richter (2006: 3) denominan la triangulización mejor conocida como la externalización o subcontratación laboral, esta "...indica una relación de transferencia de las obligaciones legales, propias a la relación de trabajo, que básicamente permite eludir restricciones y los costos que entraña la legislación laboral y las convenciones colectivas para la libre contratación y despido de personal". Este mecanismo de contratación ha conducido a sustituir los puestos estables por inestables.

Laurell plantea (2000: 76-77) que este tipo de contratación "busca individualizar el

pago y la anulación de la indemnización obligatoria por despido y el monto por antigüedad"; según sostiene Ermida (1999), esto conduce "a una mayor desregulación o flexibilización del Derecho del Trabajo, que amplía el ámbito de la autonomía de la voluntad del empleador y llega a tolerar que escapen de la legislación laboral hacia el Derecho Privado relaciones que antes estaban indiscutiblemente reguladas por aquéllas...se produce cierto retroceso en las relaciones colectivas del trabajo".

La incorporación de mecanismos de contratación a terceros, específicamente con el sector privado, con la externalización, la Nueva Gestión Pública "rompe con la ecuación tradicional de producción y provisión pública. El hecho de que los bienes o servicios estén circunscritos en el espacio público, no significa que el Estado debe directamente prestarlos, puede hacerlo a través de la contratación" (Cursio, 1999: 42).

La empresa contratante como patrono debe garantizar los derechos establecidos en la Ley Orgánica del Trabajo, sólo que para deslastrarse de los pasivos laborales, la misma contrata el personal para periodos de tiempos que no exceden del año. Esta modalidad se ha impuesto como forma de organización de la producción que permite: a) contrataciones sin expectativas de largo plazo, la llegada de su término no crea tensiones; b) acceder a contratos que facilitan y amplían la oferta de servicios y bienes, sin incurrir en costos; entre otras (Lucena, 2004). Con este tipo de flexibilización se persigue el uso de la fuerza de trabajo más barata y el aumento de la capacidad de adap-

tar la dotación de personal a las variaciones del mercado a través de la disminución o eliminación de la protección laboral y previsión social.

El Estado ha facilitado la incorporación de lo que Ermida (1999: 139-140) denomina “el paradigma de las relaciones laborales postmodernas”, cuyas características son: descentramiento del trabajo, la inestabilidad en el empleo, la individualización y como resultante de lo anterior se produce el abaratamiento del costo de la mano de obra, cuyas consecuencias son la reducción del salario real y refuerza la flexibilización de los horarios en función de las necesidades productivas. Con este paradigma se deja de considerar el trabajo como un hecho social, colocado fuera de la protección del Estado.

Lucena (2004: 81) refiere que

...los cambios ocurridos en la organización del trabajo, han traído consecuencias sociales que han dado paso a la instauración de procesos de desregulación y por ende de flexibilización, que se reflejan en el costo de la fuerza laboral, en la protección de los trabajadores, la seguridad social, y, en general, afectan el bienestar de la fuerza de trabajo y sus familiares, quedan así exteriorizados de los marcos regulatorios quedando subordinados a la competitividad.

La flexibilización laboral¹² promueve el deterioro de la calidad del empleo, dado que se da la prolongación desmedida de las jornadas de trabajo, la violación de los derechos laborales de los trabajadores, tales como: descanso semanal y vacaciones remuneradas, salario mínimo, igualdad sala-

rial, prestaciones sociales por antigüedad y cesantía, estabilidad en el trabajo, libertad sindical y protección de inamovilidad para promotores y responsables sindicales, negociación colectiva y solución de conflictos laborales, huelga¹³ y derecho de crear asociaciones de carácter social y cooperativo.

Por otro lado, se establece el *outsourcing* como un mecanismo de contratación que impone figuras fundacionales del Derecho del trabajo como son el intermediario y el contratista. Plantea Mirabal (2005: 171)

...asimilando la figura del *outsourcing* al contratista, se trata de un empresario que dispone de sus propios elementos, vale decir, equipos, maquinarias, talleres, oficinas, personal, computadoras, etc., y contrata a los trabajadores en su propio beneficio, para que ejecuten su labor en las empresas contratantes, he ahí la diferencia con el intermediario, por cuanto éste los contrata en beneficio de otro; y por lo tanto, la previsión legal de desvinculación sobre responsabilidad laboral solidaria del contratista con la empresa.

