

Grupo de Investigación Estudios de Fronteras (ESFERA)
Centro de Investigación para el Desarrollo Social y Cultural.
Inprosisistemas del Norte, Colombia.
Acuerdo de cooperación Centro de Estudios de la Empresa (CEE)
de la Universidad Del Zulia (LUZ) Venezuela
y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Social y Cultural (CIDESC)
de Inprosisistemas del Norte, Colombia.



Gestión de servicios de salud



María Teresa Rincón Becerra
Isabel Rodríguez Colmenares
Modesto Eloi Graterol Rivas
Miguel Altuve Sequera
Madelein Arellano Rodríguez
Carlos Hernando Garicano Soto
Elena Suarez Capote
Irene Kunath Barrientos
Juan Diego Hernández Lalinde

Marcos Rodrigo Cerda Carrasco
María Inés Mendoza Bernal
Myriam Cecilia Wilches Durán
Nelson José Labarca Ferrer
Rosemily Graterol Silva
Sandra Yaneth Wilches Durán
Tomás Wilches Bonilla

Gestión de servicios de salud

Gestión de servicios de salud



María Teresa Rincón Becerra, Isabel Rodríguez Colmenares,
Modesto Eloi Graterol Rivas, Miguel Altuve Sequera,
Madelein Arellano Rodríguez, Carlos Hernando Garicano Soto,
Elena Suárez Capote, Irene Kunath Barrientos,
Juan Diego Hernández Lalinde, Marcos Rodrigo Cerda Carrasco,
María Inés Mendoza Bernal, Myriam Cecilia Wilches Durán,
Nelson José Labarca Ferrer, Rosemily Graterol Silva,
Sandra Yaneth Wilches Durán, Tomás Wilches Bonilla

Gestión de servicios de salud

Grupo de investigación: Estudios de Fronteras (ESFERA), Centro de Investigación para el Desarrollo Social y Cultural (CIDESC). Inprosisistemas del Norte, Colombia. Acuerdo de cooperación Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Universidad del Zulia (LUZ) Venezuela y el Centro de Investigación para el Desarrollo Social y Cultural (CIDESC) de Inprosisistemas del Norte, Colombia. Libro producto del proyecto de investigación titulado: Planificación, gestión y políticas públicas y privadas en contextos de fronteras.

Fecha de inicio: julio de 2014. Fecha de finalización: diciembre de 2017.

ISBN 978-980-402-231-9

Depósito legal ZU2017000109

©María Teresa Rincón Becerra, ©Isabel Rodríguez Colmenares, ©Modesto Eloi Graterol Rivas, ©Miguel Altuve Sequera, ©Madelein Arellano Rodríguez, ©Carlos Hernando Garicano Soto, ©Elena Suárez Capote, ©Irene Kunath Barrientos, ©Juan Diego Hernández Lalinde, ©Marcos Rodrigo Cerda Carrasco, ©María Inés Mendoza Bernal, ©Myriam Cecilia Wilches Durán, ©Nelson José Labarca Ferrer, ©Rosemily Virginia Graterol Silva, ©Sandra Yaneth Wilches Durán, ©Tomás Wilches Bonilla.

Diciembre de 2017 Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema recuperable o transmitida en medios electrónicos, mecánicos, fotocopias, grabaciones u otros, sin la previa autorización por escrito de la Universidad del Zulia. Los conceptos expresados en este documento son responsabilidad exclusiva del/os autor/es. Esta obra cumple con el requisito de evaluación por dos pares de expertos y depósito legal.

Diseño e ilustración de portada y contraportada: Eddy Enrique Barrios Boscán.

Diagramación e impresión:

Ediciones Astro Data, S.A. (edicionesastrodata@gmail.com)

Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela

Gestión de servicios de salud. / Rincón Becerra, M.T.; Rodríguez Colmenares, I.; Graterol Rivas, M.E.; Altuve Sequera, M.; Arellano Rodríguez, M.; Garicano Soto, C.H.; Suarez Capote, E.; Kunath Barrientos, I.; Hernández Lalinde, J.D.; Cerda Carrasco, M.R.; Mendoza Bernal, M.I.; Wilches Durán, M.C.; Labarca Ferrer, N.J.; Graterol Silva, R.V.; Wilches Durán, S.Y.; Wilches Bonilla, T. Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela . 2017. 152 p. 15,5 × 22,5 cm.

ISBN 978-980-402-231-9 / Depósito legal ZU2017000109

Palabras clave: Gestión de salud, gobernaciones, descentralización.

Clasificación DEWEY : 300. 2017. 1a ed.

Universidad del Zulia - Sistema de Bibliotecas.

Publicaciones Científicas

Universidad del Zulia

www.luz.edu.ve - www.fc.es.luz.edu.ve/cee/

<http://www.fc.es.luz.edu.ve/cee/index.php/principios-del-cee/i-estructura-organizativa>

Yorberth Yannedy Montes de Oca Rojas

montesdeoca_yorberth@fc.es.luz.edu

+582614127639

Centro de Estudios de la Empresa, Edificio de Investigaciones Económicas "Gastón Parra Luzardo".

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Núcleo Humanístico. Ciudad Universitaria.

Av. 16 (Guajira). Apartado de Correo 1540. Maracaibo. Estado Zulia.

República Bolivariana de Venezuela.



Universidad del Zulia

Rector

PhD. Jorge Palencia Piña

Vicerrectora Académica

PhD. Judith Aular de Durán

Vicerrector Administrativo

PhD. Jesús Salón Crespo

Secretaria

PhD. Marlene Primera Galué

Coordinador-Secretario

del Consejo de Desarrollo Científico,
Humanístico y Tecnológico (CONDES)

PhD. Gilberto Vizcaíno

Comité Académico y Científico

PhD. Cecilia Socorro
(Universidad del Zulia, Venezuela)

PhD. Johann Enrique Pirela Morillo
(Universidad de la Salle, Colombia)

PhD. Manuel Velasco Pernía
(Universidad Central, Venezuela)

PhD. Yasmile Navarro
(Universidad del Zulia, Venezuela)

PhD. Adreana Morón Vásquez
(Universidad del Zulia, Venezuela)

PhD. Francisco Mustieles
(Universidad de las Américas, UDLAP, México)

PhD. Armando J. Urdaneta Montiel
(Universidad Nacional Experimental
Rafael María Baralt, Venezuela)

PhD. Nancy Rivas de Prado
(Universidad de los Andes, Venezuela)

PhD. Rogelio Corbacho
(Fundación FIVE, España)

Contenido

Resumen	11
Introducción	13
Capítulo I	
Breve historia de la descentralización de la salud en Venezuela	19
1. Regionalización: antecedente de la descentralización	19
2. Descentralización en los noventa: 1989-1999	24
3. Tendencias en salud: 1999-2005	29
Capítulo II	
Descentralización en Venezuela	35
1. Aproximación terminológica: al término “descentralización”	35
2. Perspectivas de análisis de la descentralización	37
3. Consideraciones en torno a la descentralización en Venezuela	39
3.1. Base jurídica de la descentralización	43
3.2. Descentralización de la salud	49
Capítulo III	
Gestión del aparato público: aproximación teórica	55
3.1. Rasgos del modelo weberiano	55
3.1.1. Generalidad de la burocracia	55
3.1.2. Capitalismo: modelo económico en el que se inserta la burocracia	57

3.1.3. Toma de decisiones	58
3.1.4. Administración de personal	59
3.1.5. El control	60
3.1.6. Prestación y financiamiento	61
3.2. Rasgos del modelo burocrático populista	62
3.2.1. Generalidad del modelo burocrático populista ...	62
3.2.2. Sustitución de importaciones: modelo económico que marcó lo burocrático populista	63
3.2.3. Toma de decisiones	64
3.2.4. Administración de personal	65
3.2.5. El control	67
3.2.6. Prestación y financiamiento.....	67
3.3. Rasgos del modelo tecnocrático	68
3.3.1. Generalidad de la tecnocracia.....	68
3.3.2. Modelo económico: economía de mercado	69
3.3.3. Toma de decisiones	69
3.3.4. Administración de personal	71
3.3.5. El control de gestión	72
3.3.6. Prestación y financiamiento de servicios.....	72
3.4. Rasgos de la nueva gestión pública	74
3.4.1. Generalidad de la nueva gestión pública	74
3.4.2. Modelo económico: neoliberalismo	76
3.4.3. Toma de decisiones	76
3.4.4. Administración de personal	77
3.4.5. El control	79
3.4.6. Prestación y financiamiento	81

Capítulo IV

Gestión de la salud en la Gobernación del Estado Zulia

(2000-2005)..... 86

1. Descentralización de la salud en el estado Zulia: 1989-2000. 86

2. Tercerización y gratuidad en los servicios de salud:
2000-2005..... 99

Conclusiones..... 137

Referencias..... 141

Índice de cuadros

Cuadro 1. Rasgos comparativos de los modelos de gestión...	83
Cuadro 2. Establecimientos de salud bajo el viejo y el nuevo modelo de gestión	122
Cuadro 3. De hospitales a centros hospitalarios.....	123
Cuadro 4. De ambulatorios a centros clínicos.....	124
Cuadro 4. Principales acciones en salud por parte de los Gobernadores del Estado Zulia, raíz de la descentralización ..	131
Cuadro 5. Gestión de la salud promovida por la Gobernación del Zulia (2000-2005).....	134

GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

*María Teresa Rincón, Isabel Rodríguez Colmenares,
Modesto Eloi Graterol Rivas, Miguel Altuve Sequera,
Madelein Arellano Rodríguez, Carlos Hernando Garicano Soto,
Elena Suárez Capote, Irene Kunath Barrientos,
Juan Diego Hernández Lalinde, Marcos Rodrigo Cerda Carrasco,
María Inés Mendoza Bernal, Myriam Cecilia Wilches Duran,
Nelson José Labarca Ferrer, Rosemily Graterol Silva,
Sandra Yaneth Wilches Duran, Tomás Wilches Bonilla*

Resumen

A finales de la década de los noventa se gesta un proceso de Reforma del Estado, cuyo eje principal fue la descentralización. Este trabajo tuvo como objetivo explorar la gestión de los servicios de salud promovidos por la Gobernación del estado Zulia, durante el período comprendido entre 2000 y 2005. La investigación fue de tipo exploratoria, descriptiva, documental y de campo; se fundamentó en documentos y entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes clave. Se exploran tres casos de la gobernación: la unidad docente asistencial Luis Sergio Pérez, el programa Barrio a Barrio y el denominado nuevo modelo de gestión de salud. Los resultados dan cuenta de: a) procesos de toma de decisión centralizados; b) subcontratación de personal que impone la flexibilización y precarización laboral; c) transferencia del servicio al sector privado y ONG'S; d) control por resultado y proceso de trabajo; e) gratuidad de los servicios; f) predominio de atención curativa; g) cooptación por parte del estado de la participación ciudadana en la prestación de los servicios de salud. Se concluye que se avanza en un proceso de descentralización privatizado de los servicios de salud, en contraposición a los preceptos Constitucionales.

Palabras clave: Gestión de salud, gobernaciones, descentralización, Zulia.

Introducción

El proceso de descentralización iniciado en Venezuela 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.

En el sector salud el proceso de descentralización asume dos vertientes, una de tipo administrativa, afincada en la reforma administrativa del Estado y otra de tipo político, "... que tiene que ver con la misión y visión futura del sistema de salud y con la distribución del poder que implica dicha reforma" (Capriles y col., 2001: 17). En el primero de los casos la elección de los gobernadores de estado es directa, con lo cual se sustituyó el sistema de designación por parte del Presidente de la República, o de las filas del partido político y/o grupos que lo llevaban al poder; mediante esta nueva modalidad se abre la posibilidad de que los gobiernos sean políticamente diferentes al central. En segundo lugar, el traslado de competencias, algunas de modo exclusivo (las vinculadas directamente con la economía: puertos, aeropuertos, vialidad, puentes) y las concurrentes, compartidas con otros niveles del aparato estatal (las de tipo social), del gobierno nacional, de las gobernaciones o del gobierno de los estados, son instancias intermedias entre el poder nacional y el municipal, las cuales pasan a tener importancia significativa con este proceso. Entre las competencias concurrentes que asumen las gobernaciones se

encuentra el servicio de salud, hasta entonces desarrollado bajo la responsabilidad del gobierno central, convirtiéndose en una competencia solicitada desde los inicios del proceso por la mayoría de las gobernaciones (Ochoa y col., 2005).

La descentralización de la salud fue la primera que solicitaron los gobernadores de estado, mientras que otros gobernantes se quedaron aletargados en el tiempo y privilegiaron el viejo sistema tradicional centralizado por el gobierno nacional. En los casos que solicitaron la transferencia, se les adjudicaron competencias que se encontraban en poder del entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) o de los Institutos Autónomos que estaban adscritos a dicho organismo.

Considera Díaz (2001), que el motivo por el cual la salud se constituyó en una de las principales competencias solicitadas por los recién electos gobernadores, vino dada por la creciente demanda de servicios por parte de la población empobrecida y por el excesivo burocratismo ineficiente y el autoritarismo asumido por el gobierno central.

Los estados "... fueron adoptando decisiones organizacionales y administrativas que les llevaron a la construcción de fundaciones, corporaciones o institutos autónomos de salud" (Feo y Díaz, 2001: 95) e incluso crearon secretarías. Esta diversidad de formas organizativas estuvo aupada por la falta de rectorías del MSAS, en el diseño de lineamientos que le permitieran a los estados asumir de manera uniforme un estilo de organización, con personalidad jurídica uniforme para administrar los servicios de salud pública.

Esta diversidad de estilos de organización se comenzaron a vislumbrar a mediados de la década de los noventa, cuando se reconocía la existencia de avances en nuevos modelos de gestión de los servicios de salud en las entidades federales, dado que los estados se vieron en la necesidad de desarrollar capacidades gerenciales para ofertar un mejor servicio.

Con el desarrollo de distintas formas de gestión y de entrega de los servicios, las gobernaciones desarrollaron con cierto margen de experimentación nuevos modos de relación entre el Estado y la sociedad civil, y a su vez entre ésta última y los usuarios del servicio.

A nivel regional se copia el estilo de toma de decisiones centralizadas propias de la cúspide del poder, que desconocen los niveles de influencia de los grupos gremiales, sindicales y partidistas, cuyo nivel de participación e influjo afectan en la prestación del servicio. Se estimó que con la descentralización, se mejorarían los procesos de democratización; sin embargo, se ha dado poca cabida a la participación ciudadana en la planificación, ejecución, evaluación de los procesos y en las decisiones del sector salud.

Con la prestación de los servicios más cercanos a la población, se llegó a considerar que contribuirían a mejorar sus niveles de accesibilidad, disponibilidad e incluso sus condiciones de vida. La descentralización supuso mayores niveles de control, pero los mismos han estado enfocados hacia la rendición de cuentas, obviando su verdadero objetivo que está relacionado con los procesos de trabajo, tanto en la parte administrativa como asistencial; así como en el control de los resultados de la ejecución de la gestión subnacional.

Si bien la descentralización de los servicios de salud constituye un proceso- principalmente político-, en el cual los distintos actores pueden representar sus intereses de diferentes formas, hay indicadores que permiten medir se efectividad. Uno de estos, y quizá 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 observado que las diversas formas 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 inconformidad por parte de la comunidad que lo demanda y por parte de las autoridades nacionales.

La investigación propuesta busca, mediante la aplicación de la teoría de modelos de gestión del aparato público, dar explicaciones

sobre la forma como funcionan aspectos del sector salud que se encuentran interrelacionados entre sí como son: a) el proceso de toma de decisiones vinculado a funciones sustanciales y cotidianas de la operatividad de los centros asistenciales y de los programas sociales, decisiones que están relacionadas con la forma como se administra el personal y tienen que ver con el financiamiento y el funcionamiento total de cada uno de los centros asistenciales, constituyéndose en el eje articulador del funcionamiento; b) implementación de mecanismos de control aplicados a quienes lo administran, lo implementan y/o prestan el servicio. Estos procedimientos serán estudiados teniendo en cuenta a varios autores, que plantean diferentes modelos de gestión: burocrático weberiano (Weber, 2002); burocrático populista (Ochoa y col., 1996); tecnocrático (Ochoa, 1995; Guerrero, 2006; Machiavelli y Proulx, 2006) y la nueva gestión pública (CLAD, 1998).

Este trabajo tiene como objetivo general explorar la gestión de los servicios de salud promovidos por la gobernación del estado Zulia, durante el período 2000-2005, periodo en que se estimó se aplicara la estrategia de atención primaria de salud, no solo a nivel nacional sino también al subnacional. En virtud de ello, los objetivos específicos permitirán indagar lo relacionado con los procesos administrativos, tales como: toma de decisión, administración de personal, control, prestación y financiamiento del servicio de salud

Esta investigación, desde la perspectiva metodológica es cualitativa centrada en el estudio de caso. En las "...ciencias sociales, el estudio de caso consiste en un tratamiento global/holístico de un problema, contenido, proceso o fenómeno, en el que se centra todo el foco de atención investigativa, ya se trate de un individuo, grupo, organización, institución o pequeña comunidad" (Ander-Egg, 2003: 313). El estudio de caso como método trabaja durante un determinado tiempo, los factores que afectan una estructura en particular.

Según el nivel de profundidad esta investigación es descriptiva porque "evalúa, diagnostica hechos, procesos, relaciones de la realidad en diferentes ámbitos. Su base es esencialmente fáctica" (Peireira, 2006); y exploratoria en virtud de que pretende dar "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.” (Sabino, 2000: 62).

Arias (2004: 24) considera que “el diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. En atención al diseño, la investigación se clasifica en documental y de campo”.

La investigación documental se la define como, “... un proceso basado en la búsqueda, recuperación, 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” (Arias, 2004: 25).

La investigación de campo se conceptualiza 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” (Arias, 2004: 28).

Esta pesquisa se apoya en la aplicación de técnicas de recolección de información validada y reconocida, a través de la consulta de documentos oficiales que representen tanto el pasado reciente como el presente, y la información empírica pertinente, levantada mediante entrevistas abiertas a funcionarios de la gobernación.

Es necesario señalar que la realización de este trabajo presentó limitaciones a la hora de la recolección de información, ya que las autoridades competentes seleccionadas no fueron diligentes en el suministro de la misma.

Este trabajo está compuesto por cuatro capítulos: en el primero se realiza un recorrido histórico sobre la gestión de la salud en Venezuela, con el propósito de destacar la presencia de los rasgos administrativos seleccionados en el enfoque teórico; en el segundo se hacen unas reflexiones teóricas sobre los modelos, con especial énfasis en la toma de decisiones, administración de personal, control, prestación y

nanciamiento de servicios; en el tercer capítulo se realiza un recorrido teórico sobre la definición de descentralización y se presenta una visión parcial sobre la descentralización de la salud en Venezuela; en el último capítulo, se presenta una mirada a la realidad subnacional, a través del estudio de la gobernación del estado, este esfuerzo se realiza teniendo como propósito explorar la gestión de los servicios de salud, promovidos durante el gobierno de Manuel Rosales.

Breve historia de la descentralización de la salud en Venezuela

En esta parte del trabajo, se realiza un recorrido general sobre la administración de la salud pública en Venezuela. Se identifican tres períodos: el primero enmarcado en la regionalización (como antecedente de la descentralización); un segundo que abarca desde finales de los años setenta hasta la culminación de la década del noventa. Esta etapa enfrenta los vaivenes de la dinámica política y económica, se promueve una economía de mercado basada en la tesis neoliberal, que da paso a la reducción del Estado en el ejercicio de sus funciones, particularmente en el área social que da oportunidad al desarrollo de una política individualista, inequitativa, con altos costos para los pacientes. Y un tercer período que abarca desde finales de los noventa hasta nuestros días, donde el Estado realiza esfuerzos por implementar una política universalista, integral y gratuita que busca frenar los intentos de privatización que han ido tomando cuerpo en el contexto de la economía venezolana, con el propósito de alcanzar equidad y una mejor calidad de vida.

1. Regionalización: antecedente de la descentralización

El proceso de descentralización fue precedido por el intento de reforma conocido como la regionalización, la cual se constituyó en el primer intento para desconcentrar las competencias del Poder Nacional hacia las regiones por considerarlas con el nivel óptimo propio para tal fin

El renacimiento de las ideas de reforma administrativa del Estado venezolano, aflora en la etapa democrática, concretándose con la creación de CORDIPLAN y de la Comisión de Administración Pública (CAP). Otro paso, estuvo enmarcado en la creación de las corporaciones regionales de desarrollo, las cuales nacen como entes centralizados, pero con el propósito de propiciar la descentralización (Gutiérrez, 1997).

Bajo el primer gobierno de Rafael Caldera, se dicta el Decreto N° 72, sobre Regionalización¹ Administrativa, en el que se creaba un nivel administrativo intermedio entre los poderes nacionales y las entidades federales, formado por las regiones administrativas.

A “partir de 1969 se asume la estrategia de trabajar dentro de lo que se llamó entonces Administración para el Desarrollo, que concibe al Estado como un ente fundamental para promover el desarrollo económico y social por medio de la planificación, dando inicio a comienza una estrategia coherente de regionalización. El desarrollo regional se concibió como una política dirigida a impulsar el desarrollo de las regiones más atrasadas o deprimidas mediante el instrumento de la planificación. La propuesta de reforma de la Administración Pública era completa y abarcaba todos los ámbitos del gobierno, uno de ellos fue la política de regionalización” (González, s.f.).

Con el decreto de la regionalización se institucionalizó el proceso de desarrollo regional, para lo que fue indispensable delimitar las regiones administrativas y crear los órganos de planificación, promoción y desarrollo regional. La regionalización imponía el desarrollo de

1 Las bases para la regionalización fueron fundamentalmente la necesidad de lograr una nueva y mejor distribución geográfica de las funciones públicas, facilitar la coordinación y la planificación de las entidades públicas, uniformar las distintas zonas o administraciones regionales de los ministerios, institutos autónomos y empresas del estado, y coordinar con los estados y municipios el proceso de planificación del desarrollo (González, s.f.)

las regiones² al poder generar desconcentración del poder central hacia las regiones, “constituyéndose en la estrategia de transformación social para la modernización del Estado y mejora de la administración pública” (Ramírez, 2002: 341-342).

Resulta asimismo interesante destacar que la regionalización tuvo vigencia hasta: 1) que el Estado satisfizo las apetencias de las élites políticas, económicas y sociales a través de los ingresos fiscales provenientes de la renta petrolera, poniendo en evidencia su carácter proteccionista, que aunado a la crisis del modelo económico, hace que la regionalización colapse y sea imposible mantenerla; 2) no se logró alcanzar mayor impacto en la organización del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS); y 3) no se tuvo la fuerza para lograr en el orden administrativo la autonomía regional.

A mediados de la década del setenta Carlos Andrés Pérez gana las elecciones presidenciales para el período 1974- 1979. Esta fue la época conocida como la Venezuela Saudita debido a los altos ingresos petroleros durante esos años. Los precios del petróleo se dispararon a causa de la crisis en el Medio Oriente (1973), lo que trajo como consecuencia el aumento de los ingresos por este producto. Adicionalmente la deuda externa se incrementó en forma sustancial, el Estado invirtió en seguridad social, infraestructura y otras áreas. En este contexto, se diseña el proyecto La Gran Venezuela, “con el propósito de promover un nuevo modelo de acumulación, orientado hacia el mercado internacional, lo cual dio lugar a una gran expansión del aparato empresarial público” (Ochoa, 1996-1997: 179).

En este mismo contexto se originaron dos procesos en el sector salud, uno desde el Estado y otro desde el sector privado. Desde la perspectiva del aparato público, en 1974, se crean las comisionadurías generales de salud, las cuales se constituyeron en la máxima autoridad sanitaria de la entidad sustituyendo a los directores asistenciales de aquellas entidades, especialmente donde no habían

2 El país estaba dividido en las regiones Capital, Central, Los Llanos, Centro-Occidental, Zuliana, Los Andes, Nor-Oriental, Insular y Guayana.

formado los convenios de Servicios Cooperativos de Salud. Las funciones del Comisionado no era otra que la coordinación de las actividades asignadas por el poder central. Dos años después se reformulan las funciones de la Oficina de Establecimientos de Atención Médica, dándoles rango de Dirección, dependiendo directamente del Ministro, transformándolas en instrumentos de centralización y concentración del poder en relación a los servicios locales de salud (Copre, 1989: 130).

En 1985 se dicta el Reglamento de la Distritalización Sanitaria, constituyéndose en el documento mediante el cual se transfieren competencias y poder al nivel local de salud. Este reglamento otorgó jurisdicción sobre los servicios públicos y privados, asignándoles funciones de planificación, ejecución y supervisión de las actividades de salud realizadas por las unidades operativas. La ejecución de los planes y actividades del Distrito Sanitario se llevó a cabo en los establecimientos locales de salud, bien fuesen Hospitales I, II, III y IV; Ambulatorios I, II y III; y Ambulatorios Rurales I y II (Copre, 1989: 130 y 132).

Desde la óptica del sector privado se estimuló la asociación entre grupos médicos, que permitió la creación de nuevas instituciones en el área, como fueron los grandes hospitales de tipo empresarial; esto trajo como consecuencia el desplazamiento del sector público por parte del privado, lo que se demuestra en el incremento de camas de hospitalización por parte del sector privado; mientras en el público se afianzó la estructura sanitaria como espacio clientelar-partidista, que profundizó la corrupción administrativa.

El surgimiento de dichas instituciones tuvo una orientación lucrativa y en algunos casos financiados con el aval del gobierno nacional, esto evidencia una medicina privada de importantes proporciones. La tendencia de esta época estuvo orientada a delegar la responsabilidad que tiene el Estado en salud hacia el sector privado y los grupos familiares, hecho que se manifiesta en la acentuación de la estratificación social de los servicios, de tal forma que a cada clase social corresponde una forma de atención (Castellano, 1982).

Como se puede inferir, se produce un rápido pero silencioso proceso de privatización de la salud, disminuye progresivamente la construcción de infraestructura pública de salud y crece vertiginosamente una amplia red de clínicas y consultorios privados, lo que hace que se imponga un modelo individual-curativo de alto consumo tecnomédico; es decir, que se privilegia una profunda dependencia tecnológica con altos costos, lo que va en contra de la accesibilidad y de los programas preventivos.

Para 1984, asume la presidencia Jaime Lusinchi³, quien llega al poder respaldado por una abrumadora victoria electoral, quien en ese mismo año crea la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). Reforma que se inicia con un amplio proceso de consultas a distintos sectores de la sociedad, con el objeto de recoger sus opiniones y sugerencias, para emprender la descentralización, lográndose una amplia aceptación y respaldo de diversos grupos de opinión. A finales de 1985 comienzan a ser presentadas las distintas propuestas de reforma, con la finalidad de emprender dicho proceso, el cual contemplaba: Lineamientos generales de la política de descentralización territorial en Venezuela; reformas inmediatas del Poder Judicial y estrategias económicas generales.

En 1987 se firma el convenio entre la Universidad Rafael Urdaneta y la COPRE para la realización del proyecto de Ley de Transferencia de Competencia del Poder Nacional a los niveles subnacionales, particularmente a los estados, la cual fue aprobada a finales de los ochenta⁴.

3 Fue elegido en diciembre de 1983, pero se juramentó en febrero de 1984. Obtuvo 1.478.010 votos más que a su inmediato contendor, el ex presidente Caldera.

4 Desde los ochenta hasta inicios de los noventa, la trayectoria institucional de las gobernaciones en materia de salud, estuvo reducida a la mera acción de actuar en determinados momentos como simples centros de operaciones que debían cumplir las directrices emanadas del poder central, lo que evidenciaba la escasa autonomía por parte de ellas para ejercer funciones inherentes a cualquier tipo de servicio.

En Junio de ese mismo año se promulga la Ley del Sistema Nacional de Salud, cuyo organismo rector sería el MSAS⁵. Para la puesta en marcha de esta Ley, se firmaron una serie de convenios entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS); el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS); el Instituto de Previsión de Asistencia Social de la Fuerza Armada Nacional (IPASME) y las gobernaciones de los estados Anzoátegui, Bolívar, Mérida, Nueva Esparta, Trujillo y Zulia, con el objeto de constituir en cada estado una organización, que tuviese como objetivo realizar la coordinación y cooperación para la consolidación de los servicios de salud a nivel subnacional (Copre, 1989).

