

Descentralización y gestión de los servicios de salud en el estado de Zulia (estudio de casos)*

María T. Rincón Becerra, Haydeé Ochoa Henríquez**, Isabel Rodríguez Colmenares****

Resumen

El proceso de descentralización iniciado a finales de los ochenta dio paso a un conjunto de reformas promovidas por los gobiernos regionales. En este trabajo nos proponemos explorar los modelos de gestión de los servicios de salud puestos en práctica en la gobernación del estado Zulia. La investigación es de tipo descriptiva, se fundamenta en una revisión de fuentes documentales, hemerobiográficas y en entrevistas, se seleccionaron como casos de estudio el ambulatorio Luis Sergio Pérez, el ambulatorio San Francisco, y el la Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo. Los hallazgos demuestran: 1) funciones de salud ejercidas por el estado (gobierno regional) y organizaciones corporativas, 2) procesos de toma de decisiones centralizados, 3) flexibilización y precarización laboral, 4) Predominio de controles por procesos de trabajo y de resultado, 5) Reducción del aporte financieros del gobierno regional a los centros asistenciales, sustituyéndose con el pago del servicio por los pacientes, 6) predominio de atención curativa, 7) Cooptación por parte del Estado de la participación ciudadana en la prestación de los servicios de salud. Se concluye, que la descentralización dio paso a espacios públicos no estatales y a la privatización de los servicios de salud, en oposición a los principios de la Constitución.

Palabras Clave: Modelos de Gestión, Servicios de Salud, Descentralización, estado Zulia, Venezuela.

* Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Docente e Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ).

** Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Docente e Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la

Abstrac

The decentralization process that began in Venezuela in the late 1980's has led to a set of reforms initiated by regional governments. This article explores the models of management developed by the government of Zulia State in the health service. The research conducted was descriptive and analytic, and it is based in documents, and semi structured interviews to qualified personnel. The cases of study were: San Francisco Ambulatory, Hospital of Pediatrics Specialties of Maracaibo, and Luis Sergio Perez Ambulatory. The main findings are the following: 1) both regional government and corporative organizations share functions in health management services, 2) centralized decision making processes, 3) presence of flexible and precarious labor, 4) Prevalence of controls depending both on the process of labor, and the results, 5) budget reductions in the health centers by the regional government have been covered by fees paid by the public, 6) prevalence of curative health service, and 7) the participation of citizens has been coopted by the state. The article concludes that decentralization has brought non-state public spaces and the privatization of the health service. Both are developments that are in opposition to the Constitution.

Key words; models of management, health service, decentralization, Zulia State, Venezuela

Fecha de recepción: 6 de abril de 2005

Fecha de aprobación: 6 de junio de 2005

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ).

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

1. Introducción

El proceso de descentralización emprendido en Venezuela a finales de la década de los ochenta, dio paso a la transferencia de competencias del poder central a los niveles subnacionales, particularmente a las gobernaciones de Estado, las cuales pasan a ser instancias receptoras de competencias. En materia de salud, el proceso de descentralización que se emprendió encontró real expresión a mediados de la década de los noventa, momento en el cual las gobernaciones comienzan a ver materializada la transferencia de los servicios de salud.

Este trabajo tiene por objetivo explorar los modelos de gestión de los servicios de salud promovidos por la gobernación del estado Zulia¹. Se parte del supuesto que el proceso de descentralización político territorial emprendido en Venezuela ha dado paso a nuevas formas de gestión en materia de salud pública en las gobernaciones venezolanas, las cuales buscan redefinir el papel del Estado, liberar la economía, disminuir el gasto público, modernizar el sector público social, reducir el tamaño del aparato de Estado, focalizar las acciones dirigidas hacia determinados grupos de la población. Esto condujo a la generación de una fuerte tensión entre las dos tendencias que apoyan, bien sea el intervencionismo o el reduccionismo del Estado.

La investigación se basa en un diseño de tipo no experimental, transeccional descriptivo, basado en el estudio de caso, se eligió una muestra no probabilística intencional sobre la base de criterios de tipos geográficos, históricos, división política de salud, categoría de establecimientos y por modelo de gestión. En este sentido, se seleccionaron los siguientes establecimientos de salud: el ambulatorio urbano Luis Sergio Pérez; el ambulatorio San Francisco y La Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, todos adscritos al Sistema Regional de Salud de la Gobernación del estado Zulia. El estudio que se adelantó fue de tipo descriptivo. En cada uno de ellos analizamos el comportamiento que asume la toma de decisiones, la administración de personal, el control, la prestación de los servicios de salud y las fuentes de financiamiento.