Al respecto, señalan Iranzo y Richter (2006: 12) que:

... la noción de contratista alude a la persona natural o jurídica que celebra contrato con otra persona natural o jurídica (beneficiario o comitente) para ejecutar trabajos propios. Refieren que el beneficiario tiene dos tipos de responsabilidad; una solidaria, y otra subsidiaria. En el primero de los casos, el trabajador del intermediario o contratista, en caso de incumplimiento de cual-

quier incumplimiento de una obligación laboral por parte de éste, puede reclamar directamente al beneficiario de la obra, el cual no puede alegar su condición de no patrono para exonerarse de pagar. En los casos de responsabilidad subsidiaria, la obligación de éste sólo opera una vez que ha demostrado la insolvencia de los entes que ha subcontratado. Sin embargo, en el caso venezolano la responsabilidad solidaria supone también que los subcontratados gozan de todos los derechos contemplados en la convención colectiva de la empresa contratante.

Este sistema de contratación que ha asumido la gobernación, ha tenido como propósito esencial, reducir la carga de los pasivos laborales, eliminar la representación, protección, cohesión, movilización y la huelga como mecanismo de defensa de derechos laborales (Chirinos, 2006 y Pirela, 2006).

No puede dejar de reconocerse que la gobernación enfrenta una bomba de tiempo, pues en caso de que alguno de sus contratistas no cumpla con las exigencias laborales de sus contratados, estaría ante la posibilidad de la lucha de reivindicaciones laborales, pues la figura jurídica del contratista es diferente al del intermediario. Plantea Mirabal (2005: 171) que ésta

...despierta un gran interés (en función) de las consecuencias jurídicas, derivadas de la responsabilidad solidaria laboral, pero si llegara a existir conexidad, en la actividad de la empresa contratista con el contratante, los efectos...vendrían a ser los mismos, es decir ambas empresas devendrían en responsabilidad solidaria, por las obligaciones que el sistema jurídico laboral...

En Venezuela la flexibilización se introdujo en la Ley Orgánica del Trabajo aprobada en 1990, pero “en 1997 se arreció este tipo de práctica, al modificarse la base del cálculo de la prestación de antigüedad y disminuía la indemnización por despido injustificado” (Iranzo y Richter, 2006: 52).

Estas prácticas de contratación laboral e incluso las normativas que regulan la materia laboral, se contraponen, dado que lo estipulado en el artículo 37 de la Ley del Estatuto de la Función Pública, establece que bajo ninguna circunstancia se considere la contratación de personal bajo la modalidad del *outsourcing*. Se está así ante la presencia de contradicciones jurídicas diseñadas e impuestas por el propio Estado. El *outsourcing* impone la flexibilización laboral externa, como práctica que va en detrimento de las condiciones y beneficios laborales del trabajador, demostrando rasgos de la propuesta de la Nueva Gerencia Pública en materia de contratación de personal. Con estos mecanismos de contratación se establecen en el sector salud, un grupo de trabajadores, tal y como señala Ermida (1999:139) “en la periferia inestable, precaria, rotativa, tercerizada o informal”.

Aquí se hace referencia a los hospitales y ambulatorios que se han convertido en centros clínicos y hospitalarios y han conformado el denominado *Nuevo Modelo de Gestión en Salud*; la forma como se presta el servicio, directamente o a través de intermediarios privados del tercer o cuarto sector; y las condiciones en las cuales se prestan los servicios tomando en cuenta el origen de su financiamiento.

El estado Zulia cuenta con 291 establecimientos de salud, de los cuales 22 conforman la red de hospitales¹⁴ generales, distribuidos de la siguiente manera: 13 hospitales tipo IV; 3 tipos III; 4 tipos II, y 12 tipos I. De los cuales 33% de los tipos IV y III, 25% de los tipos II y 50% de los tipos I, han sido convertidos en centros hospitalarios. En relación a los ambulatorios, el Estado cuenta con 104 ambulatorios urbanos y 165 rurales. En el caso de los ambulatorios urbanos, se evidencia la existencia de 13 tipo III; 34 tipo II y 57 tipo I. De estos, 15.38% de ambulatorios tipo III; 11.76% de los tipos II y 5.2 de los tipo I pasan al denominado nuevo modelo. Y en cuanto a los ambulatorios rurales, se tienen 78 tipo II y 87 tipo I, de los cuales 5.12 de los tipos II y 1.14% de los tipo I son desincorporados del sistema tradicional para convertirlos en centros clínicos.