Es conveniente anotar que ésta ley muere al nacer, puesto que la misma no llegó efectivamente a implementarse. Adicionalmente, en este proceso se impone el discurso privatizador, puesto que se gesta en los hospitales y ambulatorios del país un modelo de gestión de coparticipación financiera, basado en la recuperación de fondos, cobros y colaboraciones para dar respuesta a las demandas de los servicios asistenciales. Se registró la creación de las fundaciones y asociaciones en los hospitales y ambulatorios del país que todavía existen, bajo el auspicio de los gobiernos regionales.

2. Descentralización en los noventa: 1989-1999

La segunda gestión de Carlos Andrés Pérez estuvo marcada por el intento de salir de la profunda crisis económica y fiscal que venía desarrollándose desde años anteriores, a través de un conjunto de políticas de liberación de la economía. Otros rasgos destacados fueron la agudización de la crisis social cuya manifestación más dramática ocurrió en febrero de 1989 y el avance de una crisis política que produjo, en 1993, la suspensión en el ejercicio de su cargo del Presidente de la República y su sustitución por uno nombrado por el Congreso Nacional para culminar el período. Fue también durante esta

5 Publicada en Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 33.745, de fecha 23 de junio.

segunda presidencia que comenzó el proceso de descentralización político-administrativa del país, dada la aprobación, en los últimos meses del gobierno del presidente Lusinchi, de las primeras reformas del Estado por parte del Congreso Nacional (Fundación Polar, 2006), que se emprendió con la creación de la COPRE.

El 5 de diciembre de 1993 se pone fin al bipartidismo que venía predominado desde los inicios de la democracia entre COPEI y Acción Democrática. Asume la presidencia Rafael Caldera, sin el apoyo de COPEI, su partido histórico y con el respaldo de lo que se llamó “el chiripero” (Convergencia, MAS, MEP, PCV, Notables, entre otros). En abril de 1996, lanza un programa de rectificaciones llamado Agenda Venezuela que, en concertación con los organismos multilaterales, propuso el incremento en los impuestos, suspensión de los controles de cambio y liberación de las tasas de interés. Estas medidas son radicalizadas cuando se decreta el aumento progresivo de los precios de la gasolina y el diesel; aumento del impuesto a las ventas del 12.5% al 16.5% para las ventas al mayor y del 22.5% al 30% para los bienes suntuarios; aumento progresivo de los servicios públicos; liberación total del control de cambios vigente desde 1994; incremento de las tasas de interés; protección para la banca; ampliación y profundización del proceso de privatización y liberación del control de precios (Fundación Polar, 2006).

Rafael Caldera, se opuso radicalmente al proceso de descentralización, sometiéndola a una descalificación permanente, actitud que manifiesta con la siguiente expresión: “Ni centralismo administrativo ni desintegración nacional”. Destacados especialistas en la materia, como Rafael de la Cruz, llegaron a reconocer que durante la gestión de Rafael Caldera la descentralización en vez de avanzar retrocedió.

Sin embargo, a pesar de ser crítico al proceso, Caldera en 1994 impulsa la estrategia de municipios saludables, mejor conocida como municipios hacia la salud⁶, propuesta nacional que tuvo como propó-

6 Este proyecto es la adaptación del proyecto Ciudades sanas que se realiza en Europa desde 1986. La Red se estableció para apoyar la comunicación y coordinación entre los municipios; permitir el intercambio y la comparación

sito formal priorizar el desarrollo humano sostenible, mejorar la salud del ambiente, aumentar la equidad en los servicios de salud, fortalecer los servicios de salud locales y promover los modos de vida saludables. Este programa enfatiza la participación comunitaria y la participación intersectorial con el fin general de establecer sistemas locales de salud autónomos para abordar los problemas identificados por la propia comunidad (Málaga y col., 1996).

Esta estrategia tuvo como objetivos: generar soluciones a problemas locales; promover políticas públicas saludables; aumentar la participación civil y comunitaria en el análisis, la priorización de problemas, en la definición de metas, estrategias y proyectos de salud; fortalecer el manejo local de los servicios de salud y promover la democratización del sistema de salud⁷. Si bien es cierto, esta estrategia no se formalizó, pero tampoco se sistematizó en la geografía nacional.

Para 1996, existían veintiocho municipios involucrados en esta estrategia, de los cuales sólo dieciocho estaban formalmente constituidos y registrados en la Red venezolana de municipios hacia salud, que se formó en 1995 en Zamora (estado Falcón) y representó una de las redes más desarrolladas de municipios saludables en América Latina (Málaga y col., 1996). Además de esta red existe otra en el estado Yaracuy, cuyo objetivo es establecer comunicación y coordinación entre los municipios; promover el crecimiento y desarrollo de los municipios saludables; y facilitar la difusión de la información acerca del movimiento de municipios saludables (Málaga y col., 1996). Este

de las experiencias del proyecto; la ampliación nacional de su boletín de la red bimensualmente; y divulgar los éxitos, las necesidades y las enseñanzas aprendidas en el nivel nacional e internacional. Las actividades de los miembros de la red se han centrado en la salud y el bienestar, los servicios básicos para los miembros de la comunidad y el desarrollo y organización de la comunidad (Málaga y col., 1996).

7 Desde 1996 Venezuela cuenta con una Red Nacional de Municipios Hacia la Salud y publica un boletín semestral para mantener a los alcaldes y al personal de otros sectores informados sobre las actividades (Málaga y col., 1996).

esfuerzo tan solo logra representar un escaso 5.3% de los municipios que constituyen la geografía nacional.

El municipio Zamora, ubicado en el estado Falcón, fue el primer municipio en adoptar esta estrategia, lo que condujo a los funcionarios locales a declarar 1995 como el año de salud en Zamora, centrándose en su promoción. Algunos de los éxitos iniciales constituyeron la construcción de un acueducto, brocales y aceras; así como actividades públicas enfocadas en la prevención de accidentes.

Para establecer el Plan de Acción de Zamora, el municipio efectuó una serie de reuniones en la comunidad y evaluaciones de necesidades basadas en una metodología sencilla pero rigurosa que se ha convertido en modelo para todas las actividades proyectadas posteriormente en el país (Málaga y col., 1996: 61-63).

Otro municipio saludable está ubicado en el estado Lara, la experiencia se inicia con el municipio Morán a solicitud del alcalde y un equipo de la OPS, así como con la participación de representantes del ministerio, quienes se reunieron con funcionarios locales en 1995 en el Tocuyo para tratar la incorporación de Morán en la estrategia. Después de reuniones y talleres, la comunidad priorizó el saneamiento básico como un área del proyecto. Además, los miembros de la comunidad insistieron en la necesidad de dar respuesta a problemas relacionados con: el abastecimiento de agua contaminados; la vivienda deficiente; la falta de oportunidades laborales, deficiencia de los servicios de educación de adultos y programas sociales (Málaga y col., 1996).

Por otro lado, con la descentralización se comenzó un proceso de ampliación y profundización de la privatización de los servicios públicos; sin embargo, al mismo tiempo se trabajaba en variadas experiencias relacionadas con modelos de gestión, que se pusieron en marcha bajo diversas orientaciones, pero que respondían en casi todos los casos a la necesidad perentoria de buscar respuestas a los problemas que se fueron presentando, como el déficit de recursos económicos, abriéndose espacio para la búsqueda de alternativas de fuentes de financiamiento

Más allá de la oferta de servicios de salud y de la modalidad organizacional adoptada en las entidades federales a raíz de la descentralización para la prestación de servicios, se hizo necesario establecer diferencias con respecto a las formas de la prestación y el financiamiento de los mismos. En torno a estos problemas se ha ido generando un consenso mínimo que sirvió para subsanar los problemas de la prestación y del financiamiento, relacionado con la búsqueda de la participación de organizaciones de la sociedad civil; así aparece la incorporación de organizaciones no gubernamentales, encargándose de aspectos públicos no estatales y las propiamente públicas, creadas por el propio Estado que van a actuar dependiendo de éste; como ejemplo se pueden citar a las fundaciones, las cuales persiguen el lucro como uno de sus propósitos fundamentales.

La adopción de la descentralización que tiene lugar en este período, fue asimilada como expresión del modelo tecnocrático, en vista de que se buscó la reducción del aparato del Estado, la eficiencia del gasto y el incremento en la calidad y productividad de los servicios por la vía del traslado hacia la sociedad civil de los mismos, lo que permitió la incorporación de otros actores y de la comunidad en el proceso de toma de decisiones mostrando un tenue proceso democratizador.

Para 1998⁸, asume la presidencia Hugo Chávez con promesas de cambiar la constitución de 1961 por medio de un proceso constituyente para formular una nueva Constitución y refundar la República con el propósito de poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo donde se fortalezca el sistema democrático. Chávez ganó las elecciones presidenciales con el 56% de los votos válidos, que representaban el 33% de la población electoral (CNE, 2006). Esto equivalió, para esa fecha, a la votación porcentual más alta de los anteriores cuarenta años en Venezuela.

8 Ese año el Congreso de la República aprueba la Ley Orgánica de Salud (1998), publicada en la Gaceta Oficial No. 36.579 de fecha 11 de noviembre. Esta ley imponía un régimen privatizador, es decir, establecía un tipo de aseguramiento con las empresas administradoras de los fondos de salud, tanto públicas como privadas prestadoras de los servicios de salud.

3. Tendencias en salud: 1999-2005

Apenas iniciado el gobierno en 1999, Chávez solicitó al Parlamento una serie de poderes especiales en el área de la economía para sanear las finanzas públicas y luchar contra la pobreza. En agosto, la Constituyente declara por decreto el estado de emergencia, y se otorga el poder para intervenir e incluso disolver otros órganos del Estado, la Asamblea disuelve el sistema judicial y el Parlamento, a finales de ese año, mediante referéndum consultivo⁹ se aprueba la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con un alto contenido social. Se considera que la participación es fundamental en la construcción del nuevo orden social, donde el Estado tiene como centro de acción al individuo. Se oriente a la sociedad hacia un desarrollo social y humano sostenible con un ejercicio democrático, amplio y profundo con una sociedad civil organizada y participativa. Para hacer efectiva la promoción de la salud se requiere integrarla a los componentes de la atención en un marco conceptual y metodológico definido por el MSDS, asegurando una estructura operativa que contemple, entre otros elementos, la formación del capital humano, coordinación intersectorial e intergubernamental, así como el establecimiento de indicadores de procesos, de resultados e impacto que permitan monitorear y evaluar la gestión (MSDS, 2001).

En la estructura del MSDS propuesta en 1999, se delinea de manera formal la promoción de la salud y el desarrollo social, los cuales constituyen un eje prioritario que atraviesa todas las acciones, su operacionalización se realiza mediante la ejecución del Modelo de Atención Integral en el ámbito de los servicios locales de salud, apoyándose en la descentralización, desconcentración y en la participación social; esta última es considerada como un proceso dinámico donde las organizaciones sociales participan activamente en la identificación, análisis, diseño y puesta en marcha de soluciones. En este sen-

9 Con una abstención del 55% (CNE, 2006).

tido, gobierno y sociedad mantienen vínculos de corresponsabilidad en el marco de la autonomía, el consenso y la equidad (MSDS, 2001).

El MSDS se planteó como prioridad la reestructuración del nivel central a través de la aplicación de un modelo de atención integral¹⁰ a la población y a la creación de un sistema público nacional de salud. Al mismo tiempo, se busca trascender la parte médica de la salud orientando las acciones en el ámbito nacional hacia el desarrollo social.

Con fundamento en lo anteriormente planteado se planifica a partir del año 2000 la atención integral en los servicios de la red ambulatoria como parte sustantiva del modelo de atención de salud, para vigorizar los programas, con el objetivo de fortalecer la capacidad resolutoria de dichos servicios, estimulando y procurando una mayor participación de la población.

La atención integral es entendida como una forma de organización del sistema de salud, orientado a satisfacer las demandas y necesidades de la población. Todo lo anterior se realiza gracias al diseño y a la ejecución de procesos administrativos, que requieren la presencia de mecanismos organizativos y administrativos de tal forma que permitan articular los recursos humanos y financieros teniendo en cuenta la capacidad física de infraestructura y tecnologías instaladas (MSDS, 2001); igualmente se busca que sean capaces de emprender la transformación del sector, con la meta de maximizar la eficiencia, la calidad, la universalidad, la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida del ser humano.

El modelo de atención integral de salud comprende: las políticas y estrategias de la organización sanitaria, la concepción que se tiene de la salud-enfermedad en la población, identificar la importancia que

10 El modelo de atención integral tiene una primera experiencia en el Estado Aragua con el proceso de descentralización, cuando el gobierno regional decide darle prioridad a la salud y elevar la calidad de los servicios. Para darle sustento institucional se diseñaron políticas y estrategias dirigidas a enfrentar los problemas de salud del Estado (Rodríguez, 2000).

se le atribuye a los componentes de la salud-enfermedad, y precisar cómo participa la comunidad en el proceso sanitario (MSDS, 2001).

Partiendo de los supuestos anteriores, se plantean como objetivos del modelo de atención integral, entre otros, los siguientes: registrar el aseguramiento de los servicios de promoción, protección, atención y rehabilitación en términos oportunos y adecuados para toda la población; responder a las necesidades de salud de los grupos específicos de la población de acuerdo a su perfil epidemiológico; lograr que las comunidades se incorporen en forma organizada al sistema de salud; establecer normas para garantizar la calidad, equidad y estándares de servicios; adelantar planes de capacitación de los equipos regionales y locales de salud; y, garantizar la sustentabilidad del modelo utilizando mecanismos de negociación permanente dentro de un sistema intergubernamental, donde estén involucrados lo más altos niveles de decisión.

La implementación de la atención integral se apoya en la descentralización y desconcentración del Estado, promoviendo cambios profundos tanto a nivel local como nacional. La atención integral se incorpora en todos los servicios de la red ambulatoria, con la intención de fortalecer la capacidad resolutive; estimular la participación y desarrollar un plan nacional de capacitación, que potencie las habilidades y herramientas de todo el personal que labora en estos establecimientos de salud (MSDS, 2001).

Con este modelo se pretende fortalecer la red ambulatoria, encargada fundamentalmente de la atención primaria, lo que a su vez puede reflejar el incremento de una mayor atención, puesto que dicha estrategia intenta desarrollar actividades de promoción y prevención orientadas a la equidad y mejora de la calidad de vida. Adicional a ello se procura acercar los usuarios a las instituciones responsables de prestar el servicio, facilitando así el incremento en los niveles de accesibilidad al sistema de salud.

Sin embargo, este fue un modelo que no mostró resultados en pro de la salud de los ciudadanos. En virtud de ello, un grupo de médicos afectos al gobierno introducen la idea de revisar las políticas de

salud. Como resultado de ese estudio se propuso el proyecto de Ley de Salud y Sistema Público Nacional de Salud, la cual tuvo por objeto regir el Sistema Público Nacional de Salud integrando al Sistema de Seguridad Social, al Régimen Prestacional de Salud del Sistema de Seguridad Social y todo lo relacionado con la salud en el territorio nacional; sin embargo, a pesar de haber sido aprobada en la primera discusión hoy se enfrenta a grandes trabas políticas impuestas por los gobiernos regionales y gremios de médicos.

La imposibilidad de aprobar una nueva ley de salud condujo al gobierno nacional a implementar, a partir del año 2003, el programa Misión Barrio Adentro¹¹, bajo una estructura paralela, constituyéndose formalmente en un modelo de atención y de gestión fundamentado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de comunidades organizadas.

Esta es una iniciativa sin precedentes en Venezuela mediante la cual los sectores sociales más pobres disponen de asistencia ambulatoria en sus lugares de residencia. Este programa busca el ejercicio de la medicina bajo el principio que considera que el enfermo no es un cliente, sino un verdadero paciente.

La Misión Barrio Adentro nace como un plan que se desarrolló en varias fases. Primero, se realizó una etapa de experimentación entre abril y junio de 2003 que consistió en medir el impacto y el apoyo de las comunidades, la constitución de los primeros Comités de Salud, la adaptación de los médicos y médicas cubanas y la evaluación de las enfermedades más frecuentes en cada localidad. Esta fase piloto se desarrolló en el Municipio Libertador a través del Instituto

11 Nace bajo la dirección de una comisión presidencial conformada por Roger Capella, como presidente, y por ser Ministro de Salud y Desarrollo Social; Rafael Ramírez, Ministro de Energía y Minas, Alí Rodríguez Araque, Presidente de PDVSA, General de División Nelson Verde Graterol, Jefe del Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada, el Viceministro de Desarrollo Social, Alejandro Maya Silva, El Alcalde De Caracas Freddy Bernal, el Alcalde de Sucre, Pepe Rangel.

de Economía Local (IDEL) adscrito a la alcaldía de dicho municipio. La segunda fase –entre junio y agosto de 2003– consistió en la expansión del Plan Barrio Adentro hacia diversos estados del territorio nacional como Barinas, Trujillo, Lara, Vargas y Zulia. La tercera fase, que tuvo lugar entre septiembre y diciembre de 2003, consistió en la extensión masiva del plan hasta alcanzar todos los estados y el Distrito Capital, llegando a un total de 10.179 médicos y médicas en todo el territorio nacional. Cada profesional de la medicina realiza 26 actividades diarias que incluyen consultas, educación para la salud, actividades de preparación de líderes comunitarios, promoción de salud, visitas directas a pacientes enfermos, es decir, todo tipo de gestiones relacionadas con la salud integral de las 250 familias que están a su cargo (Barrio Adentro, 12/07-2004).

Con este modelo, la atención primaria se convierte en el eje de las políticas desarrolladas mediante actividades orientadas a mejorar la calidad de vida de los venezolanos empleando la solidaridad como la principal fortaleza del modelo; en virtud de ello, en el 2005 se dio inicio oficial a la Misión Barrio Adentro II, con la inauguración en todo el país de 30 Centros de Diagnóstico Integral (CDI) e igual número de Salas de Rehabilitación Integral (SRI). Los Centros de Diagnóstico Integral son establecimientos donde se brinda atención en salud del segundo nivel que garantiza asistencia médica de emergencia y estudios diagnósticos fundamentales las 24 horas del día. Estos centros están equipados con la tecnología necesaria para la realización de exámenes que revisten dificultad y que complementan los estudios practicados en los CDI. Se trata de procesos costosos que en este caso son ofrecidos de manera gratuita a los pacientes. Por cada lugar geográfico donde haya un centro diagnóstico, habrá un establecimiento con servicios de fisioterapia y rehabilitación con el fin de cubrir la gran demanda de quienes padecen algún tipo de discapacidad, sin costo alguno para los usuarios (Barrio Adentro, 2006).

Para ampliar dicha estrategia en salud, se inicia Barrio Adentro III, el cual tiene por objeto el fortalecimiento del tercer nivel de atención y forma parte del Sistema Público Nacional de Salud. Compre-

de la modernización de la red de hospitales públicos constituida por las entidades pertenecientes al Ministerio de Salud, gobernaciones, IVSS, PDVSA, sanidad militar e IPASME.

Esta Misión, según el Ministerio conjuga una visión integral que abarca modernización y actualización tecnológica hospitalaria; cambios del modelo de atención; reestructuración del modelo de gestión con el objetivo de potenciar la sinergia y la participación comunitaria como elemento central de la contraloría social consagrada en La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; y, construcción de nuevos hospitales para garantizar el acceso a la salud a todos los ciudadanos y transformar la condición de excluidos del subsistema de salud (Barrio Adentro, 2006).

Es preciso destacar, que a pesar de ser una misión social que intenta poner en práctica la atención primaria en salud, por el mandato del Alma Ata de 1978, es poco lo que puede referirse en materia de indicadores de salud, de registro de las estadísticas de dicha misión que no se conjugan con las llevadas a cabo por el departamento de Epidemiología del Ministerio. A pesar de ello, no hay que desestimar un programa que recién inicia y que sus avances podrán verse en un medio plazo.

La aplicación y puesta en práctica de esta política ha tomado diferentes matices como es el caso del estado Zulia donde se adelanta sin apoyo del gobierno regional, dadas la diferencias ideológicas y filosófica de gestión entre ambos gobiernos, pues su gobernador Manuel Rosales está enfocado hacia prácticas neoliberales que no se corresponden con las propuestas del modelo de desarrollo alternativo, con fuerte inclinación social que promueve el Presidente Chávez. (Paz, 2006). En otras palabras, el gobierno regional en franca oposición al gobierno central, ha desarrollado un programa alternativo como ha sido el Barrio a Barrio, igualmente de atención en salud (Paz, 2006).

Descentralización en Venezuela

Este capítulo tiene como propósito hacer un repaso general sobre el empleo del término descentralización y sus tipos, para luego abordar tres alternativas de análisis del proceso, y por último realizar una consideración general sobre el proceso de descentralización en Venezuela, con especial énfasis en lo normativo y la transferencia del servicio de salud a los niveles subnacionales.

1. Aproximación terminológica: al término “descentralización”

La descentralización puede ser entendida como la transferencia de responsabilidades en la planificación, gestión, obtención y distribución de recursos, desde el gobierno central y sus organismos hacia las unidades en el terreno de organismos gubernamentales, unidades o niveles subordinados del gobierno, autoridades o corporaciones públicas semiautónomas de mayor presencia, autoridades regionales o funcionales, u organizaciones no gubernamentales privadas y voluntarias (Rondinelli et col., 1983).

También se puede conceptualizar el término descentralización como “una situación en la cual los bienes y servicios públicos son provistos por el mercado, respondiendo a las preferencias manifiestas de los individuos; en otras palabras, la privatización puede ser vista como una forma de descentralización” (Di Gropello, 1999: 1).

Por su parte, la COPRE considera a la descentralización como uno de sus ejes primordiales entendiéndola, desde un punto de vista político, “... como un proceso político con expresión territorial e

institucional. Significa una redistribución territorial e institucional del poder (...) por lo que remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, y ser un poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia” (COPRE, 1988: 60)

Contrariamente a las definiciones anteriores, “Cuando se sostiene que una descentralización constituye el medio idóneo para promover el desarrollo local y aumentar la democratización, la participación y la justicia social, habría que demostrar (...) cómo una reorganización territorial de la administración del poder podría modificar aquellas tendencias que parecen congénitas al desarrollo capitalista (...) lo que una descentralización puede modificar es apenas la distribución territorial de la administración del poder en el ámbito de un determinado territorio nacional” (De Mattos, 1990: 196).

La descentralización, alude según las aproximaciones terminológicas presentadas anteriormente a tres posturas: una que induce a la privatización, la segunda relacionada con lo político, y la tercera que fija una postura crítica sobre dicho proceso

Concretamente en el caso venezolano, la descentralización presenta una triple tipología: política, territorial y administrativa (Lares, 1990).

La descentralización política consiste en que “el ente descentralizado puede dictar normas jurídicas válidas y puede también ejecutarlas. La facultad de emisión de normas, como las de darse su propio ordenamiento jurídico, está acompañada con la presencia de una hacienda o patrimonio propio y la de responsabilizarse por ciertos servicios públicos o asuntos, además, designa o elige a sus autoridades” (Lares, 1990: 525).

La descentralización territorial “consiste en reconocer personalidad jurídica a ciertas figuras regionales o locales, como competencia para dictar y ejecutar normas jurídicas válidas en sus respectivas jurisdicciones” (Lares, 1990: 525). Este tipo de descentralización la ejercen s.

En cuanto a la descentralización administrativa o funcional, ésta se “confía al órgano descentralizado la función de ejecutar las normas jurídicas” (Lares, 1990: 526). Un ejemplo de ello lo constituyen los institutos autónomos.

A pesar de la tipología establecida por Lares, es necesario examinar las diversas posturas de análisis que ha asumido la descentralización como proceso.

2. Perspectivas de análisis de la descentralización

Carlos Haefner (2000) presenta tres concepciones ideológicas sobre descentralización: las neoliberales, neoestructuralistas y neomarxistas.

La corriente neoliberal examina si la reforma descentralizadora se intentó para aumentar la eficiencia global del sistema por medio del desmantelamiento de la regulación estatal, ya que el argumento principal (Mattos, 1990) es que, junto con el crecimiento demográfico y la aceleración de la urbanización, se llega a una inflación de demandas distributivas dirigidas al Estado; son las que van acompañadas de una incapacidad administrativa (incapacidad de ampliación eficiente del aparato burocrático), lo que conduce a una inflación regulativa (con deterioro concomitante de la calidad de los servicios) y se llega, así, a una crisis del presupuesto estatal.

Con referencia a la perspectiva neoestructuralista, se comprueba si efectivamente la reforma descentralizadora aumentó la efectividad del sistema por medio de la racionalización de la regulación estatal. Desde esta perspectiva hay que tener en cuenta que la crisis del Estado tiene dos dimensiones: crisis de endeudamiento externo y crisis de distribución y legitimidad interna. La crisis de endeudamiento limita los espacios hacia fuera y obliga al costoso proceso de ajuste; la crisis de distribución causa polarización socioeconómica que afecta más a algunas regiones que a otras. A partir de los paradigmas anteriores se puede inferir que el régimen pierde legitimidad y la presión política de la periferia sube, lo que ocasiona incapacidad de las

instituciones tradicionales de encarar los nuevos conflictos sociopolíticos. La incapacidad institucional se debe, en buena parte, a la sobre-centralización del Estado, lo que conduce a justificar la existencia de las estructuras centralizadas, las cuales se justifican por la creación del estado de bienestar y el proceso de modernización económica.

El enfoque neomarxistas, plantea que la descentralización es una respuesta que tiene por objetivo estabilizar el sistema frente a las tensiones provocadas por el ajuste económico, por la reproducción de la dominación política por medio de la privatización, por la modernización y por la fragmentación de la práctica política. Se argumenta que en la nueva fase de acumulación, los países dependientes viven fuertes presiones de ajuste, con una doble dinámica: por un lado, deben manejar la crisis de endeudamiento hacia fuera y la crisis presupuestal hacia adentro; por otro, se vuelven críticas las relaciones entre Estado y sociedad, pues los instrumentos de la intervención estatal se muestran insu cientes, irracionales o demasiados costosos.

Se puede colegir que la primera perspectiva busca el desmantelamiento de la regulación del Estado, la segunda se orienta a la búsqueda de la efectividad por medio de la regulación estatal, y en la última, se plantea la estabilidad del sistema frente a los ajustes económicos, los cuales trata de solucionar con la modernización del Estado; proceso que conlleva pérdidas de legitimidad y nuevas formas de articulación de intereses que, en parte, escapan al control del Estado.

A partir de las tres vertientes planteadas por Haefner (2000), en el caso venezolano se aplica el proceso de descentralización que asume una perspectiva neoliberal. Esta perspectiva estuvo auspiciada por la participación de organismos multilaterales como: el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); organismos que contribuyeron a la formulación de un conjunto de propuestas que dieron origen al “Consenso de Washington” que se formaliza en los siguientes lineamientos: “ 1) Disciplina fiscal; 2) priorización del gasto público en áreas de alto retorno económico; 3) reforma tributaria; 4) tasa

positivas de interés fijadas por el mercado; 5) tipos de cambios competitivos y liberación financiera; 6) políticas liberales comerciales; 7) apertura a la inversión extranjera; 8) privatizaciones; 9) desregulación amplia; 10) protección a la propiedad privada” (Willianson citado por Vilas, 2001: 183).

Estos lineamientos condujeron al Estado Venezolano a dejar de lado la prestación de los servicios de salud, arguyendo sobre la necesidad de eficiencia y eficacia de los servicios, mediante el traspaso a la empresa privada y a las organizaciones del tercer sector; desde esta perspectiva impuso una lógica de mercado que quebrantó principios de gratuidad, accesibilidad, equidad y justicia social, privilegiando la presencia de prácticas tecno-burocráticas.

3. Consideraciones en torno a la descentralización en Venezuela

Venezuela se caracterizó por ser un país centralizado, razón por la cual se adjudicaba responsabilidades correspondientes a los gobiernos estatales y municipales, situación está que no permitía brindar respuestas eficaces y suficientes a las demandas de la sociedad. El centralismo estaba arraigado y fortalecido a través del gobierno nacional frente al debilitamiento de los gobiernos subnacionales. Este centralismo se inició con la dictadura que impuso un militarismo centralista 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 fuertemente influenciada por los partidos defensores del centralismo (Velásquez, 2003).

La centralización condujo al desarrollo de un modelo político administrativo, mejor conocido como burocrático populista, adoptado por la democracia venezolana desde 1958. Este sistema se caracterizaba por la centralización de los recursos y la toma de decisiones, tanto estratégica como cotidiana a nivel nacional, recayendo la responsabilidad sobre el poder ejecutivo, y dentro de este, en el Presidente de la República y el Consejo de Ministros.