¹ El Estado Zulia está situado en la zona Nor-occidental de Venezuela. Limita al Norte con el Mar Caribe; por el Este con los Estados Falcón, Lara y Trujillo; por el Sur con Mérida y Táchira, y por el Oeste con la República de Colombia. Su capital: Maracaibo, ciudad del Noroeste de Venezuela (ubicada en la parte Noroeste del Lago de Maracaibo). Tiene una Superficie de 63 100 Km², representando el 6.92% del territorio nacional, cuenta con una población de 2 millones 553 mil 127 habitantes, constituyendo el 12.4% de la población del país (MPD, 2005)

2. Servicios de salud en el contexto de la descentralización del estado Zulia

A finales de los años ochenta se inicia en Venezuela un proceso de reforma del Estado, tanto política como administrativa, que venía siendo promovida por varios sectores desde comienzo de esa década y que tuvo como espacio institucional a la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE), creada en 1984 durante el gobierno de Jaime Lusinchi. La COPRE inició un amplio proceso de consultas a distintos sectores de la sociedad a objeto de recoger sus opiniones y sugerencias, lográndose una amplia aceptación y respaldo de por parte de diversos grupos de opinión así como de los actores políticos².

Así durante el año 1985, comienzan a ser presentadas las distintas propuestas de reforma, con la finalidad de emprender dicho proceso. Ellas contemplaban: Lineamientos de la política de descentralización territorial en Venezuela; reformas inmediatas del Poder Judicial y estrategias económicas generales, entre otras. Para la puesta en marcha de estas propuestas en el estado Zulia, se firma en 1987 un convenio entre la Universidad Rafael Urdaneta (URU) y la COPRE, con el propósito de realizar el proyecto de Ley de Transferencia de Competencia del Poder Público Nacional a los niveles subnacionales, particularmente a los Estados, la cual fue aprobada terminando los ochenta³.

Con la aprobación de ésta y de la Ley Orgánica de Elección y Remoción de Gobernadores y Alcaldes (1989), las gobernaciones como instancias receptoras de competencias entran a una nueva dinámica político-administrativa. La Ley Orgánica de Descentralización y Delimitación de Transferencia (LODDT-1989), evidencia la revitalización del federalismo venezolano; pues condujo al desarrollo de ciertos principios constitucionales de la carta magna de 1961, que habían quedado aletargados en el tiempo. En este sentido, al promover la descentralización administrativa, se delimitan competencias entre los poderes públicos del Estado, se determinan las funciones de los Gobernadores, como agentes del Ejecutivo Nacional, las fuentes de ingresos de los Estados y facilita la transferencia

² Ver al respecto los trabajos, donde se ilustra lo que fue el papel y las propuestas de la COPRE, Cuñarro (2000); COPRE (1989a y 1989b).

³ 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 evidenció la escasa autonomía por parte de ellas para ejercer funciones inherentes a cualquier tipo de servicio. Esto debido a los que los gobernadores de estado todavía, para aquel momento, eran designados por el Presidente de la República.

de la prestación de los servicios del Poder Nacional a los Estados⁴.

La LODDT, lista un conjunto de servicios que deberán ser transferidos progresivamente a los Estados, y se destaca a la salud pública como uno de los servicios objeto de transferencia. En el caso particular del Zulia, es bajo el gobierno del socialcristiano Oswaldo Álvarez Paz, quien para lograr dicho cometido resiste a afirmar el convenio entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)⁵ y la Gobernación del estado Zulia (GEZ), el cual presidía la administración y dirección conjunta de la red de servicios de salud primario y hospitalario, que funciona desde 1964 en la región.

Para 1991 se crea por decreto de la Dirección Regional de Salud, adscrita a la Gobernación del estado Zulia, bajo la rectoría del antiguo MSAS, la cual funciona, a su vez, como Secretaría de Salud del gobierno regional, constituyéndose en la autoridad superior del sector público salud en la región, responsable de gerenciar los procesos de fomento, promoción y prevención, protección, restitución y rehabilitación para garantizar 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 salud y el mantenimiento de toda su infraestructura..." (Gobernación del estado Zulia, 1991).