Los hospitales y ambulatorios han sido transferidos a empresas privadas, pues este es el propósito de los lineamientos fundamentales del nuevo modelo de gestión, previa licitación, el contrato es firmado por un año entre la gobernación y la empresa. Existen 4 hospitales bajo la modalidad de *outsourcing* total, entre los cuales se encuentran: el General del Sur; San Rafael de Mara; Cabimas Adolfo D'Empaire; Santa Bárbara del Zulia; y el Central Dr. Urquinaona; y en los que sólo existe *outsourcing* parcial, es decir, sólo en la Junta Directiva están la Concepción de Urdaneta; Nuestra Señora del Carmen; Nuestra Señora del Rosario; Dr. Senén Castillo Reverol; Luís Razetti; Dr. Darío Suárez; Caja Seca; Hugo Parra León; El

Guayabo; Marteno Infantil Raúl Leoni; José María Vargas e Isla de Toas.

Los ambulatorios son 22: Sierra Maestra; Ziruma; Corito I y Corito II; Simón Bolívar; El Silencio; Libertad; La Misión; Nueva Cabimas; El Lucero; San Ignacio; Km. 56; San Felipe; Concesión Siete; Federación; La Misión; El Silencio; Simón Bolívar; El Corozo; San Brendan; Encontrados; La Rotaria; Las Morochas; San Franciscos de Asís; y Barranquitas. En la mayoría de estos ambulatorios el proceso de *outsourcing* es total; en el resto, la minoría, el proceso es parcial, sólo Barranquitas lo tiene en el laboratorio.

Esto evidencia el retiro por parte del Estado a través del gobierno regional de las actividades administrativas y asistenciales de salud, bajo el argumento de promover el incremento de los niveles de cobertura, efectividad, eficiencia y calidad, bajo estándares de competencia entre las empresas que asumen el servicio en cada uno de los establecimientos. El concepto que se ha manejado sobre la prestación del servicio es a través de terceros, que fue diseñado por la Fundación de Estado para la Modernización de las Administraciones Públicas, organismo influenciado por las prácticas impuestas por el modelo neoliberal en la prestación de los servicios de salud. No puede dejar de contextualizarse la fuente de la cual emana esta figura de gestión, pues el actual Comisionado de Modernización es la misma persona que trató de imponer el sistema de las microempresas y que indiscutiblemente lucha por mantener su concepción privatizada de la salud. Se está así ante la prevaencia

de la capacidad de respaldar el interés de un personero del gobierno que ha logrado influir en la implantación de la política pública de salud en el nivel regional en contra de los lineamientos establecidos en la Constitución, ya que la puesta en marcha de la prestación del servicio vía *outsourcing*, quebranta todo el marco normativo constitucional nacional, donde se establece que las funciones de prestación del servicio de salud deben ser asumidas de manera obligatoria por el Estado.

Con respecto a la prestación del servicio se establece como mecanismo principal el tradicional esquema por orden de llegada. Los establecimientos de salud tipo ambulatorio brindan sus servicios todos los días de la semana, en un horario de trabajo de 10 horas diarias, y se presta el servicio a la población que conforma el área de influencia. En el caso de los hospitales las actividades se desarrollan durante las 24 horas, las administrativas en 8 horas y consultas en un horario de 10 horas, es decir de 7 a.m a 5 p.m.

La prestación del servicio es gratuita, este modelo se decreta regionalmente para lograr tener consonancia con las regulaciones establecidas en la Constitución de 1999; tres artículos explican el papel del Estado frente a la prestación de los servicios de salud. El primero de ellos es el artículo 83, donde se establece que “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte el derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el

acceso a los servicios” (Asamblea Nacional, 2000).

Este artículo define la salud como derecho garantizado por el Estado y la reivindicación de la relación entre el Estado, individuo y sociedad, reflejando la propuesta de un esfuerzo por garantizar la calidad de vida desde estos tres ámbitos de acción. El artículo 84 instituye como medida para garantizar a todos los ciudadanos el derecho a la salud que “... el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene 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 (Asamblea Nacional, 2000). Este artículo evidencia los mecanismos y principios, los cuales en lo sucesivo y de manera formal, intenta hacer del sistema un todo conjugado por lo intersectorial, descentralizado y participativo, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, intentando de esta manera garantizar el respeto y ejercicio de este derecho por parte del Estado. Por otra parte, se

manifiesta que “la política debe estar interrelacionada entre sus elementos, como son promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, permitiendo en este último caso la reinserción social de los discapacitados” (Rincón, 2004: 9).