En el periodo comprendido entre 1958 y 1989, el Presidente de la República es quien nombra y remueve a los gobernadores de estado, situación está a la que se agregó la intervención de los partidos políticos, específicamente el del gobierno. Por otro lado, el poder nacional se reservó para sí casi todas las competencias en materia tributaria, en detrimento de los estados, cuyas atribuciones quedaron reducidas a la nada.

Se gestó así 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 élites centrales y locales del partido de gobierno, factores que se constituyeron en dos elementos fundamentales de desinterés de los mandatarios regionales 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 mucho menos 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).

Ese desinterés de los gobernadores de estado por llevar a cabo una gestión exitosa, se debía a que no se sentían responsables ante la ciudadanía que conformaba su ámbito territorial, sino más bien ante las élites centrales conformadas por el Presidente de la República y la autoridad del partido de gobierno, quienes los habían asignado en el cargo, y por tanto tenían la potestad de removerle en cualquier momento; por lo tanto, era a las élites políticas centrales 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). Estos servicios fueron organizados de forma tal que el peso financiero recaía en el gobierno central, actividad que es asumida por los Mi-

nisterios (Navarro, 1998). No es menos cierto, que las gobernaciones desempeñaron una actividad mediatizada y en consecuencia realizan una gestión insuficiente

Desde esta perspectiva “... el gobernador se convirtió en agente del poder central, sin materia propia de gobierno y administrando asuntos que le eran prestados por el gobierno central. Además, al no poseer tributo propio, la acción del gobernador quedó sujeta al situado constitucional y a las decisiones del gobierno nacional en materia financiera” (Brewer Carías, 1982: 99)

En la década del ochenta se gestan en América Latina un conjunto de Reformas del aparato del Estado, paralelas al proceso de centralización en Venezuela, 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 1989 Carlos Andrés Pérez, como candidato a la presidencia de la República, se lanzó a la campaña política, alcanzando el 52,9% de los votos, vs. 40% del candidato Eduardo Fernández de COPEI (CNE, 2006). A los pocos días de haber asumido 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, la eliminación de: a) el régimen de cambios diferenciales, b) restricciones para las tasas de interés, y c) de subsidios. Este paquete a su vez se caracterizó por el encarecimiento de múltiples bienes y servicios (Rincón, 2004).

A los pocos días, el 27 y 28 de febrero, se produjo en Venezuela un estallido social, con disturbios y saqueos por parte de concentraciones 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 suspendió las garantías constitucionales, es lo que se conoce como el “Caracazo”. Esto 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).

A fines de 1989, 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 relacionados 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 LODDT 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, indicar 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 federales¹² dieran sus primeros pasos para la búsqueda de la transferencia de varias materias y servicios de su competencia, a través de la solicitud de los mismos, lo que permitió que el área de salud¹³, se estableciera como de los más

12 Entre los estados que solicitaron la transferencia del servicio se encuentran los estados Zulia, Carabobo y Aragua.

13 Plantean Pérez y Jaén, (1993: 171-172), que las características de este servicio antes de la descentralización, tuvieron: “un significativo deterioro, que tiende a agudizarse a partir de 1989, y que se pone de manifiesto no sólo por las tendencias negativas de los indicadores de salud, sino por los problemas de eficiencia, eficacia, cobertura, accesibilidad y equidad que se confrontan en

demandados por las autoridades regionales, cambios que se dieron con la respectiva aprobación por parte del Congreso de la República.

3.1. Base jurídica de la descentralización

La descentralización como política de Estado, se configuró sobre la base de una normativa legal que tenía como metas desarrollar la transferencia de materias de tipo exclusivas y concurrentes, a los niveles subnacionales. Este tipo de política se planteó a finales de la década de los ochenta, mediante un proceso de descentralización, con el propósito de ampliar y redistribuir el poder estatal y municipal con autonomía en las decisiones y recursos.

Descentralización que implica dos procesos: uno de tipo político que va dirigido al poder y otro administrativo, que busca la distribución de competencias en la prestación del servicio; en lo administrativo se presentan dos tipos de competencias: las exclusivas¹⁴, propias de los Estados; y las concurrentes¹⁵ que se refieren a la prestación de servicios entre los diversos niveles de gobierno.

Como política de Estado la descentralización quedó expresada por primera vez en Venezuela en la Constitución de 1961, la cual es-

los servicios de salud... “; todo ello se debe a varios factores, entre los que se destacan la “falta de coherencia entre políticas y estrategias en la planificación y puesta en marcha de los programas de salud; énfasis en la curación mas que el prevención; multiplicidad de instituciones de salud con diferentes modelos organizativos; organización y gerencia centralista; programación de presupuestos, sin adecuado control y evaluación de ejecución, y sin participación de los ejecutores”, entre otros.

- 14 Aquellas ejercidas por el ejecutivo pero que corresponden a estados y municipios (vialidad, aeropuertos, puertos, papel sellado, minerales no metálicos, salinas, entre otras.
- 15 Atribuciones controladas por el gobierno central y que decide entregar a las gobernaciones y alcaldías para mejorar la eficiencia de esos servicios (educación, salud, capacitación, deporte, menores, familia, ciencia, ambiente, defensa civil, nutrición, cultura ancianos, entre otras)

tablecía en su art. 137¹⁶ que “el Congreso, por el voto de las dos terceras partes de los miembros de cada cámara, podría atribuir a los estados o a los municipios determinadas materias de la competencia nacional, a fi de promover la descentralización administrativa”. Sin embargo, al realizar “...una interpretación coordinada del artículo (conjuntamente con el artículo 17 y 20)... se puede llegar a la conclusión de que la descentralización que se quiso establecer fue la política” (Andueza citado por Gutiérrez, 1997: 49).

Bajo el mandato constitucional, se aprueba la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (LODDTP, 1989), la cual en su artículo 1, confirma 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 ingreso de los estados... facilitar la transferencia de la prestación de los servicios del poder nacional a los estados”.

En este sentido, el artículo 4 de dicha Ley, lista el conjunto de servicios que deberán ser “transferidos progresivamente a los Estados...”, en el ordinal número 16, se destaca a la salud pública como uno de los servicios objeto de transferencia. Es preciso puntualizar que esta ley, representa una salida a la democracia venezolana concebida más en términos de ordenación que de actuación, es decir, establece las pautas para el proceso de descentralización, pero no concreta per sé la descentralización. Deja así a la voluntad soberana pero consciente de cada Estado la última palabra...” (Ayala, 1994: 120).

No se diseñó una ley o reglamento que delineara los parámetros a ser seguidos por los Estados en la implementación y direccionalidad del proceso descentralizador en salud, lo que trajo como consecuencia que cada gobernación creara instituciones con rango

16 Este artículo fue apoyado, criticado y analizado desde diversas perspectivas: lógicas, formales, histórica, constitucionales, entre otras.

de secretaría de estado, cuyas formas organizativas permitieron la conformación de diversas modalidades de gestión que oscilan entre corporaciones, fundaciones, institutos autónomos, direcciones regionales, entre otras.

Se esperaba que la descentralización mejorara el desempeño del sector de la salud en varias formas, incluyendo las siguientes: (1) una mayor eficiencia distributiva a través de la adaptación en la combinación de servicios y gastos según las preferencias de los usuarios locales; (2) una mayor eficiencia productiva a través de una mejor conciencia del costo en el ámbito local; (3) innovación en la prestación de servicios a través de la experimentación y la adaptación a las condiciones locales; (4) una mayor calidad, transparencia, responsabilidad y legitimidad debido a la participación y la observación del usuario en la toma de decisión; y (5) una mayor equidad a través de la distribución de los recursos hacia regiones y grupos tradicionalmente marginados (Prud'homme, citado por Bossert, 2000).

Sin embargo, la descentralización¹⁷ planteó un cambio de rumbo, cuando en 1999 asume la presidencia Hugo Chávez Frías¹⁸ liderizando la bandera electoral de llamar a conformar una Constituyente para formular una nueva Constitución y refundar la República con el propósito de poner en marcha, un nuevo modelo de desarrollo donde se fortaleciera el sistema democrático, para lograr una sociedad más justa y consolidar una economía diversificada y eficiente

En diciembre de 1999, mediante referéndum consultivo se aprueba la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con un alto contenido social, e expresa una intención manifiesta de la descentralización en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, se establecen principios e instituciones novedosas

17 La propuesta presentada se basó en la descentralización-desconcentrada liderada por Giordani; dicha propuesta fue objeto de amplias críticas (Natera, 2003).

18 Fue electo con el 56.2% de los votos emitidos, con el apoyo de una alianza de partidos y agrupaciones políticas.

vinculadas al proceso consagrados en el artículo 4, el cual señala que “La República Bolivariana de Venezuela es un Estado federal descentralizado y será siempre democrático, participativo, electivo, alternativo, responsable, pluralista y de mandos revocables”. Principios que reflejan el derecho que tiene el ‘pueblo’ para formar parte activa de la vida social y política de la República en cualquiera de los niveles de gobierno como en los asuntos que le concierna. Asimismo, se deja observar la intención de los legisladores para dar continuidad a la política de descentralización iniciada a finales de los ochenta, con la finalidad expresa de fortalecer las bases para la construcción de un nuevo orden político, jurídico y social en el país, como se desprende de lo formulado en el plan de gobierno que guarda correspondencia con lo planteado en la Ley Orgánica de la Administración Pública.

En esta nueva Constitución se evidencia con fuerza lo concerniente a la descentralización, que se refuerza en el artículo 157 cuando señala que “La Asamblea Nacional, por la mayoría de sus integrantes, podrá atribuir a los municipios o a los estados determinadas materias de la competencia nacional, a fin de promover la descentralización” (Asamblea nacional, 2000). Lo anteriormente expuesto evidencia que este artículo se constituye en el eje central sobre el cual se articula lo relacionado a la materia de descentralización, ya que promueve el traspaso de funciones del Estado-Nación a los niveles subnacionales.

El artículo 158, se ocupa de la descentralización como política de Estado, al señalar que “la descentralización, como política nacional, debe profundizar la democracia, acercando el poder a la población y crear las mejores condiciones tanto para el ejercicio de la democracia como para la prestación eficaz y eficiente de los cometidos estatales” (Asamblea nacional, 2000). Como se puede inferir con lo que reza este artículo, es que se propicia de manera formal un mayor acercamiento del ‘pueblo’ al poder.

Por otro lado, en el artículo 184 se plantea que la Ley “creará mecanismos abiertos y flexibles para que los estados y los municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecina-

les organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos, promoviendo la transferencia de servicios... y la participación de las comunidades y de ciudadanos o ciudadanas, a través de las asociaciones vecinales y organizaciones no gubernamentales...”. (Asamblea nacional, 2000).

En líneas generales lo que plantea el texto constitucional es la descentralización como una alternativa real para llegar hasta el ciudadano, las comunidades y los grupos organizados para que ellos puedan tener una intervención directa en la gestión de los servicios en las distintas materias: salud, educación, deporte, cultura, entre otros, siempre y cuando demuestren capacidad para prestarlos. Formalmente, la intención del constituyente queda expresa con respecto al problema de descentralización cuando plantea en el numeral sexto de dicho artículo que se crearán nuevos sujetos de descentralización a nivel de las parroquias, comunidades, barrios y vecindades con la finalidad de hacer valer el principio de corresponsabilidad en la gestión de lo público, lo que lleva implícito que los individuos asuman una cuota de responsabilidad en dichas materias, permitiéndoles intervenir en el proceso de toma de decisión, lo que se amalgama con el sentido de participación que en este mismo texto se promueve.

Por otra parte, La Ley Orgánica de la Administración Pública, contempla una serie de artículos que permiten darle una orientación más amplia al proceso de descentralización. Así se tiene que el artículo 18 señala los principios de financiamiento, planificación, control de gestión y de resultados alcanzados por la Administración. Por otra parte, el artículo 29 establece los principios de potestad organizativa de la descentralización funcional tanto para los entes públicos que no realicen actividades de producción y servicios que generen lucro, como para aquellos que no van destinados a la venta. En el artículo 30, se plantea el principio de descentralización territorial en lo funcional y territorial, cuando se señala “que con el propósito de profundizar la democracia y de incrementar la eficiencia y eficacia de la gestión de la administración pública, se podrá descentralizar competencias y servicios autónomos de la República a los estados y

municipios, y de los estados a los municipios...” (Asamblea nacional, 2001). Con este artículo se resalta la municipalización de las competencias y de los servicios sociales en Venezuela.

Por último, el artículo 32, refiere a la titularidad de la competencia y, en “consecuencia transfiere cualquier responsabilidad que se produzca por el ejercicio de la competencia o de la gestión del servicio público correspondiente, en la persona jurídica, en los funcionarios y funcionarias del ente descentralizado”. Como se puede observar este nuevo instrumento jurídico, aprobado en el 2001, que deroga el antiguo decreto con rango y fuerza de Ley Orgánica de Reforma de la Ley Orgánica de Administración Central, intenta reforzar el proceso de descentralización de la Administración Pública Venezolana (Paz, 2006).

No hay que dejar de reconocer que el gobierno tenía las intenciones, de adelantar el proceso de descentralización, pues en el fondo del discurso predominó el supuesto de acometer “una reconstitución del sistema federal... (El cual) tendría que realizarse siguiendo algunas líneas generales que homogenizaron los beneficios sociales, políticos y económicos en todo el territorio a través de un proceso coordinado y planificado que incorpore una visión nacional de país” (Natera, 2003: 265).

Para ello se planteó la creación de la Ley para regir el Consejo Federal de Gobierno como órgano encargado de la planificación y coordinación de políticas y acciones para el desarrollo del proceso de descentralización y transferencia de competencias del poder nacional a los estados y municipios; tema que se consideraba sería tocado en la Ley Habilitante, pero los cambios ocurridos en la vicepresidencia de la República conllevaron a que de manera inexplicable la Asamblea Nacional no lo considerara, quedando aletargado en el tiempo. Sin embargo, en el seno de la Habilitante, se aprueba la Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública, que al año de haberse aprobado, solo 158 municipios de 335, habían instalado sus respectivos Consejo (Natera, 2003).

Partiendo de los supuestos anteriores se puede inferir que las perspectivas sobre el proceso de descentralización y desarrollo regional se han convertido en un obstáculo recurrente entre el Ejecutivo y las instancias subnacionales; lo que podría llevar al fortalecimiento del proceso de recentralización del poder para garantizar la gobernabilidad del sistema (Natera, 2003).

3.2. 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 consolidó 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; así como la prestación de servicios, los cuales ocasionaron una gran insatisfacción por parte de la población frente a sus condiciones de vida, y ante la baja disponibilidad, accesibilidad, efectividad y calidad de los mismos.
- b. Fragmentación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en varios entes encargados de la gestión y financiamiento de los servicios. Entre los órganos que lo integran se encuentran: el MSDS, las entidades federales descentralizadas, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión de Asistencia a la Salud del Ministerio de Educación (IPASME) y el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional (IPSA). Junto a la crisis económica, social y política de los años 80 y 90, la fragmentación del sector ha sido un factor adicional que ha obstaculizado el avance en el proceso de descentralización; en virtud de que la red pública asistencial se mantiene financiera e institucionalmente segmentada, generando ineficacia de los servicios y duplicación de costos para el Estado (Gardeazábal, 2005).

- c. Falta de coherencia entre políticas y estrategias administrativas en la puesta en marcha de los programas de salud; énfasis en la curación más que en la prevención; distribución inadecuada de los recursos humanos; contracción de la oferta de servicios con relación a una demanda creciente; organización y gerencia centralista en la mayoría de los organismos; existencia de una medicina privada de importantes proporciones, con significativa influencia en las políticas y estrategias del sector; excesiva diversificación tecnológica, sin el soporte adecuado; problemas de mantenimiento en todos los niveles; inadecuados controles y sin participación de la comunidad; 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).
- d. Con respecto a los datos de morbilidad no se exhibe un cambio significativo, si se considera que el gasto per capita en salud se mantuvo en 274 dólares americanos, representando el 26% del total del gasto público y el 74% del gasto privado. Esto proporciona una idea bastante aproximada sobre la situación de deterioro general de las condiciones en que se desenvuelve la salud en Venezuela. Es de que hacer notar que estas cifras se han obtenido teniendo como base el modelo de gestión burocrático populista, que ha predominado y se ha arraigado en el aparato público venezolano, lo que ha dado como resultado, la fuerte presencia de una serie de problemas que muchos autores reconocen como perjudiciales para el funcionamiento del Sistema Público de Salud (Ochoa y col., 1996) en Venezuela.

No es sino a finales de la década de los ochenta, en el contexto de un nuevo gobierno, que el Estado venezolano promueve la reestructuración económica de corte neoliberal, acompañada de la descentralización político territorial. Bajo 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 para 1996, desde esta perspectiva se reconocía la existencia de avances en los nuevos modelos de gestión de los servicios en las entidades federales; sin embargo debido a los cambios ocurridos en la política nacional, de lo cual no escapa el sector salud, los estados se vieron en la necesidad de desarrollar capacidades gerenciales para ofertar un mejor servicio, que pudiera repercutir de manera directa en beneficio de la población. En cuanto a la transferencia de los recursos del ministerio a las entidades federales, se observa que para 1996 la asignación per cápita en dólares se ubicó en 5.89, estando el Zulia en la posición décimo tercera con respecto a dieciocho entidades federales. Para el 2001, se registró un incremento significativo de dicha asignación per cápita, al alcanzar el 28.26, pero aun cuando la asignación se incrementó, la posición del estado Zulia pasa a ocupar el puesto dieciséis (OCEPRE, 2001).

Este proceso se adelanta sin que el MSAS realizara previamente una evaluación para determinar si las gobernaciones, como entes receptores de las nuevas responsabilidades, contaban con las capacidades suficientes para asumir el nuevo rol a desempeñar. Con la transferencia de los servicios de salud las gobernaciones trataron de desarrollar distintas formas de gestión, intentando modificar las condiciones en las cuales se encontraba la administración del servicio en el aparato central, caracterizada por una administración burocrática populista, cuyos resultados estaban lejos de satisfacer las necesidades de salud de la población venezolana.

Dentro de este marco, la gestión de la salud a partir del proceso de descentralización se caracteriza por:

- a. La inversión que se ha hecho en salud, independiente del porcentaje alcanzado en el presupuesto nacional, se ha caracterizado por la ausencia de una visión de desarrollo que articule objetivos y metas a largo plazo, lo que ha dado como resultado una respuesta dispersa y que no responde a criterios técnicos.
- b. Las acciones desarrolladas por los entes gubernamentales no fueron coordinadas en función a la continuidad de planes.

- c. No se optimizaron los esfuerzos ni los recursos empleados, lo que evidencia la incongruencia en la direccionalidad de los propósitos, acarreando la dispersión de recursos, duplicidad de esfuerzos y programas, así como una indefinición de criterios que aseguren la continuidad de los objetivos y metas.
- d. Deterioro en los indicadores de salud, los cuales no registraron variación significativa desde 1990, ubicándose en un promedio de 4.5; sin embargo a partir de 1999 se observa una discreta disminución al ubicarse en 4.4. Igual ocurrió con la mortalidad infantil que se mantuvo, en promedio para el mismo lapso de tiempo, en 23.07; sólo en 1999 se registra una reducción parcialmente significativa, cuando se ubica en 19.15 (MSAS, 1990-1997).

Lo expuesto anteriormente se debe a que se “pautó lo referente a la transferencia de competencias del nivel central al nivel estatal y municipal, pero no se redefinió el rol de los organismos tradicionalmente vinculados a la gestión y administración de los servicios sociales” (Rosario, 1999: 179).

Igualmente se plantea 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” (Rosario, 1999: 183).

Con los logros que hasta el presente se muestran en materia de descentralización en materia de salud, no se ha logrado ganar la gobernabilidad del sistema, debido a los pasivos laborales pendientes, vulnerabilidad de algunas de las políticas de salud, cambios de gobierno, junto a las severas restricciones financieras (Mascareño, 2000).

Sin embargo, el servicio de salud trasladado a las gobernaciones en el marco de la descentralización político territorial, se mejoró pero con una concepción privatista que convierte en cliente al pa-

ciente, de tal manera que se trata de hacer eficiente un servicio a un número reducido de ciudadanos, quedando la mayoría excluido. Formalmente, al momento de decidir sobre este nuevo programa Venezuela cumple con los parámetros establecidos por la OMS de un médico por 500 habitantes; pero en la práctica, más de un 60% de la población quedaba excluida del servicio (Ochoa, 2004).

El proceso de descentralización fue difícil de enfrentar, debido a que las gobernaciones no sólo asumieron nuevas competencias, sino que trasladaron una serie de deficiencias organizativas y de gestión propias del modelo centralista.

En el caso concreto del estado Zulia, el impacto de la descentralización político territorial estuvo en función de la forma de cómo se elegía del gobernador, quien no era designado ni removido por el Presidente de la República sino por los ciudadanos¹⁹, quienes lo nombraban a través de elecciones universales, directas y secretas, cada tres años, lo que hace que “... la idea de la descentralización introduce un desplazamientito del eje de solución de los problemas ...” (Mascareño, 1996: 99) frente a los cuales, el gobernador se siente comprometido, y como tal se ve en la necesidad de responder efectivamente a la ciudadanía.

Después de década y media 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).

19 “La característica fundamental de este sistema es que cada nivel de gobierno es electo por los ciudadanos y, en consecuencia, los gobiernos subnacionales y locales son responsables tanto al nivel central como ante los ciudadanos. La dinámica de este proceso no ha cesado pero su sistematización apenas se ha realizado” (González, 2001: 24).

No obstante, ha sido un proceso con muchas dificultades y fallas no solventadas por el ministerio, organismo que siempre centralizó los recursos financieros. 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, a dieciséis años de su inicio, ésta no ha pasado de la fase del traspaso de recursos y responsabilidades desde el gobierno central a los estados, lo que no ha garantizado per se el éxito de la experiencia. Tampoco se diseñó una ley o reglamento que delinea los parámetros a ser seguidos por los estados en la implementación y direccionalidad del proceso descentralizador en salud, lo que trajo como consecuencia que cada gobernación creara instituciones con rango de secretaría de estado, cuyas formas organizativas dieron paso a la conformación de diversos modelos de gestión.

Gestión del aparato público: aproximación teórica

Este capítulo tiene como propósito, hacer unas reflexiones teóricas sobre la toma de decisión, administración de personal, control, prestación y financiamiento de los servicios. Para ello se trabaja con los enfoques teóricos sobre gestión del aparato público, desde la óptica de lo Burocrático Weberiano (Weber, 2002), Burocrático Populista (Ochoa y col., 1996), Tecnocrático (Ochoa, 1995; Guerrero, 2006; Machiavelli y Proulx, 2006) y la Nueva Gestión Pública (CLAD, 1998).

El análisis de los procedimientos administrativos mencionados en las primeras líneas, es un aspecto fundamental para avanzar en la construcción de conocimiento teórico sobre el aparato público y el abordaje posterior en el nivel subnacional. Se parte del supuesto de que la burocracia como forma inicial de organización de la Administración Pública, se constituye en el referente teórico que ha dado origen y marco para el impulso del desarrollo de modelos de gestión en el aparato público.

3.1. Rasgos del modelo weberiano

3.1.1. Generalidad de la burocracia

Weber (1864-1920), presenta a la burocracia como una organización *“e por excelencia”*, que exige describir anticipadamente y con detalles la manera como deberán hacerse las cosas. El término burocracia primeramente es descriptivo y no peyorativo, y representa ciertos aspectos uniformes o constantes que se encuentran presentes en instituciones, asociaciones y otras estructuras sociales.

Este fue utilizado por primera vez a mediados del siglo XVIII, y utilizado para referirse al poder del cuerpo de funcionarios y empleados de la administración estatal constituido para tareas especializadas (Weber, 2002).

La burocracia como forma organizativa, descansa sobre la racionalidad en la adecuación de los medios a los fines pretendidos. “La administración burocrática significa: dominación gracias al saber; éste representa su carácter racional fundamental y específico” (Weber, 2002: 179). La burocracia es un sistema legal más que humano; un sistema en el cual la regla cubre todas las contingencias y en el que se asegura la obediencia mediante la elección de supervisores técnicamente expertos, quienes administran la ley con precisión y con fría imparcialidad (Kliskberg, 1973).

Se puede plantear que hoy en día se conservan todavía elementos del modelo ideal que formuló Weber en su momento, a pesar de los cambios que han ocurrido en otras esferas de la vida social, económica y política. Autores como Taylor en la teoría sobre organización y administración científica toman muy en cuenta lo planteado por Weber sobre los valores y las acciones específicas del supervisor.

Weber (2002) formula su teoría en un momento histórico de gran trascendencia en el proceso de desarrollo del capitalismo, marcado por las tendencias de la secularización y del imperio de la razón. Su peculiaridad específica, bien bienvenida para el capitalismo, la desarrolla en mayor grado cuando más se “deshumaniza”, cuanto más alcanza las peculiaridades específicas que le son contadas como virtudes: la eliminación del amor, del odio y de todos los elementos sensibles puramente personales, de todos los elementos irracionales (Weber, 2002). Este veía “la racionalización del mundo occidental como un proceso de secularización progresiva, un desencantamiento del mundo” (Rodríguez, 2000).

Esta racionalización en la esfera administrativa estaba referida al reemplazo de la presencia de los ancianos, los sabios, los líderes de justicia, entre otros, por el desarrollo de una organización en donde existiera una lógica racional; en consecuencia, se impuso la forma

de organización burocrática que vino a convertirse en un instrumento para darle cuerpo a los aspectos relacionados tanto con el funcionamiento de la economía como del aparato público; por tanto la burocracia es la forma típica en que se institucionaliza la autoridad racional o se legitima.

Weber trató de sintetizar la tradición Kantiana y el neo-idealismo en un contexto caracterizado por las secuelas de la primera guerra mundial y del segundo gran reparto territorial del mundo. A los neo-idealistas les interesaba el mundo como campo de acción y los neokantianos trataban el mundo como un objeto de conocimiento. Weber influido por estas ideas, considera que la realidad no es reducible a un sistema de leyes ni que podemos lograr una completa predicción, esto sólo puede ocurrir en un sistema cerrado y limitado (Freund, 1966).

3.1.2. Capitalismo: modelo económico en el que se inserta la burocracia

El modelo de gestión enfocado desde la óptica Weberiana, se erige sobre la base de un modelo económico de tipo capitalista²⁰. La burocracia, como base del sistema moderno de producción tuvo su origen en los cambios religiosos ocurridos después del Renacimiento. Weber señala que el sistema moderno de producción, racional y capitalista, se originó a partir de un nuevo conjunto de normas morales, a las cuales denominó “ética protestante”, donde se consideraba el trabajo duro como dádiva de Dios; igualmente el ahorro y el ascetismo como factores que proporcionan la reinversión de las rentas excedentes, en vez de gastarlos y consumirlos en símbolos materiales.

20 El capitalismo es un sistema económico en el que predomina el capital sobre el trabajo como elemento de producción y creador de riqueza, pudiendo dicho capital ser propiedad de personas jurídicas o de personas naturales no asociadas empresarialmente a otras.

3.1.3. Toma de decisiones

Uno de los principales rasgos que identifica al modelo Weberiano, es el referido al *deber ser* de grandes estructuras constituidas por una jerarquía administrativa rigurosa, la cual da cuenta de un sistema vertical de mando rígido y organizado, fundamentado en un sistema de subordinación, a través de la figura de cargos inferiores que son supervisados y fiscalizados por personas que poseen cargos de mayor rango (superiores), permitiéndole a los inferiores, que en los casos que lo ameriten puedan dirigirse a una instancia inferior o a una superior (Weber, 2002).

Esto conlleva a grandes estructuras, que conducen al establecimiento de una burocracia rígida y formal que afecta la toma de decisiones, al no permitir que estas se produzcan en una forma rápida y oportuna, ya que la autoridad por sus atribuciones impone una lógica de concentración de poder en la cúspide de la jerarquía, es decir, quien decide es siempre aquél que ocupa el puesto más alto.

En este sentido, “El sistema burocrático es autocrático, puesto que tiene una rígida cadena de mando en el cual las personas que están al nivel superior, ordenan, y los que están en el nivel inferior, obedecen sin objeción.” (Tennenbaum 1968, citado por Kliksberg, 1989: 55).

Al enlazarse con otro rasgo del modelo, el atribuido al cumplimiento de reglas (técnicas o normas) a partir de las cuales se debe realizar todo el procedimiento burocrático (Weber, 2002), que definen la toma de decisiones, se advierte que es centralizada y se concentra en la esfera de la alta burocracia, pues “... 1) Existe una firme distribución de las actividades metódicas – consideradas como deberes oficiales – necesarias para cumplir los fines de la organización burocrática; 2) los poderes de mando necesarios para el cumplimiento de estos deberes se hallan igualmente determinados de un modo fijo, estando bien delimitados mediante normas los medios coactivos que le son asignados...” (Weber, 2002: 716).