No es sino hasta 1994, que se firma el convenio de transferencia de los servicios de salud entre la gobernación

y el gobierno nacional, el mismo abarcó inicialmente el traspaso de cuatro centros hospitalarios, tales como: 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 red ambulatoria respectiva. Ese mismo año se crea la Fundación para la Promoción de la Salud en el Estado Zulia (FUNDASALUD), 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 Sanidad y Asistencia Social" (Gobernación del estado Zulia, 1994).

Es después de dos años que se logra la transferencia de la mayoría de los establecimientos adscritos al MSAS, faltando algunos hospitales, entre los cuales se encontraba el Hospital Universitario de Maracaibo, el cual fue transformado en un servicio autónomo. Este proceso fue revertido en el 2004, cuando el Ministerio reasumió su administración.

En cuanto al traspaso del personal, estuvo pautado para 1995, pero no hubo interés de ninguna de las partes ni de la Gobernación ni del Ministerio. Por parte del gobierno regional específicamente se adujo el problema que ocasionaban los pasivos laborales, constituyéndose este factor en una de las trabas del proceso de la descentralización porque el volumen de los pasivos representaba una fuerte carga del gasto para ambas partes. Hasta la fecha se han realizado varios inventarios de personal, pero el traspaso no se ha concretado.

En 1996, se firmó un convenio con el MSAS, con la idea de establecer la nómina salarial real del personal adscrito al sector salud; y con relación a la transferencia de los servicios del Instituto Nacional de Geriátrica (INAGER), el Instituto Nacional de Nutrición (INN); el Programa Ampliado Materno Infantil (PAMI), Fundación para el Mantenimiento de la Infraestructura Médico Asistencial (FIMA); que aún no se ha iniciado; sólo se han realizado los trámites y las reuniones de trabajo con el INAGER pero en la práctica nada se ha materializado.

⁴ Para el momento en el cual fue aprobada la Ley de Descentralización, los niveles de gobierno quedaron constituidos de la siguiente manera: Nivel Nacional, constituido por el Poder Ejecutivo, descansaba en la Presidencia de la República; el Poder Judicial en la Corte Suprema de Justicia y el Poder Legislativo en el Congreso de la República. El subnacional representado por las gobernaciones, Poder Ejecutivo en el gobernador, poder legislativo en la Asambleas Legislativas y los municipios, con poder ejecutivo, con el alcalde y legislativo en la Cámara Municipal. Estos dos últimos niveles de gobierno no gozaban de Poder Judicial.

⁵ De acuerdo con el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Central (1999), se fusionaron el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y el Ministerio de la Familia (MF), para crear el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). El MSAS fue creado en 1936 con funciones netamente preventivas y de promoción de la salud. A partir de los años cincuenta, comenzó a privar en Venezuela una medicina de proporciones curativas y se incrementó significativamente el gasto en salud. En cuanto al Ministerio de la Familia, fue el ente encargado de la planificación y evaluación de las políticas sociales. El MSDS nace con una estructura organizativa conformada por dos viceministerios (el de Salud y Desarrollo Social), y con cuatro direcciones generales (Salud Poblacional; Salud Ambiental; Contraloría Sanitaria; Políticas, Planes, Evaluación y Control) (MSDS, 2001b: 4-7)

En síntesis, a la fecha el estado Zulia no ha alcanzado un mayor avance del proceso de descentralización en materia de salud, pues no se han logrado transferir ciertos servicios, ni el personal, ni los bienes muebles e inmuebles, tan sólo cuenta con la transferencia de los centros asistenciales.