El artículo 85 contempla que es obligación del Estado financiar el Sistema Público Nacional de Salud (Asamblea Nacional, 2000). En el ámbito regional, la Constitución del Estado Zulia establece en el artículo 26, numeral 19, que es competencia del Ejecutivo Regional la salud pública y la asistencia social (Consejo Legislativo del Estado Zulia, 2003). Destaca que el mencionado artículo no refiere la gratuidad del servicio, cuestión que se contrapone a lo estipulado por el artículo 85 de la Constitución de 1999.

No obstante, la gobernación, a través del decreto 135 publicado en *Gaceta Oficial del Estado Zulia* el 11 de octubre de 2003, dispone lo siguiente: “Se ratifica la gratuidad de los servicios de salud pública en todos los Centros de Salud adscritos a la Gobernación del Estado Zulia, muy especialmente de aquellos donde se presta servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud, médicos y odontológicos a los niños, adolescentes, así como de aquellos donde se presta servicios y programas de atención, gratuitos y de más alta calidad, durante el embarazo, parto y la fase postnatal de las madres” (Gobernación del Estado Zulia, 2003). La manifestación expresa de este artículo es hacia la no privatización de la salud, reflejando ser el Estado la principal

fuerza de financiamiento, sin posibilidad de incorporar algún otro tipo de financiamiento ajeno al usuario. Asimismo, plantea el esfuerzo mancomunado para formar a los profesionales productores de materiales para mantener y mejorar las condiciones de salud de la población.

Además, en el contenido del mencionado artículo, aparte de los niños, adolescentes y madres embarazadas, no se toma en consideración la asistencia gratuita a otros sectores de la población, como lo son los adultos hombres y mujeres (no embarazadas) y el adulto mayor (Paz, 2006), “... el gobernador decidió que el Nuevo Modelo de Gestión lo iba a financiar completamente el Ejecutivo del Estado Regional” (Pirela, 2006). El servicio de salud comienza a prestarse de manera gratuita a mediados del 2005, como respuesta netamente política al gobierno central (Paz, 2006).

Tradicionalmente se ha dicho que el déficit presupuestario de los centros asistenciales no ha permitido alcanzar niveles de eficacia, eficiencia, efectividad y equidad, como tampoco ha logrado ser sustentable en el tiempo. A partir del proceso de descentralización emprendido en Venezuela a finales de la década de los ochenta se dio paso a una sobreposición del desempeño de un Estado que buscó reducir sus funciones por medio de la privatización. Este panorama demuestra la presencia arraigada de un modelo de gestión tecnocrático que ha permitido la transferencia de la prestación del servicio de salud, sin transferir al usuario el financiamiento de manera directa o indirecta.

Con respecto a los servicios que deberían prestar los centros hospitalarios, según Abad (1999) se encuentran atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario, según su categoría. Los hospitales tipo I prestan atención ambulatoria de nivel primario y secundario, tanto médica como odontológica, servicios básicos de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría; además cuenta con servicios de laboratorio, radiodiagnósticos, farmacia, hemoterapia y emergencia. Los hospitales tipo II prestan servicios de nivel primario, secundario y algún nivel terciario, y entre los servicios clínicos básicos destacan medicina, servicios de Cardiología, Psiquiatría, Dermatología y Neumonología, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Nutrición. Los hospitales tipo III prestan servicios de nivel primario, secundario y terciario, los servicios prestados son Medicina, Nefrología, Reumatología, Neurología, Gastroenterología, Medicina Física, Rehabilitación, Urología, Cirugía, Servicios de Cardiología, Psiquiatría, Dermatología y Neumonología, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Nutrición. Cumplen funciones de docencia de nivel de pregrado, es sede de residentes de posgrado de especialidades básicas, y cumple funciones de investigación. En el caso de los hospitales IV, cumplen los servicios mencionados en los hospitales tipo III, pero cuenta con Medicina Nuclear, Genética Médica, Geriatria, Endocrinología y Medicina del trabajo. Cuentan con unidades de larga estancia y alberga de pacientes. Estos hospitales cumplen actividades de docencia de pre y postgrado en todo nivel, y pueden ser sede de una Facultad de Medicina para desarrollar actividades de investigación a todos los ámbitos.