El proceso de decisión resulta poco flexible e impide el consenso y el compromiso de la mayoría; en virtud de que las decisiones son tomadas por la autoridad superior, confiriendo a las personas investidas de autoridad un poder de coacción sobre los subordinados, lo que acentúa la necesidad de mantener una interpretación sistemática de las normas, las cuales deben funcionar dentro de la organización en términos escritos. La burocracia se torna improductiva, incluso impide la relación entre el Estado y la sociedad. Los ciudadanos que acuden a la administración pública se enfrentan a un modelo de aparato público con altos niveles jerárquicos en el proceso de demanda a la solución de sus problemas, disminuyendo las posibilidades de solución de los mismos.

3.1.4. Administración de personal

En el ámbito de personal, la concepción weberiana plantea el deber ser desde lo que ha denominado, cuadro administrativo de funcionarios individuales, en otras palabras, se refiere a una serie de características generales que identifican a cada uno de los funcionarios de la administración burocrática; en tal sentido Weber (2002) plantea que el burócrata es seleccionado de acuerdo a sus méritos con base a pruebas especiales. La ocupación del cargo es considerada como la aceptación de un deber específico de fidelidad²¹, a cambio de la garantía de una existencia futura asegurada, ya que el funcionario tiene la perspectiva de:

- Ser ratificado en el cargo
- Ser retribuido con un sueldo fijo
- Aspirar a un ascenso según sus conocimientos y desempeño.
- Aspirar a un incremento de salario, según desempeño y tiempo de servicio.
- Obtener una pensión de vejez.

21 Entendida la fidelidad como voluntad del servicio institucional y no personal. Por lo que la autoridad del burócrata radica en su conocimiento, capacidad técnica y en su experiencia.

La burocracia, establece que: 1) la administración se asienta en la elaboración de documentos, así como también en un grupo de empleados subalternos y escribientes, quienes están sujetos a las órdenes de un jefe, 2) toda actividad burocrática, debe estar respaldada por un minucioso y continuo aprendizaje profesional, tanto a nivel de subordinados como de jefes que laboren en empresas privadas u organismos públicos, 3) el cargo desempeñado por un empleado, lo obliga a dar el mayor rendimiento posible, siempre y cuando no lo afecte, en cuanto al tiempo que deba permanecer en la oficina. Asimismo, para el desempeño del cargo, es necesario que los empleados o funcionarios trabajen bajo el cumplimiento de ciertas normas generales que deben ser aprendidas, por cuanto indican el camino hacia “...una tecnología especial” (Weber, 2002).

3.1.5. El control

El control está basado en mecanismos administrativos y jerárquicos, con base en reglas, reglamentos, procedimientos, políticas, estandarización de actividades, descripciones de puestos y presupuesto; actividades que están definidas en manuales de normas y procedimientos, aseguran que los trabajadores exhiban comportamientos adecuados en el desempeño que está pautado (Weber, 2002). Esto demuestra, que el cumplimiento de los procesos establecidos constituye el criterio fundamental de control en la administración burocrática.

La necesidad de conformar una estructura jerárquica y un poder de mando rígidos, fundamentados en un conjunto formal de leyes y reglamentos, da cuenta, de que todo el planteamiento Weberiano gira en torno al cumplimiento de un riguroso control, el cual garantiza el logro de los objetivos; en este contexto todas las funciones y funcionarios son controlados por el burócrata que posee el más alto cargo. Es decir, que los funcionarios: 1) “...trabajan con completa separación de los medios administrativos y sin apropiación del cargo, 2) y están sometidos a una rigurosa disciplina y vigilancia administrativa” (Weber, 2002: 176).

Sin embargo, el cumplimiento de tales mecanismos debe desarrollarse con un estilo metodológico paso a paso que inhibe la creatividad del trabajador. Formalmente, esto conlleva a un sistema de estancamiento más que de control, pues hace que el proceso sea rígido, retardado y mecanicista, y que las actividades de control no estén relacionadas con la medición del logro (Kliksberg, 1973).

Con el control se busca minimizar la influencia que unos individuos puedan ejercer sobre otros, para que no se trasgreden las normas, así como para seguir el curso de la ejecución del proceso previamente planeado por medio de la inspección, fiscalización, intervención y mando. El ejercicio exagerado de supervisión hace que la delegación de tareas realmente se frene dada la influencia del supervisor, generalmente el control se exagera cuando no hay una definición clara de los objetivos y de las metas en cada una de las unidades operativas de la organización.

El ciudadano queda excluido del sistema de control de gestión en la administración burocrática. Al respecto, en el modelo ideal Weberiano; “todo lo que necesitan los ciudadanos es preocuparse de las políticas públicas y si no están de acuerdo con las que han sido definidas por un gobierno (o con la manera como su administración está siendo controlada), ellos tienen un medio directo para corregir la situación: usar el mecanismo de las elecciones para castigar, mediante la no reelección a los gobernantes” (Cunill, 2000).

3.1.6. Prestación y financiamiento

Señala el CLAD (1998) que el modelo Weberiano fue un instrumento fundamental para impulsar y garantizar el funcionamiento de las dos primeras ondas democráticas modernas, impulsándose la primera de ellas en 1870 y la otra después de la Segunda Guerra Mundial. A finales de la década de 1970, este modelo ya no podía responder a las nuevas demandas de democratización del servicio público, especialmente las que surgieron en el nivel local.

La incapacidad de respuesta del Estado a las demandas sociales se fundamenta en la orientación por reglas y normas pretendi-

damente universales desarrolladas por la administración pública burocrática, esto permitió la puesta en práctica de un modelo organizacional auto-referido, donde las acciones del Estado giraban en torno a su propia relegitimación del poder, es decir, “se contempla la prestación del servicio por parte del Estado, pero contradictoriamente el ciudadano no es tomado en cuenta, por tratarse de un modelo que busca su propia relegitimación, por cuanto se basa fundamentalmente en el funcionamiento interno organizacional de todo el sistema burocrático” (Paz, 2006: 33), y no hacia la satisfacción de las expectativas de los usuarios, los cuales a su vez fueron replegados y desmovilizados (CLAD, 1998).

3.2. Rasgos del modelo burocrático populista

3.2.1. Generalidad del modelo burocrático populista

El modelo burocrático populista es un modelo administrativo que en lo prescriptivo se sustenta en Weber. Sin embargo, cuenta con un conjunto de características propias. En el ámbito político general, acompaña a la instauración del sistema democrático, definido en el caso venezolano como sistema populista de conciliación de élites, desde el derrocamiento de la dictadura militar hasta 1958. Este modelo está: “constituido por un complejo sistema de negociación y acomodación de intereses heterogéneos, en el que los mecanismos de tipo utilitario iban a desempeñar un papel central en la generación de apoyo al régimen y, por consiguiente, en el mantenimiento del mismo” (Rey, 1991: 543).

Se define como modelo burocrático populista al considerársele como un “modelo administrativo público iniciado con la democracia, puesto que se impone una concepción de la condición del aparato público, basada en la búsqueda de colaboración de clases a través del gasto público para el logro de los objetivos” (Ochoa y Col., 1996: 41).

3.2.2. Sustitución de importaciones: modelo económico que marcó lo burocrático populista

El modelo de sustitución de importaciones postulaba la intervención directa e indirecta del gobierno en los incentivos fiscales, crediticios y protección comercial, como mecanismos indispensables para lograr el desarrollo industrial, lo cual se justificaba por las debilidades estructurales de las economías, tales como: concentración de las exportaciones en productos de origen primario; evolución desfavorable en los términos de intercambio; mercados internos incipientes, fragmentados y reducidos; y, escasez de capital, mano de obra calificada y debilidad empresarial

La instauración del modelo burocrático populista, se dio con el avance de la economía de sustitución de importaciones, y por el crecimiento de los partidos políticos (Ochoa y col., 1996), particularmente de partidos populistas caracterizados por una marcada inclinación hacia la personalización del liderazgo que favorece una innegable orientación autoritaria (Ramos, 1995) en detrimento de un régimen orientado por valores éticos que permitieran un desarrollo diferente del aparato público. Se adelantó un estilo de hacer política que privilegiaba el ascenso a los puestos de la dirección estatal por la vía de la influencia partidista, como la captura de todo el aparato público por parte de los partidos políticos.

El modelo burocrático populista corresponde al taylorismo-fordismo, el cual se basa en la división técnica y social del trabajo, característica de la producción en serie y a gran escala de bienes estandarizados con grandes inversiones y máximo uso de la capacidad de producción, incremento de los salarios que favorecen el consumo masivo, permitiendo de esta forma beneficios para la sociedad (Jesop, 1999). Bajo este esquema benefactor el administrador público llevaba a la práctica el interés general, mediante la protección por parte del Estado. Esta protección estuvo orientada por dos vías; a) por el lado de la oferta a través de la concesión de subsidios, créditos a bajo costo, largos plazos y tiempos de gracia, dotación de infraestructura, insumos y servicios a bajos precios y exoneraciones, entre

otros; b) por el lado de la demanda, requirió el crecimiento de ésta, en razón de que la producción era para el consumo interno, por lo cual favoreció el incremento de los salarios (Ochoa, 1999).

Dentro de este esquema el Estado, va a desempeñar un papel central como actor y propulsor del proceso de desarrollo y como principal fuente empleadora, lo que se tradujo en el desbordamiento de sus funciones, no sólo por la vía de las demandas de los ciudadanos sino también que tuvo que atender las demandas de incorporación de individuos provenientes de los partidos políticos y de los grupos de presión. Esta vocación de crecimiento burocrático pudo ser satisfecha por el Estado por haber contado con recursos suficientes

3.2.3. Toma de decisiones

La administración burocrática populista, se caracteriza por contar con grandes estructuras organizativas con altos niveles jerárquicos y numerosos departamentos propios del modelo Weberiano, lo que demuestra el desarrollo de procesos de decisión centralizados²², tanto las decisiones de tipo estratégicas como aquellas de tipo cotidiano son tomadas en la cúpula de la administración pública nacional (Ochoa y col., 1996).

En el modelo burocrático populista se desarrolla un proceso de toma de decisiones personalista, que se manifiesta con la influencia política y el escaso uso de canales formales, esto hace que en la trayectoria del flujo de la decisión se desvirtúe o se distorsione. Tienen mayor importancia los canales informales tales como: la palanca, la recomendación, los contactos y los grandes cogollos (Ochoa, 1996/1997).

Este esquema se orienta a complacer a todos, a no sacrificar a nadie, lo que retarda las decisiones imponiendo sacrificios, haciendo

22 Esta centralización de las decisiones tiene doble consecuencias: por un lado dificulta la democratización del poder, y por otro, afecta negativamente la eficiencia (Ochoa y col., 1996)

que los decisores prefieran al mismo tiempo políticas vistosas y populares capaces de generar amplias simpatías a corto plazo.

Los niveles de informalidad en la toma de decisiones provocan que a posteriori se haga difícil el seguimiento de la correlación entre la decisión y lo que se ejecutó y en consecuencia al establecimiento de la responsabilidad. Todos estos elementos denotan que bajo este esquema administrativo prevalecen altos niveles de discrecionalidad.

Los principales sujetos de decisión son militantes de partidos políticos y empresarios que se ubican en los niveles más altos del aparato público²³, logrando de esta manera dominar los procesos de toma de decisiones e incluso la selección del personal directivo, tales como ministros, presidentes de empresas públicas, directores y gerentes de distintos niveles, a lo interno de las filas del partido que gobierna (Ochoa y col., 1996).

3.2.4. Administración de personal

Formalmente, bajo el esquema burocrático populista, los funcionarios del aparato público son básicamente funcionarios de carrera, cuyos procesos inherentes al reclutamiento, selección, ingreso, remoción, promoción y reclasificación son centralizados que obedecen, en la generalidad de los casos, al cumplimiento de unas funciones, actividades y tareas previamente descritas en los manuales de clasificación de cargos; el otro tipo de personal está conformado por los funcionarios de libre nombramiento y remoción al ser considerado personal de confianza

En el reclutamiento y la selección de los funcionarios median los partidos políticos, los cuales llegan a convertirse en centros de reclutamiento (Ochoa, 2000). Esto introdujo una alta rotación de los cargos, en función de que los partidos políticos debían cubrir en determinados casos, promesas políticas asumidas en procesos electorales o por acuerdos de tipo político, que al fenecer dan paso a la entrada de otros funcionarios, entorpeciendo la rutina y la continuidad admi-

23 Los técnicos en instancias de decisión son la excepción.

nistrativa (Córdoba, 2000). Este mecanismo de reclutamiento deja al margen el mérito como criterio de ingreso a la administración pública.

La capacitación del personal que en el modelo burocrático populista se le dio poca importancia. “En general se capacitaba por iniciativa propia del funcionario, pero además las mayores posibilidades las tenían quienes estaban cerca de la estructura de poder. Las áreas de capacitación eran las escogidas por el solicitante, de acuerdo a sus intereses, acceso a la información y posibilidades, con escasa consideración de criterios institucionales, al igual que la organización escogida para su proceso de formación.” (Ochoa, 2000: 115).

En este sentido, la capacitación transita de manera irregular por causa de la ausencia de planificación y estrategias a futuro, en algunos casos se realiza de manera esporádica, provocando un gasto exagerado e innecesario. Esta indiferencia en la capacitación proviene por la poca importancia que se asigna a la eficiencia como criterio de dirección.

La capacitación tampoco escapa a las prácticas clientelares, aun cuando son creadas. La Oficina Central de Personal (OCP), organismo al cual se la atribuía la responsabilidad de capacitar al personal, en conjunto con las demás oficinas de personal, y en “... 1962, el Centro de Adiestramiento y Formación Profesional en el Ministerio de Hacienda y adscrita a la CAP la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP)” (Ochoa y col., 1996: 54). Esta experiencia indica, que pese a los esfuerzos de estos centros en promover la capacitación del funcionario público y la intención del Estado en capacitar a sus funcionarios, en este sentido, las instituciones gubernamentales mostraron desinterés en constituir departamentos para la organización de la capacitación y gran indiferencia frente a la necesidad de formar al personal.

La profesionalización tampoco escapa a esta situación, pues la carrera administrativa del funcionario es entendida como una profesión, es decir, “... que está por encima de la profesión o especialización que pueda tener cada persona” (Silva 1982, citado por Ochoa y col., 1996: 53).

3.2.5. El control

Este modelo introduce el control de manera formal como instrumento de evaluación por parte del aparato del Estado, sin embargo, en la práctica el control es débil, tanto en su vertiente interna como en la vertiente de la sociedad civil. Esta ausencia o débil control afecta a la administración pública, puesto que se favorece la existencia y el arraigo de los sectores dominantes de los partidos políticos y el de sus amigos más que el cumplimiento de la ley, por lo que las reglas que estimulan un ejercicio eficaz de los sectores dominantes están ausentes (Ochoa y col., 1996).

En la experiencia se observa una regulación excesiva y un débil control. La regulación, se ha basado fundamentalmente en la construcción de documentos legales, mediante la creación de un vasto número de leyes, decretos y reglamentos, con el fin de regular las prácticas llevadas a cabo en la administración pública. Con este conjunto de normas se restringe posibilidad alguna de discrecionalidad, lo cual ha llevado a suponer que de igual forma existe un riguroso control, tal como lo plantea el modelo Weberiano; sin embargo, existe gran incongruencia entre lo formal y lo real, pues a pesar de todo lo construido en materia legal, la realidad ha sido otra, pues el cumplimiento de leyes, la toma de decisiones, la atención al ciudadano, entre otras, han estado fuertemente influenciadas por la corrupción administrativa producto del clientelismo gestado por los sectores políticos y dominantes, lo que da lugar al incumplimiento de leyes y a la inexistencia de controles (Ochoa y col., 1996).

3.2.6. Prestación y financiamiento

La prestación del servicio es una función que corresponde al Estado, se ponen en práctica políticas universalistas y gratuitas, tratando de hacer equitativa la transferencia de los beneficios que se ofrecen a la población, sin tener en cuenta la existencia de sectores diferentes y con características heterogéneas, lo que no permite tener una precisión sobre los grupos beneficiarios dando lugar a una

distribución regresiva del ingreso favoreciendo a los sectores con mayor capacidad económica.

El financiamiento del servicio descansa en el aparato del Estado, el cual destina recursos de manera desmesurada generando altísimas erogaciones que no se corresponden con los servicios prestados en un servicio donde se otorga poca atención a preservar y garantizar el uso adecuado de los recursos. En las etapas de mayor auge y poder económico, el Estado aporta recursos sin establecer ciertas condiciones, y de manera ilimitada, sin atender a la eficiencia y sin la definición de una política de gastos acorde con los objetivos y metas trazadas. Lo que se trata es de solventar los problemas de manera reactiva, lo que conduce al desarrollo de un estilo de proceder en el aparato público de servicios sin calidad (Pérez y Jaén., 1993).

3.3. Rasgos del modelo tecnocrático

3.3.1. Generalidad de la tecnocracia

El concepto de tecnocracia es considerado como el término más ambiguo de las ciencias sociales. Su aparición en la literatura es a partir del inicio de los años '30 y expandido a partir de los '60. Inicialmente el término se refería al rol que los químicos y físicos asumían en el desarrollo de la sociedad. Posteriormente, fue utilizado para recordar el poder o el influjo de otros tipos de profesionales: el tecnócrata quien representa el director supremo de los procesos de tipo técnico y económico; en la empresa pública y privada son los profesionales que buscan el establecimiento de la lógica dirigida al incremento de la eficiencia (Fisichella citado por Bobbio y Matteucci, 1988: 1608).

La tecnocracia es “el fenómeno que tiene su origen con la expansión de la gran empresa y es producto de la necesidad de una revolución científico-técnica en el campo de la administración” (Ochoa, 1995: 15); ha sido utilizado para designar distintos fenómenos. Al respecto, el término está orientado a identificar a los técnicos con racionalidad economicista que tienen capacidad de decisión en las organizaciones.

La “tecnocracia es uno de los primeros movimientos sociales del siglo XX que entendió el papel relevante del público en los asuntos comunes de una nación, y se abarcó a intentar influirlo” (Guerrero, 2006: 209).

El fenómeno tecnocrático en el aparato estatal tiene su aparición durante la crisis de los años treinta y más específicamente después de la segunda guerra mundial, de allí que para algunos autores, constituya un acontecimiento político (Ochoa, 1995), que se enmarca dentro de las necesidades de desarrollo capitalista cuando se evidenció la incorporación de científicos y especialistas en la elaboración y adopción de decisiones en la administración (Peregudov citado por Ochoa, 1995).

3.3.2. Modelo de mercado

En Latinoamérica, suele identificarse sus políticas con el nombre de Consenso de Washington, término acuñado en 1989 por el economista John Williamson para referirse precisamente al tipo de políticas fiscales y monetarias recomendadas por la Organización Mundial del Comercio y el Fondo Monetario Internacional para los países en desarrollo. Está basado en el Liberalismo, que propugna la no intervención estatal en la economía de un país, promoviendo así procesos de privatización de los servicios públicos y desregularización del mercado laboral.

Para la década de los ochenta se impone esta salida económica y se promueve una “Cultura empresarial y el predominio del mercado, lo cual implica la privatización, desregulación, flexibilización laboral con bajos salarios y predominio de sus intereses del sector privado (...) subsidios fiscales para actividades económicas favorecidas, apoyo a la internacionalización y reorientación de la política económica y social en función de las necesidades del sector privado” (Gamboa, 2003: 3).

3.3.3. Toma de decisiones

La extrema división horizontal y vertical del trabajo, altamente compleja, rígida, inspirada en el modelo ideal de Weber, se transforma en estructuras planas, con un mínimo de niveles jerárquicos. Se

sustituye en los niveles directivos al hombre de partido por profesionales o técnicos con orientación economicista (Ochoa, 1999).

El tecnócrata no es un sabio a un teórico sino un técnico, el político se hace un tecnócrata, se jacta de conocer bien sus expectativas, muestra su competencia económica y gerencial. La competencia técnica es reconocida como virtual suprema (Machiavelli y Proulx, 2006). El tecnócrata es profesional con capacidad para la dirección y con racionalidad económica, asume tareas de decisión con lo cual contribuye a impulsar el desarrollo científico técnico administrativo, cuestión que ha tenido lugar en nombre de la eficiencia entendida como el logro de fines a un mínimo costo

Los usuarios de la administración pública se enfrentan a un aparato público con un reducido número de niveles jerárquicos en el proceso de demanda a la solución de sus problemas aunque enmarcados dentro de un contexto de políticas altamente injustas desde el punto de vista del desarrollo social (Ochoa, 1999: 81).

El proceso de toma de decisión está soportado por la incorporación de los elementos técnicos científicos dirigidos al fin último de rentabilidad y racionalidad económica, disminuyendo el afloramiento de condiciones de tipo político y social dentro de los procesos de decisión.

Sin embargo, “existen diferentes niveles de decisión y que cuanto más elevado es el nivel de complejidad de la decisión más necesario se hace apelar a cuestiones que la técnica no puede resolver” (Machiavelli y Proulx, 2006: 202-203). Teniendo en cuenta la clase de decisión existen diversos tipos de tecnócratas: aquel que “piensa que existe una respuesta técnica y racional o todo problema; (...) no es consciente de la diferencia entre su ideología y su ciencia y termina por creer que su saber lo hace superior a los otros; (...) que es capaz de dar una opinión técnica pero que no toma decisiones políticas y por lo tanto, no se sustituye al político. El tecnócrata (...) es inconsciente de sus limitaciones y confunde su ideología con su ciencia” (Machiavelli y Proulx, 2006: 202-203).

3.3.4. Administración de personal

Los procesos de selección y ascenso son realizados tomando en cuenta los méritos, es lo que se ha denominado meritocracia, ésta se constituye en un mecanismo de legitimación de la tecnocracia. La capacidad es el criterio a través del cual se selecciona personal y se asciende en la organización tecnocrática, con lo que se quiere signi - car que la ubicación de los hombres en los cargos está por encima de intereses personales y extra-organizacionales (Ochoa, 1995).

En el proceso de reclutamiento de personal aplicado por la tecnocracia sustituye al sistema de mediación de partidos políticos, en este se incorpora de manera recatada la empresa privada, justificada en la transparencia que garantiza en el proceso de reclutamiento, el cual descansa sobre los principios de la meritocracia y la capacidad (Ochoa, 1993 y 2000).

En cuanto a los sueldos y otros beneficios económicos elevados, la tecnocracia ofrece excelentes sueldos a sus directivos más no así a sus trabajadores. Los altos sueldos son justificados debido a los aportes que hace el tecnócrata para el logro de los objetivos de la institución, convirtiéndose en otra manera de aumentar la eficiencia; de igual forma los tecnócratas gozan de beneficio tales como: porcentajes en utilidades, bonificaciones especiales, condiciones privilegiadas en materia de vivienda y salud, entre otras.

La tecnocracia desarrolla medios para incrementar su prestigio, para ello vive constantemente actualizándose, por medio de procesos de capacitación orientados a la búsqueda de eficiencia conforme a la demanda de los técnicos. La capacitación estimula cambios de la cultura clientelar del funcionario, por lo que se constituye en una inversión y no es vista como un gasto, puesto que se estima que la misma produce beneficio que repercuten de manera significativa en la organización pública.

En relación a la capacitación, ésta es programada por la institución, desde el ingreso del funcionario mediante la inducción, con el propósito fundamental de que el funcionario sea más eficiente en los objetivos

de crecimiento económico, desconociendo los complejos problema políticos y sociales a los cuales se enfrenta el Estado (Ochoa, 2000).

3.3.5. El control de gestión

Los mecanismos de control impuestos por las tendencias tecnocráticas descansan sobre el control de gestión y la auditoría externa, cuya base es la planificación estratégica desde el punto de vista formal, la cual tiene lugar en los niveles más altos de la organización quienes son controlados por el proceso de trabajo, y por los resultados esperados (Blanco citado por Ochoa, 1993). El llamado control de gestión, es un instrumento que permite hacer seguimiento a la gerencia, manteniendo ésta cierto grado de autonomía. Con dicho instrumento no sólo se ejerce control sobre los niveles ejecutantes, sino también sobre los directivos (Ochoa, 1995).

La auditoría externa se entiende como el examen de las demostraciones y registros administrativos para ofrecer una visión de exactitud, integralidad y autenticidad del hecho administrativo²⁴. Es un mecanismo al cual se recurre bajo la contratación de una empresa especializada para que por medio de la aplicación de los principios de la contabilidad, puedan verificarse los resultados de las transacciones adelantadas por las empresas. Inicialmente, la auditoría se limitó a las verificaciones de los registros contables, dedicándose a observar si los mismos eran confiables o no

3.3.6. Prestación y financiamiento de servicios

Bajo esquemas tecnocráticos, se da el proceso de privatización, a través de dos modalidades: a) con el traspaso de la propiedad jurí-

24 La auditoría viene desde tiempos muy remotos, durante la edad media se conocieron muchas asociaciones profesionales donde destacan los Consejos Londinenses en 1310, el Colegio de Contadores de Venecia de 1581, en el siglo pasado en los Estados Unidos, se conocieron importantes asociaciones que incluso implantaron una serie de normas y reglamentos que se conocen desde 1939 y que han venido siendo revisadas sistemáticamente desde 1943 (Jiménez, 2003).

dica y económica de las empresas del Estado al sector privado; y, b) traspasando la administración de servicios o el usufructo de un bien de tipo social o de apoyo a la economía, reservándose la propiedad jurídica.

La privatización se da con el argumento de contribuir a elevar los niveles de eficiencia de las empresas públicas y de los servicios sociales, porque se piensa que incorporando el estilo gerencial se resuelven los problemas de adecuación entre recursos y atención, estimándose que se puede producir un incremento de la calidad del servicio.

Con la privatización se introducen elementos del mercado como el cobro del servicio, lo que implica “la transferencia de la responsabilidad del financiamiento del sector público al usuario para que éste pague directamente...” (Homedas y Ugalde, 2001). Esto va en detrimento de principios como la gratuidad y la equidad, puesto que un gran número de usuarios, por carecer de recursos ven quebrantado el disfrute de los servicios. Desde esta perspectiva “(...) se ha introducido (...) la privatización cuyo potencial de éxito es dudoso (...). El experimento puede ser muy costoso (...) y negativo para la equidad, calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios” (Homedes y Ugalde, 2001).

La privatización está “asociada principalmente a unas disposiciones según las cuales el gobierno delega (...) la prestación de los servicios y el cobro de los fondos para financiarlos, esto es (...) el bien o servicio pasa a regirse por las leyes del mercado, excluyendo o permitiendo su consumo en función de criterios de rentabilidad económica” (Montagut, 2000: 132).

Esto conlleva a que servicios sociales como salud y educación pasen a forma parte de la esfera del mercado, quebrantando en la mayoría de los casos principios de gratuidad consagrados en las cartas magnas de los países.

3.4. Rasgos de la nueva gestión pública

3.4.1. Generalidad de la nueva gestión pública

El modelo gerencial “(...) tiene su inspiración en las transformaciones organizacionales ocurridas en el sector privado, las cuales modificaron la forma burocrático-piramidal de administración, flexibilizando la gestión, disminuyendo los niveles jerárquicos y, por consiguiente, aumentando la autonomía de decisión de los gerentes - de ahí el nombre de gerencial” (CLAD, 1998: 6).

Desde la década de los ochenta, se producen cambios en la administración pública, que han generado un estilo de conducción del aparato público denominado nueva gestión pública o modelo postburocrático. Este paradigma “se origina como un dispositivo conceptual inventado con el propósito de estructurar la discusión académica sobre los cambios contemporáneos en la organización y el gerenciamiento de la rama ejecutiva del gobierno” (Barzelay, 2001: 11). Asimismo se considera que “la nueva gestión pública debe ser concebida como un debate, o mejor como un diálogo acerca de cómo enfrentar operativamente cuestiones que se plantean tanto en teoría como en casos concretos, referidos al problema de cómo estructurar, gestionar y controlar la burocracia y el sector público en su conjunto” (Barzelay, 2001: 11).

En relación al surgimiento de este modelo, igualmente se argumenta que “la nueva gerencia pública surgió originalmente en Gran Bretaña durante el largo gobierno conservador encabezado por la señora Margaret Thatcher, en la década de los ochenta del siglo pasado. Se extendió rápidamente a la mayoría de administraciones de los países que integran la mancomunidad británica y a los Estados Unidos. Desde allí se propagó a los países desarrollados integrantes de la OCDE y, posteriormente, al resto de los países en transición y en desarrollo. Pocas naciones han escapado a la penetrante influencia de esta corriente administrativa. De un modo u otro, las administraciones públicas en todo el mundo llevan la impronta, más o menos profunda, de la NGP” (Pichardo, 2004:167).