3. Gestión de los servicios de salud en la gobernación del estado Zulia

La descentralización como eje de la reforma del Estado, ha dado paso a diversas formas de gestión de los servicios de salud, las cuales han sido promovidas por la gobernación del estado Zulia. En este sentido, abordamos nuestro estudio, en primer lugar con la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar, Luis Sergio Pérez, cuando 1987, se creó la Unidad de Medicina Familiar, gracias al esfuerzo de un grupo de médicos especialistas en la materia, esto dio paso a que se inaugurara y se instalara en la sede del ambulatorio el postgrado de Medicina Familiar de la Universidad del Zulia. El programa emprendió sus labores con dos residentes quienes desarrollaban actividades comunitarias, de investigación y contribución al estudio de los problemas de salud en el sector. Las actividades se iniciaron con el estudio sociosanitario de 133 familias, enfatizando sobre aspectos demográficos, socioculturales de organización social y comunitaria (Lugo, 1996). "Sus instalaciones fueron construidas y dotadas por la Gobernación del Estado Zulia y entregadas en 1993, mediante acuerdo con la Fundación Venezolana para la Medicina Familiar -FUNVEMEFA⁶-, con el propósito de administrar los servicios de Medicina Familiar" (Ochoa y Rodríguez, 2001: 75).

Seguidamente estudiamos el ambulatorio San Francisco, creado en el contexto del avance de la democracia, pues su construcción tiene lugar en los años finales de la década del cincuenta, cuando se realizaron los esfuerzos para su edificación, y poner en práctica una política de salud de tipo preventiva. Para posteriormente, anexar en forma

⁶ Es una entidad privada autónoma con personalidad jurídica, sin fines de lucro, que tiene por objeto incorporar el apoyo moral y económico y la participación activa de todos los sectores de la colectividad a favor del desarrollo de la Medicina Familiar en el país, integrando recursos oficiales y privados. Desde inicios de la década del noventa, Felix Grüber ha impulsado la idea de un modelo gerencial que aspira atacar la baja productividad que él asocia con el problema de las frecuentes huelgas y paros promovidos por los trabajadores de la salud. En el sector salud público venezolano existen o tienen presencia aproximadamente dieciocho organizaciones gremiales, colegios profesionales y sindicatos entre los cuales funcionan el gremio del colegio de médicos y FETRASALUD, con capacidad suficiente para ocasionar la paralización del sistema. (Ver Grüber, 1993 y 1995).

completa los servicios de emergencia y hospitalización para los casos de maternidad (Rincón *et al.*, 2002).

A finales de la década de los noventa la gobernación del estado, crea la Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, con el propósito formal de prestar una atención subespecializada a infantes, niños y adolescentes, con una concepción organizativa y asistencial diferente a la usualmente prestada, se pasa de una política de prestación del servicio de especialidades pediátricas en diversos hospitales⁷ a la concentración de estas en un hospital creado para tales fines (Parodi, 2002). Para este análisis de la gestión de estos centros asistenciales se toma como objeto de estudio los procesos de toma de decisiones, la administración del personal, el control, la prestación y el financiamiento de los servicios de salud.

Se trata de una investigación de tipo descriptiva, entendida como la identificación de los diferentes factores y componentes del problema, cuyo propósito es levantar la información en el momento que se realiza el estudio. Se acudió al empleo de las técnicas específicas para la recolección de la data como resulta ser el empleo de las entrevistas y de la revisión de los documentos oficiales, de aquellos casos previamente seleccionados que ofrecieron aspectos singulares dentro de un contexto previamente conocido. El análisis de las entrevistas se efectuó mediante la técnica del método del análisis de contenido del discurso, y para la revisión documental se organizaron de forma cronológica de acuerdo al objeto de estudio.

a) Toma de decisiones

En la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez, se evidencia la presencia de 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.

Existe además una Junta de Compra, conformada por el Gerente Administrativo, el Gerente Médico y dos representantes de la Asociación Civil Unidad de Medicina Familiar (UNIMEFA)⁸, constituida por dos vecinas del ambulatorio, con el fin de establecer relaciones con la

⁷ Entre estos se encuentran el Hospital Universitario de Maracaibo, el Chiquinquirá, el General del Sur y el propio Hospital de Niños.

⁸ Asociación creada por FUNVEMEFA, con el propósito de administrar la Unidad, lo cual no se ha logrado.

comunidad para participar en la administración de la Unidad Docente Asistencial; sin embargo, en la práctica la relación de estas personas con la comunidad se limita a aprobar las exoneraciones en aquellos casos en los que los pacientes no cuentan con los recursos necesarios para sufragar el pago por el servicio y no efectúan ningún trabajo de índole preventiva a nivel de los grupos escolares y de otras organizaciones ubicadas en el perímetro del ambulatorio, por lo cual su relación con la comunidad resultó ser limitada.