Con relación a la prestación de los servicios de salud se evidencia que los ambulatorios urbanos están orientados a procurar atención médica integral con este carácter y se encuentran ubicados en poblaciones con más de diez mil habitantes, pertenecen al nivel más bajo de complejidad del sistema de salud. Los tipo I prestan atención médica integral de nivel primario, son atendidos por médicos generales y familiares, pueden contar con servicios de Odontología y Psico-social. Los Tipo II son atendidos por médicos generales, cuentan con servicios de Obstetricia, Pediatría y servicios de laboratorio, Radiología y emergencia; y por último, los Tipo III prestan atención médica integral de nivel primario o secundario o ambos, y además prestan atención Médica general, servicios de Medicina interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Pediatría, servicios de dermatoveneorología, Cardiología y emergencia (Abad, 1999).

Los ambulatorios rurales tipo I prestan atención médica integral, general y familiar en el nivel primario (sin hospitalización); ubicados en poblaciones dispersas, son atendidos por médicos y enfermeras. Los tipos II prestan servicios en poblaciones de más de mil personas, cuentan en algunos casos con camas de observación y servicio de Odontología (Abad, 1999).

En los centros en los que se adolecía de los servicios establecidos por normas de clasificación de atención médica, se incorporaron los servicios faltantes, vale mencionar, Odontología, Rayos X, Laboratorio, Ecografía, Electrocardiografía, Terapias Res-

piratorias, Quirófanos y unidades de cuidados intensivos (Gobernación del Estado Zulia, 2006).

Estos servicios prestados continúan reforzando la atención de tipo curativa y no se busca poner en práctica la atención primaria de salud, que está orientada a la prevención y promoción de enfermedades tal y como se consagra en la Constitución, la cual, en el artículo 85, mencionado con anterioridad, plantea el contenido de la política de salud, cuando refiere que "...dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades...", esto ha dado paso a crear una política cuyo epicentro es la vieja propuesta de la Atención Primaria de Salud, estrategia de atención, hoy constituida en política, para el Estado venezolano, es definida como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación" (OMS, 1978: 106).

"Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (OPS/OMS, 1978:179). La misma se encuentra enmarcada en la búsqueda de calidad de vida, bienestar colecti-

vo y el acceso a los servicios, esto revela una política para la justicia, igualdad e inclusión de los más humildes, fuera de la ideología neoliberal. Pero en el nivel regional persisten criterios políticos que alienan esa tendencia.

CONCLUSIONES

Las gobernaciones como instancia de dirección del aparato público estatal venezolano han sido favorecidas por el proceso de descentralización político-territorial, iniciado a finales de la década de los ochenta, esto ha permitido que se asuma el manejo directo de un conjunto de servicios, entre ellos los vinculados con el área social y particularmente los de salud. El estudio efectuado sobre la gestión de los servicios de salud en la gobernación del Zulia, ha permitido alcanzar un primer acercamiento a los rasgos que caracterizan la atención, la administración de personal, prestación del servicio y fuentes de financiamiento durante el periodo 2000-2007.

En este sentido, encontramos que se adelantan las diferentes estrategias de gestión: a) la promoción directa del Estado en el servicio de salud, como es el Programa "Barrio a Barrio"; b) fundaciones que actúan como organizaciones del tercer y cuarto sector, como la Unidad Docente Asistencial, Luis Sergio Pérez, la cual es básicamente una organización corporativa de médicos de Medicina Familiar, ubicada en el Estado Zulia, y c) empresa privada. La descentralización ha permitido la transferencia al tercer sector o a la empresa privada, para la

prestación del servicio, bajo el argumento de consolidar círculos virtuosos de asociación estratégica, para darle servicios de atención médica de calidad a la comunidad. El traspaso de competencias al sector salud se ha realizado, en el caso de las ONG, sin que medie ningún tipo de contrato, mientras que el caso de la empresa privada se realiza un contrato de gestión por periodos de tiempo. Esto demuestra que se esté frente a un proceso de descentralización privatizada, que tiene como propósito la reducción del tamaño del aparato del Estado en el nivel regional.