En este contexto “el nuevo manejo público constituye una fuerza social poderosa, su espíritu está movido por “3e” que constituyen su código genético: economía, eficiencia y efectividad.” (Guerrero, 2004: 20). La nueva gerencia pública se encuentra configurada por: “(...) la orientación al cliente, la privatización, el mercado y la competencia, lo cual constituye una visión privada de lo público (...) debido a que tiene su origen en la ciencia económica y en particular en el pensamiento económico neoclásico, intentando imponer la noción de mercado como modelo sustitutivo del (...) esquema “burocrático” del Estado” (Guerrero, 2003: 381-384).

La propuesta de la nueva gerencia pública, se engrana con los principios del modelo de desarrollo neoliberal, por cuanto ambos modelos hacen referencia fundamentalmente a la reducción del papel de Estado, concediéndole mayor participación al mercado. El documento sobre la nueva gestión pública elaborado por el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) en el año 1998, plantea que, “el modelo gerencial tiene su inspiración en las transformaciones organizacionales ocurridas en el sector privado, las cuales modificaron la forma burocrático piramidal de administración, flexibilizando la gestión, disminuyendo los niveles jerárquicos y, por consiguiente, aumentando la autonomía de decisión de los gerentes- de ahí el nombre de gerencial”.

Mundialmente es conocido este modelo desde la década de los años ochenta, siendo el Reino Unido el que dio inicio a la denominada reforma gerencial, la cual conllevó al nacimiento del nuevo modelo de gestión pública, enmarcado dentro del sistema capitalista. En este país las transformaciones han sido significativas ya que han abarcado gran parte del aparato público. Con el transcurrir del tiempo este modelo ha sido incorporado a Nueva Zelanda, Austria (nación ésta en las que ha tenido un marcado desarrollo), Dinamarca, Finlandia, Irlanda y Suecia. Este impulso se debe a las necesidades de los procesos de la globalización y el desarrollo de una economía de mercado en expansión.

3.4.2. Modelo económico: Neoliberalismo

Esa ola expansiva que se vivió en Europa, rápidamente pasó a América Latina donde la crisis económica-política generó un ambiente en el que se instauró y comenzaron a producirse resultados, como en los casos de México, Argentina y Chile.

En este sentido, organizaciones que venían desempeñando un papel activo en la búsqueda de propuestas de reformas, como el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que habían propulsado una clara concepción de desarrollo hacia el mercado, tomaron un renovado auge vinculado con este enfoque.

3.4.3. Toma de decisiones

El modelo gerencial tiene sus raíces en la administración privada, donde se buscó cambiar el esquema burocrático-piramidal, por un modelo más flexible, que disminuyera los niveles jerárquicos e incrementara la autonomía de los gerentes, pasando de una administración centralizada a otra descentralizada; no obstante, en lo que respecta al sector público la reforma gerencial debe ser adecuada al contexto político-democrático que soporta al sector público. Siguiendo estos señalamientos, la Reforma Gerencial busca modernizar la administración pública, a través del aumento de los niveles de eficiencia, efectividad, flexibilización y democratización del poder, con la finalidad de elevar la capacidad de gestión, para el impulso del desarrollo económico y social (CLAD, 1998), con el fin último de ofrecer mejores y rápidas respuestas a las demandas de los ciudadanos.

Dentro de este marco, se introduce la descentralización hacia los niveles subnacionales, para mejorar las formas de dividir, organizar y coordinar las actividades de los entes u organismos gubernamentales de una manera más horizontal; sin embargo, con este nuevo paradigma no se busca sólo la reestructuración organizativa, sino la incorporación de elementos de la administración privada. “Con la descentralización se concede capacidad de decisión a los niveles

subnacionales del Estado, de manera que el ciudadano no tiene que recurrir al aparato central” (Ochoa, 1999: 79).

En este contexto, se flexibilizan las estructuras organizativas, dando origen a una toma de decisiones más ágil y oportuna que permite la interacción entre la negociación y la concertación en la adopción de decisiones, lo que permite un reconocimiento formal de la participación ciudadana en la gestión y demanda de servicios al aparato del Estado.

La toma de decisiones por medio de la participación ciudadana, puede estar direccionada en dos ámbitos distintos: por la definición de los servicios provistos y sus características, y/o sobre la gestión misma de los servicios públicos (Celedón y Noé, 1998). La participación ciudadana en la toma de decisiones abarca desde el estar informado hasta llegar a lo más complejo, como a participar en procesos de evaluación y control de la gestión pública a través de la cooperación, negociación y concertación, así como la puesta en práctica de situaciones específicas que afectan a cada localidad

3.4.4. Administración de personal

La nueva gestión pública tiene como objetivo la profesionalización de la burocracia conformada por el personal que ejerce funciones en el núcleo de las actividades centrales del Estado; meta que se logra con el desarrollo de los aspectos meritocráticos propios del modelo Weberiano (CLAD, 1998).

Los mayores esfuerzos, en el marco de la modernización de la administración pública, están orientados hacia la programación de actividades de capacitación a nivel directivo, como medio para incrementar la capacidad de la gestión estatal (Ochoa, 2000). Las fuentes de capacitación tienden a escogerse cuidadosamente, no se deja a la libre iniciativa del funcionario. En este sentido, se le da un peso al sector privado, desde donde han proliferado las ofertas de capacitación en el campo administrativo, en su mayoría consideradas válidas para el sector público y privado; igualmente pero donde también se ofrecen estrategias de formación específicamente para el sector privado

En cuanto a las modalidades de contratación es preciso destacar que las transformaciones sufridas en el aparato estatal, dieron paso a la introducción de elementos postburocráticos, que han facilitado la incorporación de lo que se denomina el paradigma de las Relaciones Laborales Postmodernas, cuyas características, son: descentramiento del trabajo, la inestabilidad en el empleo y la individualización; lo que ha como resultado el abaratamiento del costo de la mano de obra, cuya consecuencia es la reducción del salario real, reforzando la flexibilización de los horarios en función de las necesidades productivas. Este paradigma establece “Dos grupos de trabajadores: a) un núcleo de trabajadores estables, protegido con remuneraciones y calificaciones; y, b) una periferia inestable, precaria, rotativa, tercerizada o informal, lo cual conduce a la inestabilidad, no sólo en esa periferia precaria y rotativa, sino en todo el conjunto, habida cuenta de la flexibilización o desregulación de la contratación laboral y del despido...” (Ermida, 1999: 139).

Dentro de este marco laboral se establecen varios tipos de contratación laboral: a) La contratación del personal fijo o individual. En este caso los trabajadores cuentan con derechos laborales individuales más no colectivos, como el derecho a la huelga, a la sindicalización y a la contratación colectiva; lo que se busca es reducir el poder de los trabajadores basado en su acción colectiva; b) Por productividad. En este caso los trabajadores son pagados de acuerdo al número de actividades desarrolladas y seleccionados bajo criterios meritocráticos. Con esta modalidad se busca individualizar el pago y la anulación de la indemnización obligatoria por despido y el monto por antigüedad (Laurell, 2000); y, c) utilizando suministradoras de mano de obra, que conducen “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” (Ermida, 1999). Con ello se establecen contratos precarios de trabajo y subcontratacio-

nes en cascada, caracterizados por una externalización de riesgos y responsabilidades, con reducción de salarios y de empleo (Minayo y da Fonseca, 2000). Con este sistema el Estado lo que busca es “deslastrarse de compromisos laborales y asegurarse elevados niveles de productividad” (Ochoa y Rodríguez, 2001).

3.4.5. El control

La reforma gerencial del Estado, está orientada a modificar la organización del modelo weberiano; no se controlan todos los procedimientos que se habían cumplido en forma correcta, para preocuparse más por las ganancias de eficiencia y efectividad de las políticas. Con esta reforma, el control que antes era llevado a cabo sólo por los administradores y las estructuras internas de control externo e interno, lo que da paso, adicionalmente, a la combinación de cuatro tipos de control (CLAD, 1998).

El control por resultados²⁵, es implementado por la administración, para realizar una evaluación expost de las políticas y programas como medio para medir su desempeño y ejercer la rendición de cuentas. Este tipo de control supone la contrastación de las metas establecidas con los resultados realmente obtenidos (Mora, 2000), lo que permite determinar el grado de consistencia entre lo planificado y lo realmente ejecutado, para poder medir el grado de desempeño.

En relación al control contable de costos, el mismo abarca, “no sólo el control de los gastos realizados, sino también el descubrimiento de formas más económicas y eficientes de hacer cumplir las políticas públicas (...) lo que se pretende con este tipo de control es

25 Este tipo de control debe ser asumido como un proceso de aprendizaje por parte de los responsables de la ejecución de las políticas y los programas, puesto que confrontar lo planeado con lo ejecutado permite visualizar lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, no para vanagloriarse solamente de los triunfos, sino para determinar cuales pudieron haber sido los obstáculos presentes que no permitieron la obtención de determinadas metas en la prestación de un servicio público en particular. Esto permitiría que las metas que se trazaran a futuro no tengan la misma suerte que las anteriores.

tratar de incorporar una conciencia de costos en el servicio público, con el fin de valorar el buen uso de los dineros del Estado y respetar a la población contribuyente” (CLAD, 1998: 17).

Por su parte, el control por competencia administrada, o por cuasi-mercados²⁶, donde las diversas agencias (estatales, privados o públicos no estatales) buscan ofrecer el mejor servicio a los usuarios, se convierte en el principal instrumento que utiliza la administración pública gerencial (Bresser, 1999).

De igual manera, el control social, por medio del cual los ciudadanos evalúan los servicios públicos y/o participan en la gestión de los mismos, tiene una marcada relevancia, puesto que el mismo apunta a una “progresiva participación de los ciudadanos en la definición de criterios y parámetros a ser utilizados en la evaluación y control de los servicios públicos...” (Bresser, 1999: 124).

El control social posee un doble efecto, tal cual como lo indica el CLAD (1998), por un lado, permite la democratización del Estado y por el otro, el mejoramiento de la producción de sus políticas; también modifica la relación de la población con la prestación de los servicios.

Con estas reformas instrumentadas por el Estado, se han introducido varias modalidades para prestar los servicios públicos de tipo social, como lo son: a) la adjudicación de autonomía de gestión; y, b) la asignación de recursos por parte del Estado a través de convenios o contratos de gestión que sean capaces de garantizar el servicio con eficiencia, eficacia y efectividad (CLAD, 1998).

La incorporación de mecanismos de contratación a terceros, especialmente con el sector privado y con la externalización, la nueva

26 La incorporación de las estructuras de cuasi-mercados constituye una información clave en la preferencia por parte de los ciudadanos-usuarios para la evaluación de los servicios. Desde este punto de vista, la noción de ciudadano-cliente manifiesta que el mismo “tiene derecho no sólo a que los servicios prestados por el Estado sean eficientes y que cuesten el mínimo necesario, sino que también a que estos servicios sean de buena calidad” (Bresser, 1999: 123).

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).

3.4.6. Prestación y financiamiento

El traspaso de funciones del Estado a organizaciones del tercer sector²⁷; en este caso, reciben aportes financieros por parte del Estado para prestar servicios públicos, y tienen como responsabilidad ejecutar las políticas diseñadas, lo que no da cabida a que los ciudadanos participen en el diseño de políticas orientadas a la solución de sus propios problemas.

Esta transferencia hacia las organizaciones del tercer sector conduce a la transformación del modelo de gestión pública; en esta relación ellas cumplen funciones de bienestar colectivo, con recursos del Estado, lo que trae como consecuencia el quebranto de los intereses sociales (Ochoa, 2000). En este sentido, “La ayuda de ONG’s afecta a sectores pequeños de la población al generar entre comunidades competencia por recursos escasos, que generan distinciones insidiosas y rivalidades inter e intra comunitarias, socavando así la solidaridad de clase” (Petras y Vieux, 1999).

El financiamiento de los servicios sociales, bajo esquemas post-burocráticos deja de ser exclusividad del Estado, se incorpora al ciudadano y al sector privado como nuevas fuentes de financiamiento. El ciudadano pasa a convertirse en un usuario-cliente de los servicios, en virtud de que debe cancelar tarifas que cubran los gastos y gene-

27 Bresser y Cunill (1998: 27) identifican la existencia de cuatro formas de propiedad relevantes en el capitalismo contemporáneo; ellas son: la propiedad pública estatal, al cual detenta el poder del Estado y/o es subordinada al aparato del Estado; la privada, que está volcada al lucro o al consumo privado; la corporativa, que si bien no persigue fines lucrativos está orientada para defender los intereses de un grupo o corporación; la pública no estatal, la cual, aunque está regida por el derecho privado, no tiene fines lucrativos.

ren niveles de ganancia por los servicios demandados, violando preceptos constitucionales relacionados con la gratuidad de servicios de tipo social²⁸, esto arroja como consecuencia que un gran sector de la población quede excluida del disfrute de los servicios por no contar con recursos para cubrir los aportes exigidos.

El propio sector privado interviene en el financiamiento a través de aportes que en ocasiones puede ser en especie o en dinero, ya que ello contribuye a deducir de la renta bruta las liberalidades en cumplimiento de fines de utilidad colectiva y de responsabilidad social como contribuyente; dichos aportes son considerados donaciones que se efectúan a favor del Estado, estas liberalidades deberán perseguir objetivos benéficos, asistenciales, entre otros

A continuación, se presenta el Cuadro 1, que sintetiza las características que asumen la toma de decisiones, la administración de personal, el control, la prestación y financiamiento en los modelos teóricos de gestión del aparato público.

28 Por ejemplo, el caso Venezolano en materia de salud.

Cuadro 1. Rasgos comparativos de los modelos de gestión

Rasgos Administrativos	Modelos			
	Modelo Burocrático (Ideal)	Modelo Burocrático-Populista	Modelo Tecnocrático	Nueva Gestión Pública (Propuesta)
	Capitalismo	Sustitución de Importaciones	Economía de Mercado	Economía de Mercado
Contexto Económico		Proteccionismo por parte del Estado	Crisis del Estado de Bienestar o benefactor	Globalización y desarrollo de la economía
		Impulso del proceso de desarrollo	Neoliberalismo	
	Centralización de las decisiones Preferencia de	Centralización y concentración del Poder nacional	En manos de Especialistas	Descentralización hacia los niveles subnacionales
Decisiones	Leyes, reglamentos y prácticas de procedimientos para la Toma de	Principales sujetos de decisión: partidos políticos y empresarios	Sustitución de los partidos políticos por los tecnócratas	Participación Ciudadana
	Decisiones	Imperio de reglas informales y arreglos institucionales		
		Negociación y arreglos de acuerdo acomodados de intereses		

Cuadro 1 (Continuación)

Rasgos Administrativos	Modelos			
	Modelo Burocrático (Ideal)	Modelo Burocrático-Populista	Modelo Tecnocrático	Nueva Gestión Pública (Propuesta)
Administración de Personal	Selección con base al mérito	Selección y Reclutamiento con la intervención de los Partidos Políticos	Reclutamiento realizado por la tecnocracia en el sector privado	Flexibilización laboral.
	El sujeto debe ser nombrado por la autoridad superior	Alta rotación del personal público	Capacitación para la eficiencia	Subcontratación laboral
	Formación para desempeñar funciones especializadas	Escasa capacitación	Predominio de la meritocracia	Relaciones meritocráticas
	Control paso a paso de las normas y procedimientos	Extremo control en la formalidad pero no en la práctica	Reducción formal del control	Control por resultados
Control	(Riguroso control)	Control Clientelar	Aplicación de instrumentos de control de trabajadores	Control contable de costos
		(Débil control)	(Control de gestión Auditora externa)	Control por competencia administrada
				Control social (Fortalecimiento del Control)

Cuadro 1 (Continuación)

Rasgos Administrativos	Modelos			
	Modelo Burocrático (Ideal)	Modelo Burocrático-Populista	Modelo Tecnocrático	Nueva Gestión Pública (Propuesta)
Prestación y Financiamiento	Autoreferenciado	Intento de búsqueda de eficacia	Elevados precios para los usuarios	Elevados precios para los usuarios
		Bajos precios para los usuarios	Prioridad a los sectores económicos	Usuario-Cliente
		Político clientelar Inefectivo	Se goza de ciertos niveles de eficiencia	Privatización
		Servicios gratuitos	Exclusión de usuarios	Ciertos niveles de eficiencia, eficacia y efectividad
		Estado	Inequidad	Estado
			Estado	Sector Privado
			Usuarios	Usuarios

Fuente. Elaboración propia. (2006).

Capítulo IV

Gestión de la salud en la Gobernación del estado Zulia (2000-2005)

Este capítulo ha sido estructurado en dos secciones: en una primera, se plantea una reseña de la descentralización de la salud en el Estado Zulia desde 1989 hasta el 2000, con especial referencia a la gestión de los gobernadores predecesores al actual; y en una segunda parte, se explora la gestión de los servicios de salud en el período 2000-2005.

1. Descentralización de la salud en el estado Zulia: 1989-2000

En esta sección, se hará referencia de manera sucinta a la gestión que en materia de salud adelantaron: Oswaldo Álvarez Paz; Lolita Aniyar de Castro, Arias Cárdenas (Giovanny Villalobos y Germán Valero como encargados), como predecesores a Manuel Rosales.

a) Gobierno de Oswaldo Álvarez Paz: inicio de la descentralización en salud

Con la aprobación en 1989 de la Ley de Elección y Remoción de Gobernadores y Alcaldes, se da paso a la realización de las primeras elecciones de estas autoridades en todo país. En el primer proceso para elegir gobernadores, resultó electo Oswaldo Álvarez Paz²⁹, quien asume la gobernación enfrentándose a unas condiciones de salud, caracterizadas por: deiciente prestación del servicio, especialmente en el nivel de atención primaria I y II; lentitud en la de nición de

29 Es electo por el 38.44% de los votos y apoyado por los partidos COPEI, MEP, ARI Y MIR (CNE, 2006)

los términos en que se debía llevar a cabo el proceso de transferencia de competencias del gobierno nacional al regional; déficit de material médico-quirúrgico; deterioro de la infraestructura; entre otros.

Con el objetivo de incorporar los correctivos a la situación anteriormente señalada, se inicia en 1990, previo un conjunto de negociaciones, la transferencia de los servicios de salud. Álvarez se negó a renovar el convenio que se firmaba entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y la Gobernación (antes de ser descentralizada), el cual regía la administración y dirección conjunta de la red de servicios de salud primaria y hospitalaria, que venía funcionando desde el año 1964 en la región.

La transferencia del servicio, conllevó a que se creara en 1991, mediante decreto gubernamental, la Dirección Regional de Salud adscrita a la Gobernación del estado Zulia, funcionando a su vez como secretaría de salud del gobierno regional, constituyéndose en la autoridad rectora del sector en la región. Esta Dirección tiene como responsabilidad la gerencia de los procesos de fomento, promoción, y prevención, protección, restitución y rehabilitación para garantizar la atención integral en salud, "... funciona con el apoyo de las instalaciones, bienes y recursos que el gobierno del Estado posee para la prestación de los servicios de salud³⁰ y el mantenimiento de toda su infraestructura..." (Gobernación del estado Zulia, 1991).

De esta manera se inicia la gestión en materia de salud, cuyas acciones estuvieron orientadas a: 1) la regionalización de la salud, en este caso referida a la transferencia a nivel de la región de los servicios de salud; 2) decreto de municipalización³¹ de salud, es decir, se

30 Ese mismo año mediante decreto regional se promulga la sectorización del sector salud del estado Zulia, en cinco regiones, a saber: Maracaibo (Región Capital), Sur del Lago, Costa Oriental del Lago, Perijá y Guajira" (Rodríguez, 2006: 99).

31 Refieren Polanco y Pereira (2002: 82) "a pesar de lo relativamente avanzado de la descentralización de los servicios de salud en el país, la experiencia de la municipalización es (...) inexistente"

hizo la división de los municipios sanitarios conforme a la configuración político territorial del estado, sin llegar a transferir los servicios a los municipios; 3) ampliación de la cobertura del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) a los municipios; 4) diseño estratégico para desarrollar los Sistemas Locales de Salud, (los cuales se quedaron en el camino y no lograron consolidarse); 5) mejoramiento de la planta física y mantenimiento general de los ambulatorios y hospitales, así como la construcción y apertura de nuevos centros de atención entre los cuales destacan: Hospital de Paraguaipoa, Hospital de Caja Seca, el Guayabo, Hospital I Dr. Senen Castillo Reverol, Unidad Docente Familiar de Sierra Maestra, y creación de tres ambulatorios; 6) atención a la infraestructura física del Hospital de Niños, Hospital Central, Hospital Universitario; Hospital Cecilia Pimentel y a la Unidad Geriátrica; 7) estabilización del clima laboral, mediante la firma de convenios colectivos; h) Desarrollo y estímulo de la Medicina Familiar; entre otras (Paz, 1993).

El ejecutivo regional asume la administración y dirección de los recursos y se adjudica los costos, así como el control directo del personal; esto originó un incremento desproporcionado de la nómina de empleados (Rodríguez, 2006); igualmente asumió la responsabilidad sobre la infraestructura física de los centros de atención que fueron transferidos.

Este período de gobierno fue de trascendencia para la historia en materia de salud del Zulia, pues se dieron pasos que ayudaron a surgir el Sistema, a pesar que ciertas acciones no lograron materializarse durante este periodo de gobierno, como fueron el desarrollo de la atención primaria y los sistemas locales de salud, pero que sirvieron de base para su impulso.

b) Gobierno de Lolita Aniyar de Castro³²: Hacia la concreción de la descentralización y antecedentes a la privatización

32 Fue la primera mujer venezolana electa para ocupar el cargo de gobernadora, antes ya se había convertido en la primera mujer en ser electa diputada para el antiguo Consejo Legislativo (hoy Asamblea Legislativa) del Estado Zu-

Álvarez Paz renuncia en 1993 a la Gobernación del Estado para dedicarse a su campaña presidencial, dado el vacío dejado se convocan a elecciones regionales resultando electa, Lola Aniyar de Castro, con apoyo del Movimiento al Socialismo (MAS), varios partidos y grupos pequeños de izquierda³³⁻³⁴. Su elección fue para cubrir el tiempo que le restaba a Oswaldo Álvarez Paz, es decir 1994 y 1995, período en el cual se intentó un proceso de reforma alternativo, teniendo como base la justicia social (Fuenmayor y Ochoa, 2003).

Este gobierno se caracterizó por su alto contenido social, el cual aparece reflejado en la propuesta “El Zulia que queremos, el Zulia que podemos alcanzar”. Sin embargo, al sector salud fue altamente burocratizado, con exagerada politización, dispersión de los recursos, corrupción, esquemas administrativos arcaicos, poca o nula participación de la comunidad, entre otros.

Para combatir esta situación se delinea un conjunto de estrategias a seguir entre las cuales se destacan: a) firma del convenio de la descentralización del sector salud; b) reestructuración administrativa del sector; c) impulsar la medicina preventiva, curativa, rural; d) salud materno infantil; f) salud mental; f) política farmacéutica; h) promoción de la participación comunitaria; i) impulsar el convenio de investigación en el área de salud con la Universidad del Zulia y Fundacite Zulia.

lia y la primera electa senadora al entonces Congreso Nacional hoy Asamblea Nacional

33 PCV, Liga Socialista, Bandera Roja, Movimiento Electoral del Pueblo y La Causa Radical.

34 En 1993 resulta ser la primera mujer en Venezuela electa Gobernadora, para el Estado Zulia, desde donde ejerció un gobierno extremadamente novedoso, fundada en la participación popular, tanto en educación, como en salud, en vivienda, en cultura y en seguridad, enfrentando los problemas fronterizos con todas sus implicaciones; pero sobre todo defendiendo los derechos de los ciudadanos desde el Poder <http://shop.logos.it/users/lolita>

Este plan se diseñó a corto plazo y a largo; en el corto plazo, se perseguía sentar las bases para la materialización de algunas de las acciones delineadas para los dos años de gobierno; una de ellas y quizás la de mayor visibilidad fue la continuidad de los lineamientos trazados en materia de descentralización del sector salud, que se logra con la firma del convenio de transferencia del servicio entre la gobernación y el gobierno nacional, y se da paso a la creación de la Fundación para la Promoción de la Salud en el Estado Zulia (FUNDASALUD), conceptualizada como:

Entidad autónoma sin fines de lucro, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con el fin de coadyuvar en el mejoramiento de los servicios de salud en el estado; garantizando los recursos financieros que el gobierno designa para el desarrollo de programas prioritarios, incluyendo docencia e investigación; así como la infraestructura ambulatoria y hospitalaria del sector salud; a través de la interacción sinérgica con la comunidad, los gerentes de las organizaciones y el resto de las instituciones que participan en la prestación de servicios de salud, enmarcados dentro de los planes y políticas establecidas por el Sistema Regional de Salud y el Ministerio de Sanidad y Asistencial Social (Gobernación del estado Zulia, 1994).

Con la firma del convenio de transferencia, se abarcó inicialmente cuatro centros hospitalarios: Hospital General del Sur, Hospital de Cabimas Dr. Adolfo D'Empaire, Hospital Dr. Hugo Parra León y el Hospital de Machiques; cada uno con su respectiva su red ambulatoria.

Como gobierno de izquierda promovió la justicia social. En materia de salud pública se intentaron esfuerzos por la gratuidad de los servicios de salud, sin embargo, estuvo influenciada por las prácticas modernizadoras promovidas por los organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, al aprobar un decreto que sentó los antecedentes para la privatización del servicio, a pesar de no materializarlo durante este gobierno.

En abril de 1994, se emite el Decreto No. 79³⁵, mediante el cual en ningún caso se negará a los ciudadanos la asistencia médica en los establecimientos públicos; tampoco se negará la asistencia médica en clínicas u hospitales privados en caso de emergencia (Gobernación del estado Zulia, 1994).

Este decreto en su artículo 2, se refiere concretamente a la gratuidad para el usuario de los servicios de salud pública; si bien es cierto, que por otra parte, dejó abierta la posibilidad del cobro por el servicio al referir que “sólo podrá cobrarse por tales servicios: a) los pacientes remitidos por organismo públicos o privados con capacidad de pago, en la medida de tal capacidad; b) las personas protegidas por seguros u otros sistemas de previsión social, en la medida de protección recibida; y, c) aquellas personas a quienes se les determina capacidad de pago mediante un estudio social. En los centros dispensadores de salud donde el Sistema Regional no haya dispuesto los recursos materiales para el estudio social mencionado, las Juntas socios-hospitalarias o socios”.

Con esto se conjugaron dos formas de financiamiento de los servicios de salud, una directamente por parte del Estado, y otra por los pacientes, que en determinadas circunstancias pasan a convertirse en usuarios-clientes, mediante el aporte de colaboraciones en la medida de su capacidad de colaboración. Estas contribuciones eran recibas básicamente en las fundaciones creadas en materia de salud y en los centros asistenciales que contaban con las oficinas recuperadoras de costos.

En 1995, se da inicio al proceso de transferencia del personal³⁶, pero no hubo interés de ninguna de las partes, especialmente por

35 Este decreto fue firmado por Lola Aniyar de Castro, como Gobernadora del estado Zulia; Eduardo Coello Torres, Secretario de Gobierno y Oscar Rincón León, como Secretario de Administración.

36 Hasta la fecha se han realizado varios inventarios pero el traspaso no ha logrado materializarse.

parte del gobierno regional, en vista del problema que ocasionaban los pasivos laborales, constituyéndose así en una de las trabas del proceso de descentralización político territorial.

En líneas generales se puede concluir, que bajo el gobierno de Lolita Aniyar, se sientan las bases –antecedente– para la privatización del servicio, al aprobar las colaboraciones, solo que su periodo fue tan corto que no logro materializarse; se organizaron los SILOS como táctica operacional para adelantar la estrategia de atención primaria de salud. Con esta táctica se pretendía poner en práctica la aplicación de mecanismos y estrategias que estuvieran dirigidas a la prevención, defensa, reparación y promoción, con el propósito de mantener la integridad, capacidad y potencialidad de las personas, familias y grupos (Alarid, 1990). En el estado, se creó una Coordinación Regional de SILOS, con el fin de darle viabilidad a la táctica propuesta por la Organización Mundial de la Salud para mejorar las condiciones de vida de las personas.