Las materias objeto de decisión están orientadas al presupuesto, contratación de personal, modificación de sueldos y salarios, vacaciones, normas y reglamentos, remodelación e infraestructura, cambios en los servicios, despidos, horario de trabajo, metas de la institución, objetivos de la institución, entre otras (Luengo y Tarazona, 2001). El proceso de decisiones descansa en manos del Comité Ejecutivo de los Médicos de Medicina Familiar, y la participación de UNIMEFA es cooptada por FUNVEMEFA.

En el ambulatorio San Francisco, la máxima instancia de decisión es la Junta Socio Sanitaria⁹, integrada por cinco miembros principales y cinco suplentes, de los cuales cuatro son funcionarios del ambulatorio y uno en representación de las Asociaciones de Vecinos, éste cumple funciones de Tesorería. La designación de las autoridades en el ejercicio de sus funciones es para períodos de un año y pueden ser reelegidos. Se reúnen una vez al mes para decidir sobre la programación de alguna reparación, mantenimiento de la infraestructura y equipos, seguimiento y evaluación de salud, presupuesto anual, fijación de tarifas de laboratorio, de odontología, quejas de la comunidad; contratación de personal; contratos con las microempresas. Las decisiones son tomadas por el presidente de la Junta, quien es, a su vez, el Director del ambulatorio. La Junta Socio-sanitaria, está integrada, fundamentalmente, por el personal del ambulatorio, es en definitiva la máxima instancia de decisión (Rincón *et al*, 2002).

Es importante hacer ver que este centro asistencial, tuvo una importante referencia de realización de actividades de participación ciudadana¹⁰ a inicio de la década de los ochenta, las principales acciones estuvieron orientadas a

la solución de algunos problemas y la promoción de la salud, tratándose así de una participación en la ejecución de las actividades, tal y como lo define Cunill (1991).

En 1990 se crea la sociedad Pro Rescate del Ambulatorio Urbano Tipo II San Francisco (ASOPROAMUR), integrada en su mayoría por mujeres. Su objetivo fue "Organizar a las comunidades vecinas del ambulatorio para cooperar en forma participativa en la realización de programas destinados a promover en el individuo, la familia y la comunidad todo aquello que por su propio esfuerzo vaya en beneficio de elevar la calidad de la asistencia médico-social" (ASOPROAMUR, 1990).

La constitución de esta Sociedad tuvo como radio de acción el centro asistencial, es decir, no trató de abarcar más allá de las fronteras del mismo, lo que favoreció su participación de manera amplia en el ambulatorio. ASOPROAMUR hizo contacto con el gobierno regional, para reclamar la escogencia del personal médico¹¹. Este reclamo denota la capacidad de injerencia y de exigibilidad de los derechos ciudadanos por parte de individuos organizados con el fin de obtener beneficios de manera colectiva. Los esfuerzos por alcanzar la reivindicación de sus derechos, resultaron ser una tarea ardua; logrando la designación del Director escogido por la comunidad para el ambulatorio. Esto representa un tipo de participación que de acuerdo a lo planteado por Cunill (1991), puede identificarse bajo al denominación de participación consultiva.

Los logros trascendieron la solicitud de personal médico hasta llegar a la exigencia de materiales para el mantenimiento de la infraestructura, insumos, suministros y mayores recursos para el centro asistencial, vigilancia, cumplimiento de labores de limpieza y mantenimiento, vigilancia para la dotación de insumos y suministros para la emergencia, presiones en torno a la creación de una ruta de transporte, para garantizar el acceso de los pacientes a cualquier hora del día; vigilancia del cumplimiento de las actividades laborales del personal médico, paramédico, empleados y

son: a) participación consultiva y/o asesora, se expresa como opinión o manifestación de conocimientos que no obligan al sujeto que adopta la decisión, b) participación resolutoria y fiscalizadora, implica intervención en el curso de la actividad pública y decisoria, por tanto ambas tienen un carácter obligante para la administración, y c) la participación en la ejecución: supone que se toma parte directamente en la realización de una actividad y/o en la prestación de un servicio determinado.