Con respecto a la administración de personal, cabe destacar que la selección advierte la presencia de rasgos tecnocráticos, basados en la selección mediante credenciales. Las estrategias que se encontraron reflejan la existencia de varios tipos: a) contratación temporal y b) contratación basada en las suministradoras de mano de obra, como lo es el *outsourcing*. Se evidencian diferencias entre las microempresas de salud y el sistema de *outsourcing*; en cuanto a las microempresas las mismas han sido creadas con el antiguo personal, las cuales funcionan sólo en el centro asistencial mencionado, y se escapan de la esfera del mercado, es decir, no funcionan en otros centros asistenciales; en el caso del *outsourcing*, se trata de pequeñas y medianas empresas que prestan sus servicios no sólo en los centros asistenciales sino que operan en el ámbito mercantil; con esto lo que se quiere indicar es que las mismas prestan sus

servicios a otras empresas y entes del estado regional.

Los hallazgos registrados dan cuenta de la aplicación de diversas estrategias en la contratación del personal, donde prevalece el proceso de flexibilización y precarización de las relaciones laborales que atentan contra la protección del trabajador y sus derechos, tal como aparecen especificados en la Ley Orgánica del Trabajo. Esto da una idea sobre la afectación de las relaciones laborales, en virtud de los criterios con que se maneja la contratación, la cual ha desencasado progresivamente en la forma de la contratación temporal de los empleados, en detrimento de sus derechos individuales, o a través de la modalidad de contratación, recurriendo a suministradoras de mano de obra en donde ocurre la transformación de los profesionales de la salud en microempresarios.

Con respecto a la prestación del servicio, en la generalidad de los casos la política de salud está vinculada con acciones de tipo curativo, en contraposición a la atención primaria de salud. En relación con las fuentes de financiamiento, se registran los aportes provenientes directamente del gobierno regional, para los casos del Programa “Barrio a Barrio” y los denominados Nuevos Modelos de Gestión. Hay un intento de desmontaje de la relación a la figura usuario-cliente impuesta a raíz del proceso de descentralización, en la cual se cobra al paciente de manera directa o indirecta por los servicios.

NOTAS

- ¹ La actual Constitución de Venezuela, aprobada en referéndum nacional constituyente el 15 de diciembre de 1999 y promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente cinco días después, establece que Venezuela es un estado social de derecho y de justicia, democrático y federal. La República Bolivariana de Venezuela abarca un área total de 916.445 km², distribuidos entre su territorio continental, la isla de Margarita y las dependencias federales, con su punto más álgido representado en la isla de Aves, por lo que ejerce soberanía sobre 860 000 km² del mar Caribe bajo el concepto de Zona Económica Exclusiva.
- ² De los tres estados que solicitaron la transferencia del servicio de salud se encuentran Zulia, Carabobo y Aragua.
- ³ Manuel Rosales gana las elecciones de gobernador del año 2000, con un total de 325 733 votos válidos (51,44%), apoyado por varias agrupaciones políticas: UNT, OFI, SI, IPCN, MIN, MOV20, CONSTRUYENDO, APD (CNE, s/f).
- ⁴ Hay violación del artículo 5, párrafo único, del Reglamento de funcionamiento de las ONG, pues se establece que éstas administran los bienes muebles, inmuebles y equipos, previo levantamiento del acta de transferencia con la Gobernación del Estado Zulia, manteniendo ésta, los derechos sobre los bienes...los cuales no podrán ser desincorporados, comprometidos, gravados o enajenados, ni destinados a un fin distinto a la prestación del servicio en el establecimiento de salud (Gobernación del Estado Zulia, 2003).
- ⁵ La Medicina Familiar es, según Iturbe (1986: 4), “una disciplina esencialmente dirigida al ejercicio de la atención primaria de buena calidad, con base en médicos especialmente capacitados por medio de cursos de postgrado”.
- ⁶ Organización corporativa liderada por médicos que defienden la Medicina Familiar.
- ⁷ “El tercer sector está formado por aquellas entidades de carácter voluntario surgidas de la libre iniciativa ciudadana y regidas en forma autónoma, que se dedican a la producción de bienes y/o servicios con un objetivo de utilidad social...” (Richer y Ortiz, 1998: 181). Las organizaciones sin fines de lucro son el vivo ejemplo de éste sector.
- ⁸ El término connota aquí autofinanciamiento.
- ⁹ Decreto 115, de fecha 01 de octubre de 2003, publicado en la *Gaceta Oficial Extraordinaria*, núm. 783.
- ¹⁰ Organismo Rector de la Política Social de la Gobernación del Estado Zulia que garantiza los programas sociales; a partir de estrategias de coordinación y cooperación con organismos públicos y privados, estimulando la organización y participación comunitaria; con la finalidad de equiparar las oportunidades de acceso de la población a los programas y servicios sociales, en especial aquella que por razones de edad, condición, género y etnia, es excluida de la red formal de atención social (Gobernación del Zulia, 2006).
- ¹¹ Esta inversión representó 25 258 813.95 dólares, calculados a 2.150 Bs. El cálculo se realizó con el bolívar viejo por ser la denominación en la cual se hizo la inversión.