Asimismo, se dieron pasos en la configuración de las Juntas Sociocomunitarias, mas no fue así con las juntas socio-hospitalarias, las cuales estaban diseñadas para integrar un amplio número de personas (eran 13 instituciones de la sociedad, las cuales llegaban a tener mas de dos representantes, uno de esos casos fue la Universidad del Zulia, cuyos representantes eran de las Facultades de Economía, Medicina, Ciencias Jurídicas y Políticas, entre otras); sin embargo, esto dificultó el nivel de convocatoria, lo que se constituyó en un factor conspirador para su conformación e implementación. Sin embargo, durante este periodo, se lograron grandes mejoras en la infraestructura de los centros asistenciales, así como todo lo relacionado con la atención a los pacientes (Rodríguez, 2006).

Para las elecciones de 1995, Lola Aniyar de Castro “(...) compete en las elecciones (regionales) (...) y pierde frente al comandante Francisco Arias Cárdenas, quien había participado en el intento de golpe de Estado en febrero de 1992 (...)” (Fuenmayor y Ochoa, 2003: 199).

c) Gobierno de Arias Cárdenas³⁷: Descentralización privatizada de la salud

Arias Cárdenas, en su programa de gobierno, planteó el desarrollo de una política de desarrollo que garantizara la equidad y la justicia de oportunidades, intención que como se verá más adelante, no pudo ser cumplida; fue un periodo de injusticias y de poca igualdad de oportunidades. Sin embargo, para poder contrarrestar dichas condiciones delinea en el documento “Mi Programa de Gobierno”, las siguientes acciones: a) fortalecer la atención primaria de salud; b) mejorar las acciones y políticas dirigidas al fomento de la salud, el saneamiento ambiental, la prevención de las enfermedades y epidemias; c) reestructurar, fortalecer y modernizar el Sistema Regional de Salud; en este sentido, se dio inicio a un proceso de reconversión laboral emprendida por la Comisionaduría de Modernización para el Estado, lo que hizo que el personal identificado como excedente fue reducido paulatinamente mediante su conversión en pequeños empresarios (que en realidad fueron convertidos en microempresarios), para prestar sus servicios al propio Estado.

Se desarrolló una errada concepción de las denominadas microempresas, puesto que un microempresario “...es un trabajador que combina capital, trabajo, tecnología y una específica capacidad de gestión, sometido al mercado con condicionamientos de productividad y competitividad” (Iranzo, 1990: 26). En este sentido, los trabajadores de salud convertidos en microempresarios, están lejos de serlo por varias razones: a) no son propietarios de los instrumentos de trabajo; b) se organizan a partir de información suministrada por el centro asistencial que las promueve, por lo que no están en el mercado; c) todos los socios deben apegarse a los criterios de selección del centro asistencial; d) no participan en la fijación del precio de su

37 Apoyó a Hugo Chávez en el golpe de estado de 4 de febrero de 1992 contra el gobierno de Carlos Andrés Pérez, dirigió el Batallón de Maracaibo, el cual fracasó, sufriendo prisión junto con Chávez. Salió en libertad en 1994, después de recibir la amnistía por Rafael Caldera

trabajo; e) algunas microempresas tienen empleados que no son socios y se rigen por la Ley Orgánica del Trabajo; f) el ingreso que perciben es similar al que reciben en el aparato estatal, siempre y cuando cumplan con la productividad esperada, no hay estabilidad laboral y el ingreso disminuye si no cumple con los estándares esperados (Ochoa y Rodríguez, 2001). El centro asistencial en el que predominó este tipo de prácticas ha sido la unidad docente asistencial Luis Sergio Pérez, dirigido por Félix Grúber, quien llegó a desempeñarse como Director del Sistema Regional de Salud durante el gobierno de Arias Cárdenas, y quien pretendió irradiar el modelo de todos los centros asistenciales del estado Zulia.

Otro de los elementos del programa fue el fomento de la autonomía ejecutiva y administrativa de las unidades del servicio, imponiendo una política de estricto rendimiento de cuenta, informatizando el sector y disciplinado el gasto. Con esta acción se fortaleció el cobro de los servicios permitido bajo decreto durante el gobierno de su predecesora. Los pacientes llegaron a convertirse en la mayoría de los establecimientos de salud en usuarios - clientes, dado que debían colaborar o cancelar unas tarifas por los servicios demandados. Estas acciones fueron argumentadas, con la excusa que era necesario estimular y fomentar mecanismos eficientes y transparentes de captación de recursos provenientes del sector privado, de los propios usuarios y los organismos multilaterales.

Indiscutiblemente ambas prácticas, es decir, conversión de personal del Sistema Regional de Salud en microempresarios y el cobro por los servicios, impone prácticas privatizadoras propias del modelo de economía de mercado que han resquebrajado derechos laborales y sociales. La instauración de este modelo ha quebranto principios establecidos en el programa de gobierno, entre ellos, destacan: la meritocracia, capacitación, profesionalización, especialización y sinceración de nóminas.

En 1996 se logró la transferencia de la mayoría de los establecimientos adscritos al MSAS (97%), faltando sólo seis hospitales y dos ambulatorio, entre los que se encontraba el Hospital Universitario de

Maracaibo, que en junio de 1995, bajo el Decreto N° 735³⁸, publicado en la Gaceta Oficial N° 35.760, es transformado en Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, sin personalidad jurídica. De este decreto resaltan tres puntos que marcarían la diferencia: el autofinanciamiento, la existencia de un Comité Directivo como máxima autoridad de la Institución y un Comité Asesor. Compartiendo su representación con algunos de los miembros del Comité Asesor, el Comité Directivo estaba conformado por representantes del MSAS, Gobernación del Estado Zulia, LUZ, Maraven y Fuerzas Armadas, cuyas atribuciones fueron dictadas por el Ministro (Sahum, 2006)

En ese mismo año, se firmó un convenio con el MSAS, para sincerar los salarios del personal adscrito al sector salud. Con relación a la transferencia para prestar los servicios del Instituto Nacional de Nutrición (INN), Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER), Fundación para el mantenimiento de la Infraestructura Médico (FIMA) y Programa Alimentario Materno Infantil (PAMI), sólo se realizaron trámites y reuniones de trabajo con el INAGER, pero en la práctica nada logró concretarse.

Durante gobierno Arias Cárdenas asumió interinamente el cargo de gobernador Giovanni Villalobos³⁹, quien hacia finales de 1998, aprueba la Ley de Descentralización y Transferencia de Servicios y Recursos del Estado Zulia, la cual se constituyó en letra muerta, pues no se logró implementar los principios, medios y procedimientos para la delimitación y transferencia del ejercicio de los servicios correspondientes a las competencias concurrentes entre el estado Zulia y sus municipios. Esto no pudo materializarse porque hasta ese

38 En febrero de 2004, en la Gaceta Oficial 37.873, se oficializa la modificación del Decreto 735, se introdujeron cambios que dieron paso a la participación ciudadana, a través de los Comités de Salud y la Contraloría Social, lo que permitiría poder cumplir con el mandato constitucional de gratuidad total de la salud, norma que desde entonces se cumple en el SAHUM y se decreta su recentralización (Sahum, 2006).

39 Fue designado gobernador encargado el 22 de Julio de 1998.

momento el estado Zulia no había logrado un avance significativo en el proceso de descentralización en materia de salud, tan sólo contaba con la transferencia de los centros asistenciales, ya que “(...) no se ha logrado transferir ciertos servicios, ni el personal, ni los bienes (...)” (Pirela, 2006).

En 1998, el Gobernador del Estado solicitó a la Comisionaduría de Modernización los estudios necesarios para iniciar el proceso de fusión entre el Proyecto Salud y Fundasalud, debido a la similitud entre la visión y misión de ambas organizaciones, dedicadas a la transformación de la realidad del sistema de salud en la región. Se realizó un informe al Gobernador, especificando los pasos que había que iniciar para proceder a la fusión, previéndose los aspectos administrativos, financieros, organizacionales, de personal y constitutivos, producto del análisis de la información. Este proceso, a pesar de contar con la aprobación y directriz del gobernador para ser ejecutado de inmediato, se retrasó por siete meses, sin explicaciones técnicas, ni administrativas que dieran cuenta de tal retraso.

Los reportes acerca de las decisiones, contradecían punto a punto lo sugerido en el informe y lo aprobado por el Gobernador (Reina, 1999):

1. No se nombró al Director del Sistema Regional de Salud, como Presidente de Fundasalud, siendo la recomendación que el encargado del sistema de salud estuviera al frente de la Fundación, sin la carga de un director administrativo pero sí garante y coordinador de las políticas de salud en el Estado. Para ello se recomendaba la figura de un director ejecutivo que tuviera responsabilidades operativas. Se consideraba que era inaudito que la máxima autoridad en salud ocupase simplemente un puesto en la Junta Directiva.
2. Se recomendó constituir una Junta Directiva con representantes institucionales provenientes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; igualmente se designó una junta de personas sin representación alguna con el único mérito de ser gente de “confianza” del gobierno. La recomendación

era fortalecer esa y otras fundaciones en dos sentidos: abrir el espacio de toma de decisiones a la sociedad civil y combatir el clientelismo. El ciudadano común desconfía de las Fundaciones por considerar que se abren para mantener a los amigos del gobierno, y es sólo con decisiones transparentes y sencillas como se puede demostrar con hechos que este Gobierno estaba comprometido con el cambio.

3. No se implantó la estructura organizacional propuesta, ni los cambios de personal recomendados. Desde el inicio se observó que la planta humana de Proyecto Salud estaba mucho mejor capacitada y organizada; la idea era que Fundasalud aprovechara ese capital para mejorar sus procesos y adoptara la cultura de trabajo ya implantada en Proyecto Salud (PS). Se vio con asombro cómo personal altamente capacitado de PS estaba siendo despedido y cómo la organización que se estaba adoptando era la mera apertura de un espacio físico para que los de PS trabajaran “en lo suyo”.

En el mismo período de Arias Cárdenas, se designa como gobernador encargo a Germán Valero⁴⁰, bajo su gestión, se aprueba el reglamento 961, donde “se describe la concepción, integración, administración de las oficinas recuperadoras de costos de salud y de los organismos de control y supervisión de las Juntas⁴¹ socio-Hospitalarias, Socio-Sanitarias y Socio-Comunitarias del estado” (Rodríguez, 2006), que habían sido promovidas por el gobierno de Lolita Aniyar de Castro.

Este decreto corresponde al Reglamento No. 7, el cual tenía por objeto regular el funcionamiento de las mencionadas Juntas, bajo el principio de aportes voluntarios y participación ciudadana; sin embargo lo que se pretendió fue establecer otra modalidad de gestión,

40 Designado como gobernador encargado por un período igual a un (1) año, siete (7) meses y cinco (5) días.

41 Todas estas juntas desaparecen progresivamente a partir del 2004, bajo el gobierno de Manuel Rosales.

afincada en la autogestión financiera, sin concretarse realmente la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones.

Se debe tener en cuenta “que uno de los supuestos principales de la descentralización del Estado es su incidencia en el desempeño de los servicios públicos, toda vez que el traslado de recursos y poder de decisión a los niveles territoriales de gobierno constituye un incentivo para que los servicios mejoren” (Mascareño, 2000: 111).

Sin embargo, en la evaluación realizada por Grúber del período 1996-2000 indica que “al hacer una evaluación de los centros de salud en el Estado Zulia, nos lleva en la mayoría de los casos a hospitales en mal estado donde los pacientes tienen que comprar sus insumos,... hemos detectado que en todo los hospitales hay uno o más de dos pisos inutilizados, bien porque se inició una remodelación que nunca se terminó, o porque son tan inmensos que no hay posibilidad de atenderlos, la idea es utilizar los espacios muertos de los hospitales para abrir nuevos servicios de microempresas” (Paredes y col, citado por Ávila, 2004: 106).

Esto demuestra que no ha sido mucho lo que ha alcanzado el proceso de descentralización en materia de salud en el estado Zulia, cuando las autoridades regionales competentes reconocen la inoperancia de los centros asistenciales, la cual viene dada por la aplicación de políticas ineficaces e incapaces de contribuir a mejorar la prestación de los servicios, situación que conlleva a utilizar alternativas de gestión que colindan con los preceptos constitucionales, tales como la gratuidad, equidad y justicia, ya que la utilización de las microempresas soportan al traspaso y pago de los servicios.

El periodo de gobierno de Arias Cárdenas, en materia de salud marcó los destinos del sector, convirtiéndolo en el mercado de los servicios, lo que permitió el quebranto de los principios de equidad, igualdad, accesibilidad y demás normas consagradas en el Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Éste no logra culminar su periodo de gobierno, pues renuncia, dadas sus aspiraciones a la Presidencia de República, en virtud de sus desavenencias con el Presidente Hugo Chávez, quien fue su comandante y amigo durante el golpe de estado que se gestó a Carlos Andrés Pérez.

2. Tercerización y gratuidad en los servicios de salud: 2000-2005

En las elecciones regionales del 2000, resulta vencedor Manuel Rosales⁴², quien al asumir el ejercicio de sus funciones gubernamentales da continuidad a las prácticas neoliberales impuestas por el gobierno de Arias Cárdenas, en el sector salud; pero 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 la salud más humana que la planteada en la Constitución de 1961.

En su campaña 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

42 Manuel Rosales gana las elecciones de gobernadores 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.). Fundador del partido Un Nuevo Tiempo, fue concejal y alcalde de Maracaibo, hasta que es electo gobernador para el período 2000-2004, y reelecto en 2004, siendo uno de los únicos gobernadores de oposición al presidente Hugo Chávez. Líder del partido Un Nuevo Tiempo, que nació como un partido regional a finales de 1999 en el estado Zulia. Para las elecciones presidenciales del 3 de diciembre se convirtió en partido nacional apoyando al Gobernador del Zulia, Manuel Rosales, y se posicionó como el primer partido de la oposición y el segundo más votado del país, al obtener 1.546.412 votos (13,36%), siendo el más fuerte rival para el partido izquierdista y oficialista Movimiento V República.

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) instaurar 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 2005? Para dar respuesta a esta interrogante, se plantean tres casos, relacionados con 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: toma de decisiones, administración de personal, control, prestación y financiamiento del servicio en el período objeto de estudio

1) Transferencia a terceros: unidad docente asistencial Luis Sergio Pérez

a) Toma de decisiones

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). Como es de observar, se transfiere a empresas privadas y/u organizaciones del tercer sector⁴³, el servicio como uno de los lineamientos fundamentales del modelo de gestión. Las microempresas fueron creadas con el antiguo personal de los centros asistenciales, funcionan sólo en los centros asistencia-

43 “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 (...).Las organizaciones sin fines de lucro, son el vivo ejemplo de éste sector” (Richer y Ortiz, 1998: 181).

les mencionados, y se escapan de la esfera del mercado, es decir, no funcionan en otros centros asistenciales (Rincón, 2004).

El caso emblemático de la implementación de las microempresas ha sido la Unidad Docente Asistencial Luís Sergio Pérez, ubicada en el municipio San Francisco; este centro asistencial fue entregado en 1993 por la Gobernación del Estado mediante acuerdo⁴⁴, sin que medie ningún documento formal con la Fundación Venezolana de Medicina Familiar⁴⁵ Dr. Pedro Iturbe (FUNVEMEFA)⁴⁶, para la administración de los servicios de la mencionada especialidad. Este traspaso deja ver de manera implícita el interés por parte del gobierno regional de deslastrarse de sus funciones públicas en materia salud, así como el reducir costos en el sector.

Existe un comité ejecutivo integrado por el gerente médico, el gerente administrativo y el director del ambulatorio –quien a su vez es miembro de FUNVEMEFA y coordina el comité ejecutivo–. Se reúnen una vez por semana, para evaluar el funcionamiento general del ambulatorio; también se crea una junta de compra conformada por el gerente administrativo y el gerente médico y dos representantes

44 Hay violación del artículo 5 párrafo único del Reglamento de funcionamiento de las Ong's, pues se establece que la "Ong's pasa a administrar los bienes muebles, inmuebles y equipos, previo levantamiento del acta de transferencia con la gobernación del estado Zulia, manteniendo la Gobernación, los derechos sobre los bienes (...) los cuales no podrán ser desincorporados, comprometidos, gravados o enajenados, ni destinados a un fin distinto de la prestación del servicio en el establecimiento de salud" (Gobernación del estado Zulia, 2003).

45 La medicina familiar es, según Iturbe (1986: 4) "una disciplina esencialmente dirigida al ejercicio de la atención primaria de buena calidad, a base de médicos especialmente capacitados por medio de cursos de post-grado".

46 Organización corporativa liderada por médicos que defienden la medicina familiar.

de la Asociación Civil Unidad de Medicina Familiar (UNIMEFA)⁴⁷. En la práctica UNIMEFA es constituida por dos vecinas, la relación de estas personas con las comunidad es escasa (Ochoa y Rodríguez, 2001). El proceso de toma de decisiones, aun cuando es centralizada, descansa en manos de los líderes de la medicina familiar, lo que denota una toma de decisiones propias del modelo tecnocrático.

Las materias objeto de decisión descansa en manos del comité ejecutivo de médicos de medicina familiar, y la participación de UNIMEFA es cooptada por FUNVEMEFA y están orientadas a: presupuesto, contratación de personal, modificación de sueldos y salarios, vacaciones, normas y reglamentos, remodelación e infraestructura, cambios en servicios, despidos, horario de trabajo, metas de la institución, objetivos de la institución, entre otras (Luengo y Tarazona, 2001).

b) Administración de personal

El personal administrativo y microempresarios, inicialmente fueron contratados directamente por el centro asistencial, siendo instruidos legal y administrativamente para conformar microempresas (Zárraga, 2001). Son seleccionados con base a dos criterios: uno mediante evaluación de credenciales; la evaluación es 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 introducción de elementos políticos-clientelares, propios del modelo burocrático populista, se encuentra al margen de la selección del personal, sin embargo es prematuro afirmar su total exclusión, puesto que no se pudo ir más allá, en virtud de las limitantes en la

47 Asociación creada por FUNVEMEFA, con el propósito de administrar la Unidad, lo cual no se ha logrado.

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, propia del modelo de la nueva gestión pública.

c) Control

Los microempresarios son sometidos a control del proceso de trabajo, basado en el cumplimiento de las metas o procedimientos que deben realizar por hora; igualmente se controlan por resultados, teniendo en cuenta el registro de las estadísticas epidemiológicas; igualmente se vigila si se lleven correctamente (Peñuela, 2000). Estos controles son establecidos por la fundación, tal como si fuese empleado de ésta (Ochoa y Rodríguez, 2001).

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 y ecografías (Luengo y Tarazona, 2001). Se presta atención a las personas de la zona sur y al público en general.

Este tipo de servicio de salud 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, “todo tiene un costo, (...) de alguna parte deben salir los recursos” (Atencio, 1997). Vale la pena destacar que “la unidad se autofinancia con las colaboraciones... y promueve e implementa políticas de autogestión” (Zárraga, 2001). Es decir, que “se apela al concepto de autogestión comunitaria con un contenido económico, buscando implantar el cobro del servicio” (Ochoa y Rodríguez, 2001).

Los gastos están orientados, fundamentalmente, al pago del personal administrativo y a los microempresarios; reparación y mantenimiento de equipos; materiales médicos, odontológicos, laboratorio, tecnológicos, muebles; las actividades del postgrado de medicina familiar (Ochoa y Rodríguez, 2001; Zárraga, 2001).

En el 2003, se crea la comisionaduría de modernización, dirigida por Felix Gruber, 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. Según los resultados el modelo de gestión en salud, a partir de un estudio de factibilidad, realizado por funcionarios de la comisionaduría de modernización de la gobernación vinculados al modelo, comprobaron que el modelo era beneficioso y rentable para el gobierno nacional más 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 un 80 y 90% de independencia, en virtud del buen proceso de autogestión.

Para dar continuidad a esta práctica dentro del sector salud, se decretó⁴⁸ el Reglamento Interno de Funcionamiento de las Organizaciones No Gubernamentales, que asumían la administración de los establecimientos de salud; su contenido se aplica netamente a las Fundaciones con personalidad jurídica propia. Es necesario precisar que las fundaciones tienen forma jurídica propia 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. Las fundaciones creadas por particulares se refieren a “personas jurídicas del derecho privado, creadas por iniciativa particular, mediante la afectación

48 Decreto 115, de fecha 01 de octubre de 2003, publicado en la gaceta Oficial Extraordinaria No. 783

permanente de un patrimonio, para cumplir una misión de utilidad general, sin ánimo de lucro conforme a la voluntad de sus fundadores” (Colmenares, 1995: 48).

2) Programa Barrio a Barrio

Una segunda acción implementada ha sido el Programa Social Barrio a Barrio, el cual se inicia como proyecto en el 2002, adscrito a la Dirección Regional de Desarrollo Social⁴⁹; posterior al 2003, se ha ido ejecutando como Jornada Cívica Barrio a Barrio.

a) Toma de decisiones

Las decisiones inherentes al programa descansan en manos de la Dirección de Desarrollo Social, al margen del Sistema Regional de Salud; esto evidencia que se adelantan programas compensatorios que intentan minimizar la problemática de salud en las comunidades de pocos recursos económicos, sin considerar las líneas rectoras del nivel regional en materia de salud, se adelanta un proceso de decisiones burocráticas populistas.

b) Administración de personal

El personal médico, de enfermería, odontología, que labora en las jornadas cívicas, es contratado para periodos de tiempo (los cuales imponen procesos de flexibilización y precarización laboral), son seleccionados de manera formal bajo criterios meritocráticos, pero en la práctica se evidencia la prevalencia de rasgos políticos clientelares propios del modelo burocrático populista. El personal administrativo se encuentra adscrito a la Dirección de Desarrollo Social, quienes gozan de estabilidad laboral y por ende, de todos los derechos laborales individuales y colectivos establecidos en la Ley Orgánica del Trabajo.

49 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)

c) Control

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. Se trata de remediar puntualmente un problema, mas no se toca otro aspecto relacionado con la prevención, y con respecto al control, se adelanta de acuerdo a los resultados alcanzados, es decir, se contrastan las metas en números de jornadas y número de personas previstas a ser atendidas. Se impone de esta manera un control por resultados tal y como lo señalan las practicas tecnocráticas. Se está ante la presencia de un programa que se concentra en prácticas propias del modelo burocrático populista, que se funda en una prestación de servicio de orientación curativa en contraposición a la prevención de la salud.

Este programa nace para competir con el programa Barrio Adentro, el cual surge dentro de la definición estratégica del Plan Bolívar 2000, que busca desde entonces atacar la exclusión (López Maya, 2004), para darle una respuesta a la deuda social en materia de salud. El contexto político en el cual este programa se viene adelantando no ha sido favorable, pues sufre los ataques de la oposición que se alinean en contra de la implantación de este programa (Rodríguez, y col 2006). Los principios de este programa son equidad, justicia, universalidad, gratuidad y accesibilidad.

Las jornadas se realizan en las distintas parroquias y municipios del estado Zulia, facilitándole a la población servicios en el área de salud; se cuenta con unidades móviles, material requerido para atender a las comunidades más necesitadas, y personal capacitado con la asistencia de médicos venezolanos. En las jornadas participa un numeroso equipo de profesionales, que cuentan con recursos económicos necesarios para el desarrollo de las mismas, pudiendo garantizar el logro de los objetivos planteados por el Gobierno Regional, al contribuir solidariamente con las comunidades de escasos recursos en la accesibilidad de los bienes y servicios especializados de manera gratuita.

A través de las jornadas especiales se presta atención en los barrios en las área de salud de tipo curativa, tales como: a) medicina preventiva y curativa e 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, como 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).

Estas jornadas (desde el 2003 hasta febrero de 2004), han recorrido los municipios del Estado Zulia, se han realizado 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 una primera fase fueron realizadas 271 jornadas y se atendieron a 440107 personas; una segunda con 231 jornadas ejecutadas con 354.864 personas atendidas; una tercera fase con 172 jornadas, donde se atendieron a 248.264 personas (Dirección Regional de Desarrollo Social, 2004). Para el 2005 se realizaron 1311 jornadas, para un total de 949.899 personas atendidas (Gobernación del Zulia, 2006).

La adopción del programa Barrio a Barrio se debió a que el proceso descentralizador permitió a los gobiernos regionales desarrollar modelos alternativos de atención en salud, oportunidad que aprovechó el gobernador Manuel Rosales para modificar las acciones emprendidas en salud, desde que fue Alcalde cuando implantó, por primera vez, el programa de las clínicas móviles. Este programa surge a raíz de la necesidad de mejorar las condiciones medioambientales, sociales, culturales y económicas en las que vivían los habitantes de los sectores más deprimidos del municipio, nacidos dentro del proceso de ocupación informal de terrenos no urbanizados, carentes de servicios sanitarios primarios y a veces, simplemente insalubres.

El programa está enmarcado en la concepción de la atención integral de salud; por su parte la realización de las jornadas cívicas Barrio a Barrio, dieron 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 consagra en la Constitución.

3) Nuevo modelo de gestión en salud

Una tercera acción de gestión en salud, ha sido denominada nuevo modelo 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 flexibilización y precarización laboral y ha provocado el retiro por parte del estado de las competencias de salud. Para caracterizar la gestión de este nuevo modelo se da continuidad al análisis de procesos administrativos objeto de estudio.

a) Toma de decisiones en salud

La Gobernación del Zulia optó a partir de 2003 por la creación de la figura denominada nuevo modelo de gestión en salud para los centros hospitalarios y clínicos, como una nueva dirección y sin adscripción a la estructura del Sistema Regional de Salud y de Fundasalud como entes responsables de los destinos del sistema de salud de la región. A partir de 2004, por decisión del Gobernador (dada las riñas políticas con el gobierno nacional), se aprobó mediante decreto regional, la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión⁵⁰, órgano constituido con el propósito de diseñar y ejecutar el programa de salud en los establecimientos adscritos a la Gobernación del Estado Zulia.

50 El decreto No. 211 de creación de la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión, es publicado en Gaceta Oficial del Estado Zulia N° 833, de fecha 24 de marzo de 2004, donde se contempla que la misma tendrá la misión de "(...) desarrollar un marco operativo y normativo que permita la implementación, seguimiento y control de los nuevos modelos de gestión que involucren la prestación de servicios públicos a través de terceros, promoviendo la competencia como factor fundamental para incrementar la eficiencia, la eficacia y calidad de estos servicios" (Gobernación del Estado Zulia, 2004).

Con esta nueva dirección se crea en el Zulia una triangulación en la toma de decisiones en el sector salud, puesto que son tres los entes que asumen funciones en la materia e intentan trabajar de manera conjunta, ya que cada dependencia cumple una serie de funciones según su área de competencia, así se tiene: Fundasalud determina y notifica al Sistema Regional de Salud (SRS), cuál será el centro asistencial seleccionado para ser aperturado o reaperturado; posteriormente el SRS identifica las necesidades de servicio y determina el horario de funcionamiento y finalmente el NMGS convoca a licitación para contratar las empresas que asumirán la responsabilidad de prestar los servicios correspondientes y contratar el personal.

Esta modalidad de gestión, intenta estipular una determinada “autonomía”, de tal manera que le permita al gobernador un mejor control de la dirección, si se tiene en cuenta que la máxima autoridad la constituye la dirección general, cuyo director es de libre nombramiento y remoción por parte del gobernador; el resto de los responsables de las unidades son designados por el director, de acuerdo a la capacidad y experiencia que se requiera para el cargo a desempeñar. La estructura organizativa de los centros está compuesta por: la dirección general, la unidad de informática y estadística, unidad de asuntos administrativos, unidad de contratación y unidad de seguimiento y control (Gobernación del estado Zulia, 2004).

Se observa una selección sin las ataduras del corporativismo que caracterizaba a los órganos descentralizados en la administración burocrático-populista a lo largo del período democrático, debido a que la participación como instrumento de legitimación se permitió a organizaciones empresariales y gremiales vinculadas a los partidos políticos que históricamente se alternaron en el poder. De este modo se excluye del proceso de decisiones, al menos formalmente, a los gremios de la salud, los cuales en la defensa de sus intereses corporativos y partidistas han contribuido al deterioro de los servicios de salud (Ochoa y col, 2005).

La nueva administración de los establecimientos hospitalarios de salud, busca intervenir y reestructurar la organización y dirección ad-

ministrativa mediante un plan de recuperación de los mismos, con el objeto de garantizar el buen funcionamiento. En función de ello, se ha establecido una estructura única para la conformación de las juntas directivas, cuyos miembros son designación por parte del gobernador en función de las postulaciones realizadas por las instituciones, por lo menos de manera formal, en la que participan representantes y vecinos.