¹¹ La práctica, hasta entonces, consistió en la escogencia de directores de ambulatorios y hospitales con base en candidatos respaldados por el presidente del Colegio de Médicos del estado Zulia, quien decidía bajo la influencia de los partidos políticos.

⁹ La existencia de la Junta se debe al mandato señalado en el Reglamento No. 7 del gobierno regional, sobre el funcionamiento de las Juntas Socio-Hospitalarias, Socio-Sanitarias y Socio-Comunitarias.

¹⁰ El término participación ciudadana según Nuria Cunill (1991: 44 y 48) es el proceso por medio del cual los individuos, toman parte en alguna actividad pública, en tanto portadores de intereses sociales, lo que alude a la intervención de los ciudadanos en el aparato del Estado. Según la autora en referencia (1991: 58-59), los tipos de participación ciudadana de acuerdo al papel en la administración,

obreros; control sobre la calidad de la atención y del servicio prestado a los pacientes, supervisión del área de emergencia, funciones de enfermeras, camareras, lavanderas, especialmente en épocas de huelgas; funciones de intendentes, directores, vigilantes, no sólo en épocas de conflictos sino rutinariamente; y participación en los procesos de toma de decisiones inherentes al ambulatorio con el personal directivo, entre otras (Rincón *et al.*, 2002: 72).

Se trató de un proceso de participación amplio, que abarcó la toma de decisiones, fiscalización y la ejecución, lo cual comprometió a la comunidad en la prestación del servicio. A nuestro juicio, se pone de manifiesto el interés de la comunidad en participar en salud y evidencia que la organización asumió una buena parte de las responsabilidades correspondientes al Estado.

Con el cese de funciones de ASOPROAMUR¹² nace en 1997 la Fundación de Acción Civil Unidad Comunitaria San Francisco (FACUC) como asociación sin fines de lucro, promovida, al igual que la primera, fundamentalmente por mujeres, aquí cabe señalar lo planteado por Díaz Polanco (1996) al referir que "el tema de la salud... es un aspecto profundamente ligado a las responsabilidades que poco a poco ha ido asumiendo la mujer en la vida social...".

El tipo de participación que en la práctica realiza FACUC en el ambulatorio San Francisco, es muy limitado y no guarda relación con las actividades que desarrolló en su momento ASOPROAMUR. La participación se reduce únicamente a dos de sus miembros, tal y como lo afirma Camarillo (2002); pues el haber constituido la fundación tuvo como propósito obtener una mayor influencia ante los organismos oficiales a la hora de plantear las demandas y necesidades del ambulatorio. Sin embargo, uno de los elementos que no puede dejar de reconocerse lo constituye la solicitud de designación del personal directivo propuesto, demanda que formuló ASOPROAMUR y que culminó lográndola también FACUC (Rincón *et al.*, 2002: 75).

En el contexto de la descentralización, FACUC participa restringidamente en la gestión de salud del ambulatorio San Francisco; involucrándose en la promoción de un modelo administrativo del servicio que apunta a la búsqueda del financiamiento por parte de la comunidad, favoreciendo

¹² Es preciso destacar, que aún cuando cesó en el ejercicio de sus funciones, el documento de constitución continúa vigente, por no haberse convocado la asamblea respectiva para eliminarlo, por ello se pudiera dar pie a que en cualquier momento se reactivasen nuevamente las actividades de la sociedad.

el retiro del Estado de su responsabilidad en esta materia (Rincón *et al.*, 2002).

Con respecto al siguiente caso, el Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, es administrado por la Fundación que lleva su mismo nombre, y fue creada por la Gobernación del Estado dado el impulso de un grupo de médicos pediatras de la región zuliana. Esta dirigido por un Consejo de Administración integrado por once miembros, de los cuales: siete en representación de la gobernación y designados por el Gobernador (de éstos siete cuatro deben pertenecer al cuerpo médico del Hospital), y cuatro en representación de la Asociación de Alcaldes, la Universidad del Zulia, Federación de Cámaras de Comercio, y miembros benefactores, colaboradores y afiliados. Todos duran tres años en el ejercicio de sus funciones con derecho a reelección y pueden ser removidos de sus cargos (Gobernación del estado Zulia, 2000).