¹² La flexibilización tiene distintos enfoques y características, lo que ha hecho que su conceptualización tenga varias acepciones y valoraciones posibles, convirtiendo el término flexibilización en polisémico, en ocasiones difuso y/o sino confuso. La referencia de la flexibilización laboral es entendida en sentido estricto, de acuerdo a las palabras de Albizu (1997: 17-18), como “la gestión flexible de los recursos humanos”.

¹³ El derecho a la huelga tiene limitaciones en el derecho venezolano y particularmente en el sector salud, pues los trabajadores en conflicto, aún declarada la huelga, están obligados a continuar trabajando en servicios que sean indispensables para la salud de la población. Por lo que no se da la violación del derecho a la huelga sino que se afecta el ejercicio de tal derecho.

¹⁴ Los hospitales de especialidades no fueron considerados para ser incorporados a este modelo.

BIBLIOGRAFÍA

Abad, José (1999), *Estudio de los niveles de atención de salud en Venezuela*, Caracas, Venezuela, Ediciones y Publicaciones del Vicerrectorado Académico de la Universidad Central de Venezuela.

Arias, Fidias G. (2004), *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*, 4ª Edición, Caracas, Venezuela, Editorial Episteme.

Albizu, Eneka (1997), *Flexibilidad laboral y gestión de los recursos humanos*, Barcelona, Ariel.

Asamblea Nacional Constituyente (2000), *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*, Gaceta Oficial núm. 5.453, 24 de marzo de 2000.

Consejo Legislativo del Estado Zulia (2003), *Decreto de la Constitución del Estado Zulia*, Gaceta Oficial núm. 772, 13 de agosto de 2003.

Consejo Nacional Electoral (2006), *Resultados electorales*, en <http://www.cne.gob.ve/>; 8 de agosto de 2006.

Consejo Nacional Electoral (s/f), *Cuadro comparativo-gobernadores electos por entidad. Elecciones 1989-1992-1995-198-2000*, en <http://www.cne.gob.ve/>; 8 de agosto de 2006.

Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado (COPRE) (1988), *La Reforma del Estado. Proyecto de Reforma Integral del Estado*, vol. I, Caracas.

Cursio, Pascualina (1999), “La salud: ¿espacio público o privado?”, en *Cuadernos del Cendes*, núm. 42, Caracas, Universidad Central de Venezuela, pp. 25-44.

Del Rosario, Helia (1999), “Descentralización de los servicios sociales: la búsqueda de una nueva articulación institucional”, en Álvarez, Lourdes; Del Rosario, Helia y Robles, Jesús (Coord.), *Política social: exclusión y equidad en Venezuela durante los años noventa*, FONVIS, CENDES. ILDIS, Nueva Sociedad, pp. 179-187.

Ermida, Oscar (1999), “Globalización y relaciones laborales” en *Revista venezolana de gerencia*, año 4, núm. 9, Venezuela, Universidad del Zulia, pp. 135-148.