Las estructuras organizativas de los centros hospitalarios están conformadas por un nivel directivo, integrado por: la junta directiva; un nivel ejecutivo, integrado por el gerente médico y el gerente administrativo; un nivel operativo conformado por un conjunto de departamentos, entre los cuales destacan: departamentos de medicina crítica y emergencia; especialidades médicas y quirúrgicas; consulta externa; enfermería; servicios auxiliares y diagnósticos; procesos estratégicos (en los cuales están incluidos los centros clínicos ambulatorios); recursos humanos, financieros y materiales; gestión tecnológica y salud ambiental; un nivel de apoyo, integrado por unidades de control interno; seguridad y protección hospitalaria; investigación y docencia; atención al usuario; asesoría jurídica; relaciones interinstitucionales; control de gestión; epidemiología e informática; y un último nivel asesor integrado por comisiones de Bioética, infecciones intra hospitalarias, farmacia y terapéutica e historias médicas (Gobernación del estado Zulia, 2004).

Las juntas directivas se adaptarán de acuerdo al grado de complejidad, actividad docente y de investigación; las mismas deben estar conformadas por un presidente, elegido en el seno de los integrantes de la junta directiva, quien es el representante ante el gobernador; un gerente médico; gerente administrativo; cinco miembros profesionales de la sociedad científica que labora en el establecimiento hospitalario; un representante de la autoridad municipal; un representante del clero; un representante de la comunidad organizada; un representante del sector productivo del municipio; un representante de las empresa operadoras y un representante de los cuerpos policiales Los integrantes de las juntas son designados para periodos de

dos años, con posibilidad de redesignación (Gobernación del estado Zulia, 2005).

La mayoría de los miembros de la Junta Directiva tienen derecho a la toma de decisiones, sin embargo, en caso de discrepancia o empate, el presidente de la junta tiene derecho a doble voto, lo que deja ver el proceso de cooptación por parte del estado en las decisiones.

En relación a los centros clínicos, en el Reglamento del Nuevo Modelo de Gestión no se evidencia una diferenciación entre los hospitales y los ambulatorios, lo que demuestra una falla organizativa, pues las capacidades resolutorias entre ellos varían ampliamente. Los directores son designados por el comisionado de salud y se encargan de cumplir con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la propia Dirección Regional de Salud; sin embargo, estos funcionarios tienen capacidad de decisión cotidiana mas no trascendental, pues solo deben encargarse de vigilar que se cumplan las metas y actividades trazadas desde el la administración central.

Al respecto, es importante resaltar que “La toma de decisiones se encuentra centralizada primordialmente en el nivel del despacho del gobernador y de los titulares (directores y secretarios) que dirigen las diferentes unidades administrativas” (Paz, 2006: 70). Es decir, que en la toma de decisiones se da un proceso mixto, pues de acuerdo a la particularidad del caso, estará centralizado en los asuntos de índole de control, conducción del presupuesto público e inversiones; contrario en los casos donde las decisiones que se encuentran más cercanas a la prestación del servicio, relacionadas a la parte operativa de la ejecución de programas, está descentralizada. Algunos funcionarios subordinados pueden tomar decisiones, sobre aspectos ubicados en los niveles específicamente operativos. Se está así ante la presencia de un proceso de descentralización /centralizada en la toma de decisiones propia de un modelo burocrático-populista (Chirinos, 2005).

La gobernación adelanta los principios establecidos en la Ley Orgánica de la Administración Pública, que expresa en su artículo 21, que “el tamaño y la estructura organizativa de los órganos y entes

de la administración pública serán proporcionales y consistentes con los fines y propósitos que les han sido asignados. las formas organizativas que adopte la administración pública serán suficientes para el cumplimiento de sus metas y objetivos y propenderán a la utilización racional de los recursos del Estado” (Asamblea Nacional, 2001).

En el artículo 28 se estipula, que las unidades de la administración pública se ordenarán de manera jerárquica por medio de una distribución vertical, jerarquizada y rígida de las funciones, donde los órganos inferiores quedan sometidos a la dirección, supervisión y control de los órganos superiores. Con este se vigorizan los elementos planteados por los modelos weberiano y burocrático-populista, que se fundamentan en la centralización y rigidez en las decisiones de la función administrativa en el sector salud del Zulia.

A pesar de la reforma del sistema de salud, no se han producido cambios que den cuenta del cumplimiento al artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), donde se establece que “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, 1999).

En este contexto, se contempla la participación de la comunidad en el proceso de toma de decisiones en la junta directiva⁵¹, pero no se evidencia la profundización de la democratización planteada en la Constitución y en los principios rectores de la descentralización, pues se avanza en el fortalecimiento de un proceso de decisiones propias del modelo burocrático populista, sin darle cabida a la participación de las comunidades.

b) Administración de personal: subcontratación

Se discute aquí los aspectos de la administración de personal, bajo la forma de contratación del outsourcing, y se mencionan los

51 Este tipo de cuerpo colegiado, sustituye las antiguas Juntas Socio Hospitalarias desde el 2004

criterios de reclutamiento y selección del personal. 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 a nivel Europeo y Latinoamericano; este sistema impone diferentes relaciones laborales en el proceso de producción del servicio de salud.

Con la instauración del denominado nuevo modelo de gestión en salud, la manera de incorporar personal especializado a los establecimientos es a través de la figura del outsourcing. Éste se 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 le asemeja con la regulación jurídica denominada contratista.

En esta situación, 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 fi ura de licitación pública. Los criterios de selección del personal que ingresa a la empresa contratista están apegados a los requisitos exigidos para prestar los servicios en los establecimientos de salud, los cuales se realizan mediante credenciales, fuera de la esfera del aparato público, pero si con su influencia, pues las credenciales de las personas reclutadas son presentadas a la Junta Directiva y a la Gerencia Médica del NMG; al final quien selecciona el personal es la empresa, en función de la recomendación de la gerencia médica, 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 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 se denomina la triangulación, mejor co-

nocida como la externalización o subcontratación laboral, lo que "... 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" (Iranzo y Richter, 2006: 3). Este mecanismo de contratación ha conducido a sustituir los puestos estables por inestables. Con este tipo de contratación se busca individualizar el pago y la anulación de la indemnización obligatoria por despido y el monto por antigüedad (Laurell, 2000: 76-77), lo que 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" (Ermida, 1999).

Con la incorporación de mecanismos de contratación a terceros, con especial énfasis en el sector privado, se impone la externalización, es decir, que 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, solo 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, lo 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 servicio 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 adaptar 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) denomina el paradigma de las relaciones laborales postmodernas, cuyas características, son: descentramiento del trabajo, la inestabilidad en el empleo y la individualización. Como resultado de lo anterior se produce el abaratamiento del costo de la mano de obra, cuyas consecuencias son la reducción del salario real reforzando 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.

Los cambios acaecidos en todo lo relacionado con la organización del trabajo, han traído consecuencias sociales, dando paso a la instauración de procesos de desregulación y de flexibilización, que se refleja en el costo de la fuerza laboral, en la protección de los trabajadores, la seguridad social, y en general, en el bienestar de la fuerza de trabajo y sus familiares, quedando así exteriorizados de los marcos regulatorios y subordinados a la competitividad (Lucena, 2004).

Igualmente se considera que la flexibilización laboral⁵² promueve el deterioro de la calidad del empleo, debido fundamentalmente a 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 salarial, 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 con-

52 La flexibilización tiene distintos enfoques y características, lo que ha hecho que su conceptualización tenga varias acepciones y valoraciones posibles, haciendo al término flexibilización 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”

flictos laborales, huelga y derecho de crear asociaciones de carácter social y cooperativo.

El outsourcing, se establece como un mecanismo de contratación que impone figuras fundacionales del derecho del trabajo como son el intermediario y el contratista, “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, entre otras 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 contratante” (Mirabal, 2005: 171).

Por otra parte, “... 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. 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 cualquier 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 solo 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” (Iranzo y Richter, 2006: 12).

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; Pirela, 2006).

No puede dejar de reconocerse que la gobernación enfrenta una bomba de tiempo, pues en caso de que alguna 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, quien "... 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 la de la contratante, los efectos (...) vendrían a ser los mismos, es decir, ambas empresas devendrían en responsabilidad solidaria, por las obligaciones que el sistema jurídico laboral (...)" (Mirabal, 2005: 171).

Sin embargo, en Venezuela la flexibilización se introdujo con la Ley Orgánica del Trabajo aprobada en 1990; sin embargo, en 1997 se arrecio este tipo de práctica, al modificarse la base del cálculo de la prestación de antigüedad que disminuía la indemnización por despido injustificado (Iranzo y Richter, 2006)

Estas prácticas de contratación laboral, e incluso las normativas que regulan la materia laboral, se contraponen, dado que lo estipulado en el art. 37 de la Ley del Estatuto de la Función Pública, establece que bajo ninguna circunstancia se considera la contratación de personal en 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 prácticas que van en detrimento de las condiciones y beneficios laborales del trabajador, demostrando de esta manera rasgos de la propuesta de la nueva gerencia pública en materia de contratación de personal.

c) Mecanismo de control en salud

En este punto se hace referencia al control que se realiza al personal, de la empresa contratista y al control sobre la propia empresa por parte de la gobernación del estado.

Debe precisarse que la palabra "control" tiene muchas connotaciones y su significado depende de la función o del área en que se aplique, en función del interés que ocupa este trabajo; de manera general se entenderá como la fase del proceso administrativo que

mide y evalúa el desempeño, se constituye en un proceso esencialmente regulador.

El concepto de control de gestión implica considerarlo en el ámbito administrativo; es un sistema dinámico e importante para el logro de metas organizacionales; dichas metas provienen inicialmente del proceso de planificación como requisito básico para su diseño y aplicación, dentro de ciertas condiciones organizacionales.

La gobernación del Zulia adelanta un control de gestión de manera formal, fundamentada en La Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal, modificada a raíz de la aprobación de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. Para el 2003 se realiza una modificación a la Constitución del Estado Zulia para adecuar el sistema de control de gestión en función de todo el marco normativo antes descrito (Paz, 2006). En relación al control de gestión, “no se está implementando a partir de una reflexión de lo que es la gestión y ser más eficiente y correcto, se está haciendo es a partir de una normativa legal que la contraloría lo está implementando...” (Chirinos, 2005: 25).

Al personal se le impone un doble control: por un lado, se le exige la asistencia, la cual queda registrada por las horas de entrada y de salida; y por otro lado se verifica el cumplimiento de las labores inherentes a su cargo. A los médicos se les controla de acuerdo al número de atenciones realizadas según la especialización, tiempo de atención y tratamiento suministrado; por su parte, las enfermeras, firman control de asistencia, curas realizadas, inyecciones aplicadas, pacientes atendidos, entre otros. Vale destacar que este proceso de control es realizado directamente por la empresa contratada, cuestión que no permite la participación ciudadana en el control del personal que presta el servicio de salud y así promover la contraloría social (Pirela, 2006).

En cuanto a las empresas, se observa un control de gestión que es realizado por parte de la gobernación del estado Zulia, a través de los presidentes de las juntas directivas de los centros clínicos, quie-

nes son los representantes del gobierno; igualmente lo hace el nivel de apoyo o staff, especialmente mediante las unidades de control interno y de gestión. Desde esta perspectiva, se establece que es fundamental “el seguimiento y control al desempeño de la gestión que permita garantizar el cumplimiento de las empresas seleccionadas, según lo establecido en la contratación, y por ende en los estándares de atención”. También se establecen criterios e indicadores de evaluación de desempeño y calidad de los procesos de prestación de los servicios, por tanto se les asigna la renovación del contrato bajo criterios de calidad y eficiencia (Gobernación del estado Zulia, 2004). Se evidencia la presencia de un control del proceso de trabajo en virtud de la supervisión y evaluación permanente de las actividades de los servicios.

La Ley Orgánica de la Administración Pública, en relación al control de gestión, en el artículo 18 establece que, “El funcionamiento de los órganos y entes (...) se sujetará a las políticas, estrategias, metas y objetivos que se establezcan en los respectivos planes estratégicos y compromisos de gestión. Igualmente comprenderá el seguimiento de las actividades, así como la evaluación y control del desempeño institucional y de los resultados alcanzados” (Asamblea Nacional, 2001).

Se observa por tanto, el predominio de un control tecnocrático, fundamentalmente basado en el control por resultados, implementado para realizar una evaluación *ex post* como medio para medir su desempeño del personal. Este tipo de control supone la confrontación de las metas establecidas con los resultados finalmente obtenidos (Mora, 2000), lo que permite determinar la relación entre lo planificado y lo realmente ejecutado para poder medir el grado de desempeño; igualmente se examina el control por proceso de trabajo en relación a la manera como se adelante el trabajo correspondiente a la evaluación de los servicios prestados.

El servicio de salud adolece de la puesta en práctica de mecanismos de control por parte de los ciudadanos, principalmente por que el gobierno regional ha cooptado su participación, lo que ha arrojado

como consecuencia la restricción de éstos en el diseño de criterios y mecanismos para el seguimiento y evaluación del servicio y así, garantizar la calidad y la producción del mismo. Esto a su vez limita la posibilidad del establecimiento de relacionarse directamente con los ciudadanos y el Estado, restringiendo la profundización de los procesos democratizadores en la gestión de salud.

Esto choca con los planteamientos establecidos en el artículo 62 de la Constitución de 1999, donde se contempla que todos los ciudadanos poseen el derecho de participar libremente en los asuntos concernientes a la gestión pública “(...) la participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo” (Asamblea Nacional, 2000).

El artículo 18 de la Constitución del estado Zulia, dispone que todos los ciudadanos “(...) tienen el derecho a participar en la conformación, ejecución y control del gobierno estatal a través de los medios establecidos en la Constitución de la República” (Consejo Legislativo del estado Zulia, 2003). En este caso se evade la gestión de personal.

Este resquebrajamiento de la normativa se argumenta bajo el alegato de que los ciudadanos comunes no están en capacidad de cuestionar el desempeño de un médico o un enfermero, dado el desconocimiento de la atención médica (Pirela, 2006). Acción que se da por la cooptación de parte del Estado, que no permite la participación ciudadana en el sistema de control de gestión, es decir, que el ciudadano queda excluido, tal como se presenta en los modelos weberiano y burocrático populista.

En síntesis, los intentos por fortalecer el control de gestión está orientado hacia los resultados de las actividades, en respuesta al marco normativo vigente, donde el énfasis está orientado a evaluar los niveles de eficacia y eficiencia. Se evidencia, la conjunción de rasgos de los modelos burocrático-populista y tecnocrático en materia de control en el nuevo modelo de gestión que se viene aplicando,

en los establecimientos de salud, conocidos como centros clínicos o centros hospitalarios, según el caso.

d) Prestación y de los servicios de salud en el Zulia

Aquí se hace referencia sobre cuáles son los hospitales y ambulatorios que se han convertido en centros clínicos y hospitalarios que han pasado a formar parte del denominado “nuevo modelo de gestión en salud”; la forma cómo se hace, es decir, si los servicios se prestan directamente o a través de intermediarios privados del tercero o cuarto sector; y, por último ver las condiciones en las cuales se prestan los servicios desde el punto de vista de su financiamiento y de acuerdo a su nivel de resolución.

El estado Zulia cuenta con una red de doscientos noventa y un (291) establecimientos de salud, de los cuales veintidós (22) conforman la red de hospitales⁵³ generales, distribuidos de la siguiente manera: tres (13) hospitales tipo IV; tres (03) tipos III; cuatro (04) tipos II, y doce (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 ciento cuatro (104) ambulatorios urbanos y ciento sesenta y cinco (165) rurales. En el caso de los ambulatorios urbanos existen trece (13) tipo III, treinta y cuatro (34) tipo dos y cincuenta y siete (57) tipo uno. De estos, 15.38% son ambulatorios tipo tres; 11.76% tipos dos, y 5.2% de los tipo I que pasan al denominado nuevo modelo de salud. En cuanto a los ambulatorios rurales, se tienen setenta y ocho tipo II y ochenta y siete tipo I, de los cuales 5.12% son del tipo II y 1.14% tipo I, que son desincorporados del sistema tradicional para convertirlos en centros clínicos (Cuadros 2, 3 y 4).

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

Cuadro 2. Establecimientos de salud bajo el viejo y el nuevo modelo de gestión

Bajo el sistema tradicional								
Hospitales generales				Ambulatorios				
iv	III	II	I	Urbanos		Rurales		
				III	II	I	II	I
3	3	4	12	13	34	57	78	87
Bajo el nuevo modelo								
1	1	1	6	2	4	3	4	1
33%	33%	25%	50%	15.58%	11.76%	5.2%	5.12%	1.14%

Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos del MSDS y la Gobernación del estado Zulia.

No obstante hay que precisar, que de hospitales y ambulatorios, algunos han sido traspasados a esta modalidad de gestión, teniendo en cuenta su tipo, ubicación con respecto a municipio, parroquia y camas arquitectónicas para el caso de los hospitales. De los ambulatorios se señala su tipo y ubicación con respecto al Municipio y Parroquia.

Como se puede observar en el cuadro anterior, de los veintiún municipios que integran el estado Zulia, hay nueve que se encuentran en la modalidad del nuevo modelo de gestión, bajo la figura de centros hospitalarios, ubicados en el 42% de los municipios.

Se observa en el cuadro anterior, que de los veintiún municipios que integran el estado Zulia, hay siete que se inscriben en la modalidad del nuevo modelo de gestión, bajo la figura de centros clínicos, representando de esta manera el 33,3% de los municipios, es decir, que de los veintiún municipios solamente se incorporan once (11), lo que corresponde al 52.38% de la división político territorial del Estado.

Cuadro 3. De hospitales a centros hospitalarios

Hospital	Camas arquitectónicas	Funcionando	Presupuestadas	Municipio	Parroquia
San Rafael de Mara (I)	18	25	25	Mara	San Rafael
Villa del Rosario (I)	30	12	30	Rosario de Perijá	El Rosario
General de Santa Bárbara (III)	200	145	145	Colón	Santa Bárbara
Dr. Luís Razetti (II)	90	60	60	Baralt	Pueblo Nuevo
Bachaquero (I)	30	14	14	Valmore Rodríguez	Rafael Urdaneta
Dr. Pedro Iturbe (General del Sur IV)	660	432	432	Maracaibo	Cristo de Aranza
Nuestra Sra. del Carmen. Machiques (I)	52	52	52	Machiques de Perijá	Libertad
Dr. Servén Castillo Reverol (I)	12	12	12	Santa Rita	Santa Rita
La Concepción de Urdaneta (I)	12	12	12	La cañada de Urdaneta	Concepción

Fuente: Elaboración Propia. (2006).

Cuadro 4. De ambulatorios a centros clínicos

Ambulatorios Urbanos	Tipo	Municipio	Parroquia
Sierra Maestra	II	San Francisco	Francisco Ochoa
Ziruma	II	Maracaibo	Juana de Ávila
Corito	II	Maracaibo	Cristo de Aranza
Simón Bolívar	III	Maracaibo	Francisco Eugenio Bustamante
El Silencio	I	San Francisco	Domitila Flores
El libertador	I	Maracaibo	Antonio Borjas
La Misión	II	Maracaibo	Manuel Dagnino
Nueva Cabimas	I	Cabimas	Rómulo Betancourt
El Lucero	III	Cabimas	Jorge Hernández
Ambulatorios Rurales	Tipo	Municipio	Parroquia
San Ignacio	II	Rosario de Perijá	Sixto Zambrano
Km 56	II	Cañada de Urdaneta	Andrés Bello
San Felipe	I	Machiques de Perijá	San José de Perijá
Concesión Siete	II	Baralt	Marcelino Briceño
Federación	II	Cabimas	Germán Rio Linares

Fuente: Elaboración Propia. (2006).

Los hospitales y ambulatorios señalados anteriormente, han sido transferidos a empresas privadas, pues este es el propósito de los lineamientos fundamentales del nuevo modelo de gestión; cambio que se realiza previa licitación. El contrato es firmado entre la gobernación y la empresa con una duración de un año; esto evidencia el retiro por parte del Estado de las actividades administrativas y asistenciales de salud, con el argumento de promover el incremento de los niveles de cobertura, efectividad, eficiencia y calidad, teniendo en cuenta estándares de competencia entre las empresas que asumen el servicio de cada uno de los establecimientos. El concepto que se ha manejado, sobre la prestación del servicio se ha realizado a través de terceros; organismo diseñado por La Fundación de Estado para la Modernización de las Administraciones Públicas, fuertemente influenciado por las prácticas propias del modelo neoliberal

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 lucha por mantener su concepción privatizada de la salud. Se está así ante la presencia de la influencia e interés por parte del personero del gobierno por imponer una política pública de salud, a nivel regional, que no está enmarcada en los lineamientos establecidos en la Constitución, en virtud de que se utiliza la figura del outsourcing; quebrantando de esta manera el marco normativo constitucional nacional y estatal, donde se establece que las funciones de prestación del servicio de salud deben ser asumidas de manera obligatoria por el Estado. En este marco, se establece como mecanismo principal para la prestación del servicio, el tradicional esquema del orden de llegada.

Los establecimientos de salud tipo ambulatorio, brindan sus servicios todos los días de la semana, en un horario de trabajo de 12 horas diarias; 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 veinticuatro horas, solo las administrativas y consultas en un horario de 12 horas.

La prestación del servicio es gratuita. Este modelo se decreta a nivel regional para que se adapte a las regulaciones establecidas en la Constitución de 1999; en este caso, tres artículos explican el papel del Estado frente a la prestación de los servicios de salud.

En el artículo 83 se establece que “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” (Asamblea Nacional, 2000). En este artículo se expresa que la salud es un derecho garantizado por el Estado y se reivindica la relación entre el Estado-individuo y sociedad, reflejando un esfuerzo por garantizar la calidad de vida, desde estos tres ámbitos de acción.

El artículo 84, instituye 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, 1999).

El artículo anterior subraya todo lo relacionado con los mecanismos y principios, que conjugan lo intersectorial, descentralizado y participativo, con los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, intentando de esta manera garantizar el respecto y ejercicio de este derecho por parte del Estado. Por otra parte, se expresa que la política debe estar interrelacionada y garantizar la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; permitiendo de esta forma la reinserción social de los discapacitados (Rincón, 2005).

El artículo 85 insiste en la obligación que tiene el Estado de 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 velar por la salud pública y la asistencia social (Consejo Legislativo del estado Zulia, 2003). Es de destacar que el mencionado artículo no se refiere a 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, establece que se "... ratifica la gratuidad de los servicios de salud pública en todos los centros de salud adscritos a la Gobernación del estado Zulia, muy especialmen-

te 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 la más alta calidad, durante el embarazo, parto y la fase postnatal de las madres” (Gobernación del estado Zulia, 2003).

Como se puede inferir de lo planteado anteriormente, este artículo enfatiza sobre la no privatización de la salud, reflejando que el Estado debe ser la principal fuente de financiación. Asimismo, se hace mención a establecer un esfuerzo mancomunado para formar a los profesionales productores de materiales para mantener y mejorar las condiciones de salud de la población. Por otro lado, se puede observar que en el contenido del mencionado artículo solo se mencionan a: niños, adolescentes y madres embarazadas; sin tener en cuenta la asistencia gratuita a otros sectores de la población, como lo son los hombres adultos, las mujeres (no embarazadas) y el adulto mayor (Paz, 2006).

Sin embargo “... el gobernador decidió que el nuevo modelo de gestión lo iba a financiar completamente el ejecutivo del estado regional” (Pirela, 2006); razón por la cual el servicio de salud comienza a prestarse de manera gratuita a mediados del año 2005, pero sobretodo como política pública, teniendo en cuenta las necesidades de los ciudadanos; en líneas generales se trabajó bajo las premisas anteriores fundamentalmente 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 dió paso a una sobrexposición 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 traspasar al usuario el financiamiento de manera directa o indirecta.

Con respecto a los servicios que prestan los centros hospitalarios, cabe destacar que prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario, según su categoría. Los hospitales tipo I ofrecen atención ambulatoria de nivel primario y secundario tanto médica como odontológica, prestan servicios básicos de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría; además cuentan con servicios de laboratorio, radiodiagnósticos, farmacia, hemoterapia y emergencia. Los hospitales tipo II, brindan servicios de nivel primario, secundario y algún nivel terciario; los clínicos básicos, ofrecen medicina, servicios de cardiología, psiquiatría, dermatología y neumonología, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y nutrición. Los hospitales tipo III prestan servicios de nivel primario, secundario y terciario, relacionados con: medicina, nefrología, reumatología, neurología, gastroenterología, medicina física, rehabilitación, urología, cirugía, servicios de cardiología, psiquiatría, dermatología, neumonología, gineco-obstetricia, pediatría y nutrición. Además desempeñan funciones de docencia a nivel de pregrado, son sede de Residentes de estudiantes de postgrado en especialidades básicas; igualmente realizan funciones de investigación. En el caso de los hospitales tipo IV, ofrecen los mismos servicios de los hospitales tipo III, pero cuentan además con medicina nuclear, genética médica, geriatría, endocrinología y mediana del trabajo; igualmente tienen unidades de larga estancia y albergue de pacientes. Estos hospitales cumplen actividades de docencia de pre y postgrado; pueden ser sede de una Facultad de Medicina; igualmente desarrollan actividades de investigación en todos los niveles (Abad, 1999).

En relación a la prestación de los servicios de salud se observa que los ambulatorios urbanos están orientados hacia la atención médica integral de carácter ambulatorio; están ubicados en poblaciones con más de diez mil habitantes, pertenecientes al nivel más bajo de complejidad del sistema de salud. Los tipo I, ofrecen atención médica integral de nivel primario; son atendidos por médicos generales

y familiares; y, cuentan con servicios de odontología y psico-social. Los Tipo II, son atendidos por médicos generales, brindan servicios de obstetricia, pediatria, servicios de laboratorio, radiología y emergencia. Los Tipo III, prestan atención médico integral de nivel primario o secundario o ambos, además brindan atención médica general, servicios de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatria, servicios dermatoveneorología, cardiología y emergencia (Abad, 1999).

En el caso de los ambulatorios rurales tipo I, prestan atención médica integral, general y familiar a nivel primario (sin hospitalización); están ubicados en poblaciones dispersas y son atendidos por médicos y enfermeras. Los tipos II ofrecen sus servicios en poblaciones de más de mil personas; ocasionalmente cuentan con camas de observación y servicio de odontología (Abad, 1999).

Debe señalarse que en los centros donde se adolecía de los servicios establecidos por normas de clasificación de atención médica, se incorporaron los servicios faltantes como: odontología, rayos X, laboratorio, ecografía, electrocardiografía, terapias respiratorias, quirófanos y unidades de cuidados intensivos (Gobernación del estado Zulia, 2006).

Dentro de este marco, vale la pena destacar que se fortalece la atención de tipo curativa, sin tener en cuenta la atención primaria de salud, que está orientada a la prevención y promoción de enfermedades, tal y como se consagra en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que en el artículo 85, donde se señala que se "... dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades...", lo que ha dado lugar a una política cuyo epicentro es la vieja propuesta de atención primaria de salud, que se conceptualiza 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 auto responsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978: 106).

La atención primaria de salud relaciona el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, acercando la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en un primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OPS/OMS, 1978). Atención que se encuentra enmarcada en la búsqueda de calidad de vida, bienestar colectivo y el acceso a los servicios; acciones que están enmarcada en una política para la justicia, la igualdad y la inclusión de los más humildes, fuera de la ideología neoliberal.

En el Cuadro 5 se establecen de manera puntual las acciones emprendidas por los distintos gobernadores del Zulia en materia de salud a raíz del proceso de descentralización político territorial; seguidamente el Cuadro 6 muestra los rasgos de los modelos de gestión asumidos durante la gestión del gobernador actual.