- Feo, Oscar y Pasqualina Curcio (2004), "La salud en el proceso constituyente venezolano" en *Revista cubana salud pública*, vol. 30, núm. 2, en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>; agosto de 2006.
- Gardeazábal, Helena (Coord.) (2005), *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo-Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- Gobernación del Estado Zulia (2003), "Decreto 115, mediante el cual se decreta el reglamento interno de funcionamiento de las Organizaciones No gubernamentales en los nuevos modelos de gestión hospitalaria", *Gaceta oficial extraordinaria*, núm. 783, 01 de octubre de 2003.
- Gobernación del Estado Zulia (2006), *Barrio a Barrio*, en www.gobernaciondelzulia.gov.ve/detalle.asp?id=72&plantilla=8; 18 de septiembre de 2006.
- Guerrero, Omar (2004), *La Nueva gerencia pública*, México, Fontamara.
- Iranzo, Consuelo y Jacquelin Richter (2006), *La subcontratación laboral. Bomba de tiempo contra la paz social*, Caracas, CENDES.
- Iturbe, Pedro (1986), "La medicina familiar en la planificación nacional de la salud", en *Revista Internacional de Medicina Familiar*, Maracaibo, Centro Internacional de Medicina Familiar.
- Laurell, Asa Cristina (2000), "Globalización, políticas neoliberales y salud", en Briceño, R. De Souza Minayo, M. Y. Coimbra, C (coord.), *Salud y equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales*, Caracas, Editora FIOCRUZ.
- Lucena, Héctor (2004), *Relaciones de trabajo en el nuevo siglo*, Caracas, Fondo Editorial Tropykos.
- Maingón, Thaís, Yolanda D'Elia y Tito Lacruz, (2004), "Aspectos críticos de la política social actual", en *Informe social*, núm. 9 del ILDIS, Caracas.
- Mascareño, Carlos (1996), *Gestión y gerencia en las gobernaciones venezolanas*, Caracas, CENDES.
- Mirabal, Iván (2005), "Zonas fronterizas del derecho del trabajo", en *Derecho del Trabajo*, núm. 1, Venezuela, Fundación Universitas, Barquisimeto.
- Ochoa, Haydée e Isabel Rodríguez (2001), "Descentralización y privatización de la salud en Venezuela. Estudio de un caso", en *Tendencia*, vol. II, núm. 2, Pasto, Colombia, pp. 65-88.
- Oficina Central de Presupuesto (OCEPRE) (2001), *Leyes de presupuesto de los estados*, Caracas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978), *Alma Ata. Atención primaria de salud. Salud para todos*, núm. 1 Boletín, Washington, D.C. Estados Unidos.
- OPS/OMS (1978), *Salud para todos en el año 2000*, Plan de acción para la instrumentalización de las estrategias regionales, Washington, D.C Estados Unidos.
- Paz, Johnny (2006), *Modernización administrativa de la gobernación del Estado Zulia*,

en el periodo 2000–2004, Trabajo especial de grado para optar al título de sociólogo, LUZ.

Pereira Almao, Valia (2006), *Notas de clases sobre tipos de investigación del doctorado en Ciencias Sociales mención Gerencia*, III Cohorte, Maracaibo, LUZ.

Pérez, Auristela y María Helena Jaén (1993), “Descentralización de la salud: por una atención de calidad”, en De la Cruz, Rafael (coord.), *Descentralización, gobernabilidad, democracia*, Caracas, COPRE; PNUD, Nueva Sociedad.

Richer, Madelein y Egdar Ortiz (1998), “Las organizaciones del tercer sector en el campo de la salud: el caso de Maracaibo” en *Revista Venezolana de Ciencias Sociales*, vol. 2, núms. 1 y 2, UNERMB, pp. 179-200.

Rincón, María Teresa (2004), *Modelos de gestión de los servicios de salud promovidos por las gobernaciones venezolanas (1989-2003)*, Trabajo final del programa de investigador novel (CEE-LUZ-FONACIT).

Rodríguez, Gilberto (1999), *Lineamientos político-estratégicos en salud*, Caracas, MSDS.

Rodríguez, Isabel y Jorge Pérez (1996), “Descentralización, participación y democrati-

zación: el marco político para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud”, en *Cuestiones Políticas*, núm. 17, Maracaibo, Universidad del Zulia, pp. 61-83.

Rosales, Manuel (1999), *Un nuevo tiempo para el Zulia. Estrategias de gobierno*, Documento.

Velázquez, Andrés (2003), “El proceso de descentralización en Venezuela: 1994-1998”, en *Revista FACES*, año 12, núm. 23, Venezuela, Universidad de Carabobo.

Zárraga, Pedro (2001), *20 experiencias exitosas en gestión de salud pública*, Caracas, Fundación Polar.

ENTREVISTAS

José Manuel Chirinos (2006), *Analista de programas y proyectos*, Fundación de Estado para la modernización de las administraciones públicas, Maracaibo, entrevista realizada por Johnny Paz.

Edith Pirela (2006), Adscrita nominalmente al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y de adscripción funcional al Sistema Regional de Salud, Maracaibo, entrevista realizada por Johnny Paz.