Cuadro 5. Principales acciones en salud por parte de los Gobernadores del Estado Zulia, raíz de la descentralización

Gobernadores	Oswaldo Álvarez Paz 1990-1993	Lola Aniyar de Castro 1993-1995	Arias Cárdenas 1996-1999	Manuel Rosales En ejercicio del cargo desde el 2000
Acciones en Salud	<ul style="list-style-type: none"> - No renovó el convenio entre el MSAS y la Gobernación que regía la administración y dirección de la red de salud primaria y hospitalaria, desde 1964 - Gestiona la transferencia del servicio de salud - Crea el Sistema Regional de Salud - Incremento de la nómina de obreros y personal administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Firma el convenio de transferencia - Crea Fundasalud - Impulsa las Juntas Sociocomunitarias - Aprueba el decreto de gratuidad, con posibilidad de cobro a los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Da continuidad a la descentralización - Impone el modelo de microempresas - Se quebranta el principio de gratuidad. - Se traspasa al sector privado, tercer y cuarto sector la prestación de los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Continúa con el proceso de descentralización - Da continuidad al modelo de microempresas - Se quebranta el principio de gratuidad - Se traspasa a la sector privado y ONG'S la prestación de los servicios de salud

Cuadro 5 (Continuación)

Gobernadores	Oswaldo Álvarez Paz 1990-1993	Lola Aniyar de Castro 1993-1995	Arias Cárdenas 1996-1999	Manuel Rosales En ejercicio del cargo desde el 2000
		- No logra la transferencia de personal	- Se Fusionan Proyecto Salud y Fundasalud, sin las sugerencias de la Comisionaduría de Modernización	- Crea paralelamente el programa Barrio a Barrio 2003
		- Organización de los SILOS	- Inicia la dispersión institucional en el sector salud	- Inicia el desmontaje del cobro de los servicios
Acciones en Salud			(SRS-FUNDASALUD)	- Se crea la Dirección de Nuevos Modelos de gestión
			- Firmó convenio con el MSAS, para sincerar los salarios del personal adscrito al sector salud	- Se incrementa la dispersión institucional en salud (SRS-FUNDASALUD Dirección de Nuevos Modelos de Gestión)
			- Gestionó sin éxito la transferencia de los servicios del INN, INAGER, FIMA Y PAMI y de personal	- Sin transferencia aún de los servicios del INN, INAGER, FIMA Y PAMI y de personal

Cuadro 5 (Continuación)

Gobernadores	Oswaldo Álvarez Paz 1990-1993	Lola Aniyar de Castro 1993-1995	Arias Cárdenas 1996-1999	Manuel Rosales En ejercicio del cargo desde el 2000
Acciones en Salud			- Se reglamenta el funcionamiento de las Oficinas Recuperadoras de costo de las Juntas Socio-Hospitalarias, Socio-Sanitarias y Socio-Comunitarias	

Fuente: Elaboración propia. (2006).

Cuadro 6. Gestión de la salud promovida por la Gobernación del Zulia (2000-2005)

Acciones en Salud	Procesos administrativos				
	Toma de decisiones	Administración de personal	Control	Prestación del servicio	Fuente de financiamiento
Unidad docente asistencial luis Sergio Pérez	Centralizadas	Concurso de Credenciales	Por Proceso	Transferido a ONG's sin mediación de contrato	Gobierno Regional
	Sin participación ciudadana	Cercanía de vivienda la sitio de trabajo	Por Resultado	Servicio prestado por Orden de Llegada	Usuarios
	(Burocrático, populistas y Tecnocrático)	Contratación temporal	(Tecnocrático y Nueva Gestión Pública)	Atención Curativa	Tecnocrático Nueva gestión Pública
		Contratación suministradora de mano de obra, con base a productividad (Microempresa) (Tecnocrática)		(Tecnocrático)	
Barrio a Barrio	Centralizadas	Concurso de Credenciales	Por Proceso	Servicio prestado por el propio gobierno regional	Gobierno Regional
	Sin participación ciudadana	Contratación temporal	Por Resultado	La atención es por Orden de Llegada	(Burocrático Populista)
	(Burocrático, populistas y Tecnocrático)	Burocrática Populista y Tecnocrática)	(Tecnocrático y Nueva Gestión Pública)	Atención Curativa y preventiva	Gobierno Regional
				(Burocrático Populista)	

Cuadro 6 (Continuación)

Acciones en Salud	Procesos administrativos				
	Toma de decisiones	Administración de personal	Control	Prestación del servicio	Fuente de financiamiento
Nuevos modelos de gestión	Centralizadas	Concurso de Credenciales	Por Proceso	Transferido a la empresa privada con mediación de contrato	(Burocrático Populista)
	Sin participación ciudadana	Contratación temporal	Por Resultado	Atención Curativa	
	(Burocrático, populista y Tecnocrático, Nueva Gestión Pública)	Contratación de suministradora de mano de obra por Outsourcing (Tecnocrática y Nueva Gestión Pública)	(Tecnocrático y Nueva Gestión Pública)	(Tecnocrático)	

Fuente: Elaboración propia. (2006).

Conclusiones

La gobernación, como instancia de dirección del aparato público estatal venezolano, ha sido favorecida por el proceso de descentralización político-territorial, iniciado a finales de la década de los ochenta, esto ha permitido que los niveles subnacionales asuman el manejo directo de un conjunto de servicios, entre ellos los vinculados con el área social, y más particularmente con los de salud. El estudio efectuado sobre la gestión de los servicios de salud en la gobernación del Zulia, ha permitido explorar los rasgos teniendo en cuenta la toma de decisiones, administración de personal, control, prestación del servicio y fuentes de financiamiento durante el período 2000-2005.

En este sentido, se encontraron diferentes modalidades de gestión: a) la promoción directa del Estado en el servicio de salud, mediante el Programa Barrio a Barrio; b) Fundación de las organizaciones del tercer y cuarto sector, como la unidad docente asistencial Luis Sergio Pérez, que es básicamente una organización corporativa de médicos de medicina familiar, ubicada en el estado Zulia; c) La descentralización permitió la transferencia al tercer sector o la empresa privada, para la prestación del servicio, bajo el argumento de consolidar círculos virtuosos de asociación estratégica, con el objetivo de darle servicios de atención médica de calidad a la comunidad. La transferencia al sector salud se ha realizado en el caso de las ONG'S sin que medie ningún tipo de contrato, mientras que en el caso de la empresa privada se realiza un contrato de gestión por períodos de tiempo; lo que demuestra que se está frente a un proceso

de descentralización privatizada, que tiene como propósito minimizar la influencia aparato estatal a nivel regional

En cuanto a la toma de decisiones, la realidad revela que la gestión referida al sector salud se enfrenta a un proceso de toma de decisiones centralizadas en la cúspide del poder, evidenciándose rasgos burocráticos, populistas y tecnocráticos. Esto demuestra que se ha avanzado poco en la descentralización de la gestión en salud, en virtud de que los ciudadanos, quedan al margen de la toma de decisiones que involucran tanto los aspectos relacionados con la definición de políticas, como de su participación en acciones y actividades que estén orientadas hacia su incorporación en todo el proceso.

Con respecto a la administración de personal, cabe destacar que en su selección se efectúa mediante la exigencia de credenciales, observándose la presencia de rasgos tecnocráticos. En relación a la contratación del personal se encontraron dos tipos de contratación: a) contratación temporal; y, b) contratación de suministradoras de mano de obra, a través del outsourcing. Cabe señalar que existen diferencias entre las microempresas de salud y el sistema de outsourcing. Las microempresas fueron creadas con el antiguo personal, teniendo como lugar de acción el centro asistencial Luís Sergio Pérez; escapan de la esfera del mercado, es decir, que no funcionan en otros centros asistenciales. Por su parte el outsourcing, conformado por pequeñas y medianas empresas, prestan sus servicios no sólo en los centros asistenciales sino que operan en la esfera del mercado, es decir, que ofrecen sus servicios a otras empresas y entes del estado regional.

Los hallazgos registrados dan cuenta que la aplicación de las diversas estrategias en la contratación del personal, donde prevalece el proceso de flexibilización y precarización de las relaciones laborales, atentan contra la protección del trabajador y de sus derechos, tal como aparecen especificados en la Ley orgánica del Trabajo. Esto da una idea, que de una u otra forma se están afectando las relaciones laborales, en función de los criterios con que se maneja la contratación, ya sea mediante 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 se busca que los profesionales de la salud se conviertan en microempresarios.

Igualmente se evidencia que los mecanismos de control son característicos del modelo tecnocrático y de la Nueva Gestión Pública; es decir, que estos se miden por resultado y por proceso de trabajo, sin incorporación de los ciudadanos.

En la prestación del servicio, se encontró que generalmente la política de salud está vinculada con acciones de tipo curativo en contraposición a la atención primaria de salud. En relación a las fuentes de financiamiento los aportes provienen directamente del gobierno regional para los programas de Barrio a Barrio y los denominados “Nuevos Modelos de Gestión”. También se advierte que hay un intento de desmontaje en relación a la figura usuario-cliente que fue impuesta a raíz del proceso de descentralización, mediante la cual se le cobra al paciente de manera directa o indirecta por los servicios solicitados, corroborando rasgos del modelo burocrático populista. Sin embargo, el gobierno regional, a pesar de haber decretado la gratuidad de los servicios e intentar desmontar la privatización, impulsa el modelo de gestión impuesto en la unidad docente asistencial Luis Sergio Pérez, lo que comprueba la presencia de rasgos postburocráticos en el financiamiento del servicio

La realización de esta investigación permite vislumbrar algunos nudos críticos que pueden ser investigados a futuro, en los que se debe profundizar en aspectos relacionados con el tipo de consultas efectuadas y sus estándares de calidad, a fin de establecer análisis comparativos entre el proceso de descentralización y su evolución hasta la fecha, y así poder inferir con precisión el tipo de política de salud implementada por parte del gobierno regional.

Referencias

- Alarid, Humberto (1990). "Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar". En Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. No. 5, Caracas, OPS/OMS y MSAS.
- Albizu, Eneka. (1997). Flexibilidad Laboral y Gestión de los Recursos Humanos. Editorial Ariel, S.A. Barcelona España.
- Ander-Egg, Ezequiel (2003). Métodos y técnicas de investigación social IV: técnicas para la recogida de datos e información. Grupo Editorial Lumen. Buenos Aires. República Argentina.
- Aniyar de Castro, Lolita. Biografía. En <http://shop.logos.it/users/lolita>, fecha de consulta 25/08/2006.
- Aniyar de Castro, Lolita (1994). "El Zulia que queremos, el Zulia que podemos alcanzar". Programa de Gobierno.
- Arias, Fidias G. (2004). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 4ta. Edición. Editorial Episteme. Caracas. Venezuela.
- Asamblea Nacional (2001). Ley Orgánica de la Administración Pública. Gaceta Oficial N° 37.305 de fecha, 17 de octubre
- Asamblea Nacional Constituyente (2000). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Gaceta Oficial No. 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. Caracas.
- Atencio, Carlos (1997). El Modelo de gestión de la Unidad Docente asistencial Luis Sergio Pérez. Entrevista Personal. Miembro de la Fundación Venezolana de Medicina Familiar (FUNVEMEFA). 04 de Diciembre. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.
- Ayala, Carlos (1994). "Naturaleza y Alcance de la Descentralización Estatal". Leyes y Reglamentos para la Descentralización Política de la Fe-

- deración. Colección de Textos Legislativos No. 11. 3era Edición. Editorial Jurídica Venezolana. Caracas. Venezuela.
- Ávila, Maritza (2004). "Municipalización de la salud en el estado Zulia". En Ciencias de Gobierno Año, 8, No. 15. IZEPES-GEZ. Maracaibo. Venezuela. Pp. 93-122.
- Barrio Adentro (2004). En www.barrioadentro.gov.ve, fecha de consulta 12/07-2004. Consolidando el Sistema Público Nacional de Salud.
- Barrio Adentro (2006). En www.barrioadentro.gov.ve, fecha de consulta 22/08-2006. Misión Barrio Adentro.
- Barzelay, Michael (2001). La Nueva Gestión Pública. Una invitación al diálogo globalizado. En Seminario de la London School of Economics and Political Science. Paris. Francia.
- Bobbio, Norberto y Matteucci, Incola (1988). Diccionario de Política. Siglo veintiuno Editores. DF. México.
- Bossert, T. (2000). Methodological guidelines for applied research in decentralization of health systems in Latin America. Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
- Bresser, Luiz y CUNILL, Nuria (1998). "Entre el Estado y el mercado lo público no estatal". En Bresser Pereira, Luiz y Cunill Grau (Editores). Lo público no estatal en la reforma del estado. CLAD. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Castellanos, Pedro (1982). "Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela". En Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación. Nos. 156-158. Caracas. Venezuela. pp. 69-121.
- Cárdenas, Arias (1996). Mi programa de Gobierno. Maracaibo. Venezuela.
- Capriles, Edgar; Díaz Polanco, Jorge; Fernández, Yhajaira y Pereira, Zegrí (2001). La reforma del sistema de salud de Venezuela: opciones y perspectivas. Papel de trabajo preparado por el equipo del proyecto RESVEN, presentado a la Comisión de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional el 05-02-2001. Caracas. Venezuela.
- Celedón, Carmen y Noé, Marcela (1998). "Participación y Gestión en Salud". En CLAD, OPS/OMS (1998). Hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública. XII concurso de ensayos del CLAD, ensayos premiados. Washington.

- Chirinos, José Manuel (2005). Fundación de Estado para la Modernización de las Administraciones Públicas. Entrevista Personal. Analista de Programas y Proyectos, 21 de Noviembre. Entrevista realizada por Johnny Paz. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.
- Clad (1996). Una Nueva Gestión Pública para América Latina. Caracas. Venezuela.
- Consejo Nacional Electoral (2006). Resultados Electorales. En <http://www.cne.gob.ve/>, fecha de consulta, 08/08/2006.
- Contreras Natera, Miguel (2003). “Cambios y discontinuidades del proceso de descentralización en el Gobierno de Chávez”. En Revista de Economía y Ciencias Sociales. Vol. 9. No. 3, UCV. Caracas. Venezuela. pp. 255-272.
- Consejo Legislativo del Estado Zulia (2003). Decreto de la Constitución del Estado Zulia. Gaceta Oficial N° 772, de fecha 13 de agosto. Venezuela.
- COPRE (1988). La Reforma del Estado. Proyecto de Reforma Integral del Estado. Volumen. I. Caracas. Venezuela.
- COPRE (1989). La Descentralización. Una oportunidad para la democracia. Vol. 4. Caracas. Venezuela.
- Córdova, Edgar (2000). La flexibilización laboral en los entes descentralizados de competencias exclusivas. En Revista Venezolana de Ciencias Sociales. Vol. 4. No. 2. Cabimas. Venezuela. Pp. 129-145.
- Cuñil, Nuria (2000). “Responsabilización por el control social”. En la Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana. CLAS. BID. EUDEBA. Argentina. Pp. 269-327.
- Cursio, Pascualina (1999). “La salud: ¿espacio público o privado?”. En Cuadernos del Cendes. No. 42. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela. Pp. 25-44.
- De Mattos, Carlos A. (1990). La descentralización, ¿una nueva panacea para impulsar el desarrollo local? En: revista Economía y Sociedad N° 3. Universidad Católica de Chile. Instituto de Estudios Urbanos. Santiago de Chile.
- 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: Exclu-

- sión y Equidad en Venezuela durante los años noventa. FONVIS, CENDES. ILDIS. Nueva Sociedad. Pp. 179-187.
- Díaz Polanco, Jorge (2001). La Reforma de Salud en Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela. CENDES, CIID, MSDS, Corposalud, IESA, Fundación Polar. Caracas. Venezuela.
- Dirección General de Desarrollo Social (2000). Programa Social Barrio a Barrio. Documento. Maracaibo. Venezuela.
- Ermida, Oscar (1999). “Globalización y Relaciones laborales”. Revista Venezolana de Gerencia. Año 4. No. 9. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. Pp. 135-148.
- Feo, Oscar y Díaz, Jorge (2001). “La relación investigación – Diseño de políticas, toma de decisiones en la Reforma del Sector Salud en Venezuela”. En Díaz Polanco, Jorge (coord.). La Reforma de Salud en Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela. CENDES, CIID, MSDS, Corposalud, IESA, Fundación Polar. Caracas. Venezuela.
- Freund, Julie (1966). Sociología de Max Weber. Historia, Ciencia, Sociedad. No. 18. Colecciones Península. Barcelona. España.
- Fuenmayor, Jennifer y Ochoa Haydée (2003). Descentralización y Modernización Administrativa de las Gobernaciones en Venezuela. El caso del Estado Zulia. En: Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales. Vol. 9, No 1, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.
- Gamboa, Teresa (2003). Modernización de los Sistemas de Salud en Colombia y Venezuela. Hacia un cambio en las relaciones de poder. Tesis Doctoral en Ciencia Política. La Universidad del Zulia. Venezuela.
- 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 (2006). Barrio a Barrio En: www.gobernaciondelzulia.gov.ve/detalle.asp?id=72&plantilla=8, fecha de consulta 18/09/2006.

- Gobernación del Estado Zulia (2006). Dirección General De Desarrollo Social. Barrio A Barrio. En Www.Gobernaciondelestadozulia.Gob.Ve, fecha de consulta, 16/10/2006.
- Gobernación del estado Zulia (1991). Decreto 244, mediante el cual se crea el Sistema Regional de Salud del estado Zulia. Gaceta Oficial extraordinaria No. 170. Venezuela.
- Gobernación del estado Zulia (1994). Decreto 80B, mediante el cual se crea La Fundación para la Promoción de la Salud del estado Zulia. Gaceta Oficial. enezuela.
- 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 N° 783, de fecha 01 de octubre. Venezuela.
- Gobernación del Estado Zulia (2003). Decreto 135. Mediante el cual se ratifica la gratuidad de los servicios de salud pública. Gaceta Oficial extraordinaria N° 786, de fecha 11 de octubre. Venezuela.
- Gobernación del Estado Zulia (2004). Decreto 211, mediante el cual se crea la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión. Gaceta Oficial extraordinaria N° 833, de fecha 24 de marzo. Venezuela.
- Guerrero, Omar (2006). *Tecnocracia Inc.* En Ochoa, Haydée y Estévez, Alejandro (Coord.). *El Poder de los expertos: para comprender la tecnocracia.* Centro de Estudios de la Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. LUZ. Maracaibo. Venezuela
- Guerrero, Omar (2006). “Una genealogía de la Tecnocracia”. En (Coord.) Ochoa Henríquez, Haydée y Estévez, Alejandro. *El Poder de los expertos: para comprender la tecnocracia.* CEE-FCES-LUZ.
- Guerrero, Omar (2004). El mito del nuevo “Management” público. En: *Revista Venezolana de Gerencia.* Año 9. N° 25. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Centro de Estudios de la Empresa. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. Pp. 9-52.
- Guerrero, Omar (2003). Nueva gerencia pública: ¿gobierno sin política? En: *Revista Venezolana de Gerencia.* Año 8. N° 23. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Centro de Estudios de la Empresa. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. Pp. 379-395.

- Gutiérrez, Baltasar (1997). La descentralización en el ámbito de los estados. Especial Referencia a la Ley de Descentralización. Ediciones del Congreso de la República de Venezuela. Caracas. Venezuela.
- Haefner, Carlos (2000). La Descentralización y la Planificación del Desarrollo Regional ¿Ejes de la Modernización de la Gestión Pública? Algunas Notas sobre su Discusión.
- Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio (2001). “Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica”. En www.clad.org.ve. Fecha de Consulta 20-05-2002.
- Fundación Polar Historia de Venezuela (2006). En <http://www.fpolar.org.ve>, fecha de consulta 19/08/2006.
- Iranzo, Consuelo y Richter, Jacquelin (2006). La Subcontratación laboral. Bomba de tiempo contra la paz social. CENDES. Caracas. Venezuela.
- Iranzo, Mauricio (1990). Líneas Estratégicas de Promoción y Apoyo a la Economía Popular. Caso Venezuela. I Seminario Internacional de Economía Popular, 26-29 de Noviembre. Caracas. Venezuela.
- Jessop, Bob (1999). Crisis del Estado de Bienestar. Hacia una nueva teoría del Estado y sus consecuencias sociales. Siglo del Hombre Editores. Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- Jiménez, Yolanda (2003). Auditoria. En <http://www.monografias.com/trabajos14/auditoria/auditoria.shtml>, fecha de consulta, 01/02/2004.
- Kliksberg, Bernardo (1973). “Los límites del Modelo Burocrático-Formal. La racionalidad irracional de la burocracia”. En Gerencia Pública en tiempo de crisis. Colección de Estudios. Serie Administración General. Ministerio para las Administraciones Públicas. España.
- Lares, Eloy (1990). Manual de Derecho Administrativo.
- 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. Editora FIOCRUZ. Caracas. Venezuela.
- López Maya, Margarita (2004). “Democracia Participativa y Políticas Sociales en el Gobierno de Hugo Chávez Frías”: En Revista Venezolana de Gerencia. Año 9, N° 28. LUZ. Maracaibo. Venezuela. Pp.585-603. Año 9.

- Luengo, Heidi y Tarazona, Alejandra (2001). Análisis del funcionamiento de Modelos de Gestión en salud. Caso: Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar “Luis Sergio Pérez”. Municipio San Francisco. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Sociólogo. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.
- Machiavelli, Fabiana y Proulx, Denis (2006). Tecnocracia y decisión política. En Ochoa, Haydée y Estévez, Alejandro (Coord.). El Poder de los expertos: para comprender la tecnocracia. Centro de Estudios de la Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. LUZ. Maracaibo. Venezuela.
- Málaga, Hernán, Manzanilla, Luís y Toba, María (1996). Proyectos Municipales. Hacia la Salud: Experiencia Venezolana. OPS-OMS-MSAS. Caracas. Venezuela.
- Mascareño, Carlos (1996). Gestión y gerencia en las gobernaciones venezolanas. Cendes. Caracas.
- Mascareño, Carlos (2000). Balance de la descentralización en Venezuela: logros, limitaciones y perspectivas. PNUD, ILDIS y Nueva Sociedad. Caracas. Venezuela.
- Minayo, Carlos y Da Fonseca, Sonia (2000). “Descentralización y Participación en Salud: nuevos partes para la discusión”. En Briceño, R., De Souza Minayo, M. Y Coimbra, C. (coord.). Salud y Equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales. Editora FIOCRUZ. Caracas. Venezuela.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2001). Documento Base sobre el modelo de atención integral de salud en Venezuela. 7ma versión preliminar. Caracas. Venezuela.
- Mirabal, Iván (2005). “Zonas fronterizas del Derecho del Trabajo”. En Derecho del Trabajo. No. 1. Fundación Universitas. Barquisimeto. Venezuela.
- Montagut, Teresa (2000). Política Social. Una Introducción. Editorial Ariel. Barcelona. España.
- Mora, Mario (2000). “Responsabilización por el control de resultados”. En CLAD (coord.). La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana. CLAD, BID, EUDEBA. Buenos Aires. Argentina.
- MSDS (2000). Organización del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. En www.msds.gov.ve, fecha de consulta 12-03-2000.

- MPD (2000). Plan bolívar 2000. En www.mpd.gov.ve, fecha de consulta 20/08/2006.
- Ochoa Henríquez, Haydée; Rincón Becerra, María T. y Henríquez, Deyanira (2005). Descentralización y gestión de la salud en la Gobernación de Carabobo Revista de Ciencias Sociales (RCS) Vol. XI, No. 3, Septiembre - Diciembre 2005. Pp. 439-463.
- Ochoa, Haydée y Rodríguez, Isabel (2001). “Descentralización y Privatización de la Salud en Venezuela. Estudio de un caso”. En Tendencia. Vol. II, No. 2. Pasto. Colombia. Pp. 65-88.
- Ochoa, Haydée (2000). “Modernización de la administración de personal en el aparato público venezolano”. En Revista Venezolana de Ciencias Sociales. Vol.4. No.2. Cabimas. Venezuela. Pp. 107-128.
- Ochoa, Haydée (1999). “Elementos teóricos para el estudio de la modernización administrativa de las gobernaciones en Venezuela”. En Revista Venezolana de Ciencias Sociales. Vol. 3. No. 1. Cabimas. Venezuela. Pp. 69-91.
- Ochoa, Haydée (1996/1997). “La Reforma de la Administración Pública en Venezuela –Proyectos y Realidad–”. En Gestión de Políticas Públicas. Nos. 7-8. España. Pp. 177-188.
- Ochoa, Haydée; Valladares, Mirtha y Rodríguez, Isabel (1996). “Administración pública y populismo en Venezuela. En Revista Venezolana de Gerencia. Vol. 1. No. 1. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. Pp. 39-58.
- Ochoa, Haydée (1995). Tecocracia y Empresas Públicas en Venezuela (1948-1991). EDILUZ. Maracaibo. Venezuela.
- Ochoa, Haydée (1993). “Consideraciones en torno al fenómeno de la Tecocracia”. En Cuestiones Políticas. No. 11. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. Pp. 17-39.
- Oficina Central de Presupuesto (2001). Leyes de presupuesto de los estados. Caracas. Venezuela.
- OMS (1978). Alma Ata. Atención Primaria de Salud. Salud para todos No. 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 período 2000-2004. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Sociólogo. LUZ. Maracaibo. Venezuela.
- Paz, Oswaldo (1993). Lineamientos generales: la necesidad de cambios estructurales. Propuestas de Gobierno. Documento.
- Pérez, Auristela y Jaén, María Helena (1993). “Descentralización de la salud: por una atención de calidad”. En De La CRUZ, Rafael (coord.). Descentralización, Gobernabilidad, Democracia. COPRE; PNUD. Nueva Sociedad. Caracas. Venezuela.
- Pereira Almao, Valia (2006). Notas de Clases sobre Tipos de Investigación del Doctorado en Ciencias Sociales mención Gerencia, III Cohorte. LUZ. Maracaibo. Venezuela.
- Petras, Jame y Vieux, Steve (1999). “Las Trampas de la privatización”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional Impactos de la privatización eléctrica a nivel mundial, del 20 al 27 de septiembre. México.
- Peñuela, Norma (2000). Traspaso de Funciones de las gobernaciones a la Sociedad Civil. Entrevista Personal. Gerente Administrativa de la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez. 07 de junio. Entrevista realizada por Carlos Martínez. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.
- Pirela, Edith (2006). Adscrita nominalmente al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y de adscripción funcional al Sistema Regional de Salud. Entrevista Personal. Médico. 24 de Marzo. Entrevista realizada por Johnny Paz. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.
- Pichardo Pagaza, Ignacio (2004). Modernización Administrativa: Propuesta para una reforma inaplazable. El Colegio Mexiquense, A.C.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. México, D.F.
- Ramírez, José (2002). “Cambios institucionales: La descentralización en Venezuela”. En *Convergencia*. Año. 9, No. 28. UNAM. México, Pp. 335-353.
- Ramos Jiménez, Alfredo (1995). Los partidos políticos en las democracias latinoamericanas. Consejo de Publicaciones. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela.
- Rosales, Manuel (2000). “Un Nuevo tiempo para el Zulia. Estrategias de Gobierno”. Documento.

- Reina, Susana (1999). Informe al gobernador sobre proceso de fusión Fundasalud-Proyecto Salud. Agosto. Documento.
- Rey, Juan Carlos (1991). "La democracia Venezolana y la crisis del sistema populista de conciliación". En Revista de Estudios Políticos. No. 74. España.
- Richer, Madelein y Ortiz, Egda (1998). "Las Organizaciones del tercer sector en el campo de la salud: el caso de Maracaibo". En Revista Venezolana de Ciencias Sociales". Vol.2 Nos. 1 y 2. UNERMB. Maracaibo. Venezuela. 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). Maracaibo. Venezuela.
- Rodríguez Colmenares, Isabel; Rincón, María T. y Madueño, Janeth (2006). Barrio Adentro: Una experiencia de política de salud en ejecución. En Espacio Abierto Volumen 15, N° 3 Julio-Septiembre Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.
- Rodríguez, Darío (2000). Gestión Organizacional. Elementos para su Estudio. Segunda Edición. Universidad Católica de Chile. Chile.
- Rodríguez, Isabel (2006). Experiencia sobre la descentralización del estado Zulia. Profesora Jubilada e Investigadora de la Universidad del Zulia. 15 de Agosto. Entrevista realizada por María T. Rincón Becerra. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.
- Rodríguez, Gilberto (2000). Lineamientos político-estratégicos en Salud. MSDS. Caracas. Venezuela.
- Rondinelli, D., J. Nellis y G. S. Cheema (1983): Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experience, Staff working paper, N° 581, Washington, D. C., and Banco Mundial.
- Sabino, Carlos (2000). El Proceso de Investigación. Una introducción teórico-práctica. Nueva edición actualizada. Editorial Panapo. Caracas. Venezuela.
- Sahum (2006) Reseña histórica del servicio autónomo hospital universitario de Maracaibo. Monografía. Maracaibo. Venezuela.

- Velásquez, Andrés (2003). “El Proceso de Descentralización en Venezuela: 1994-1998”. En Revista FACES, Año 12. No. 23. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Weber, Max (2002). *Economía y Sociedad. Esbozo de Sociología Compreensiva*. Decimacuarta reimpresión en español. Fondo de Cultura Económica. México.
- Zárraga, Pedro (2001). *20 Experiencias Exitosas en Gestión de Salud Pública*. Fundación Polar. Caracas. Venezuela.



Gestión de servicios de salud



9 789804 022319

Libro electrónico