Además existe un cuerpo de gerentes integrados por: el gerente general, gerente médico, gerente de operaciones, el gerente de administración y finanzas, éstos son designados por el Consejo de Administración. Las reuniones se realizan cada mes para decidir sobre la contratación de personal, *outsourcing*¹³, pago de sueldos y salarios, recursos financieros, mantenimiento de la infraestructura, cumplimiento de las normas, evaluación y seguimiento del personal; fijación del precio de los servicios de orientación diagnósticos, *marketing*, servicios profesionales, sugerencias de los padres de los pacientes; apertura de nuevas áreas de atención o de nuevos servicios (Gobernación del estado Zulia, 2000). Las decisiones descansan en el Consejo de Administración, con influencia del Presidente que a su vez desempeña el cargo de Gerente General.

En síntesis, en materia de toma de decisiones, las mismas se encuentran centralizadas en la cúspide del poder, a diferencia de lo que ocurre con la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez donde priva una alta influencia de FUNVEMEFA, como organización corporativa, lo que evidencia la presencia de rasgos propios de un modelo tecnocrático. Y en el ambulatorio San Francisco y en el

¹³ Se constituye en la contratación de agentes que se encuentran fuera del establecimiento de salud para prestar los servicios de lavandería, jardinería, mantenimiento, vigilancia. Con ello "se establecen contratos precarios de trabajo y subcontrataciones en cascada, caracterizados por una externalización de riesgos y responsabilidades, con reducción de salarios y de empleo" (Minayo y Da Fonseca, 2000: 274). En este caso, la externalización ha sido extendida en la producción de actividades indirectas en la producción del servicios de salud.

Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, se registra la presencia de elementos burocráticos populistas dada la influencia de mecanismos basados en la presencia de relaciones informales, fenómenos de liderazgo, diversidad de intereses y motivaciones por parte de los representantes del sector que se encuentran ubicados en la cúspide del poder; que por ende, afectan al proceso de decisiones. Quien decide es siempre aquél que ocupa el puesto más alto, esto hace que se desarrolle una toma de decisión personalistas, influenciada por aspectos políticos que introducen grados de discrecionalidad, haciendo que la burocracia se torne improductiva e incluso inhibidora de las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil. En el caso excepcional del ambulatorio San Francisco, se observa la representación de los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones, la exclusión de éstos presenta distancias de las demandas de profundización de la democracia y de la transformación del Estado.

En cuanto a la designación de las autoridades, responde a criterios políticos clientelares característico del modelo burocrático populista¹⁴, puesto que a lo interno del Estado el responsable de la selección del personal directivo recae en manos del Gobernador y en el caso de las fundaciones las autoridades son seleccionadas por sus propios promotores o socios. Este mecanismo de designación de personal deja al margen el mérito como criterio de ingreso a la Administración Pública.

Las frecuencias de las reuniones de la instancia de decisión varían entre una semana o un mes para discutir materias inherentes a políticas, planes y actividades administrativas u operativas; normas de organización, selección, reclutamiento y desarrollo del personal; estructuración y aprobación del presupuesto, autorización de celebración de compromisos financieros, evaluación de personal, supervisión y evaluación de actividades operativas y asistenciales, firmas de convenios interinstitucionales, celebración de contratos con microempresas y demás personas jurídicas públicas y privadas, *outsourcing*, planificación, organización, supervisión y control de los ingresos, en aquellos centros en los que se impone el cobro del servicio a los ciudadanos.

b) Administración de personal en salud

El ingreso del personal medio y operativo de salud en la gobernación esta lejos de responder a criterios meritocráticos, tal y como lo señaló Weber (1976) en su propuesta

teórica, pero se han impuesto modalidades de contratación que flexibilizan y precarizan el proceso de producción del servicio de salud, donde si entran en juego los méritos.

En la Unidad Docente Asistencia de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez, se evidencia dos tipos de personal, como son: a) personal administrativo, y b) los microempresarios, quienes fueron contratados directamente por este centro asistencial, siendo instruidos legal y administrativamente para conformar las microempresas (Zárraga, 2001). Estos microempresarios fueron seleccionados con base a dos criterios: 1) mediante evaluación de credenciales, ella 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 2) por la cercanía a la zona de ubicación del ambulatorio, esto con el fin de reducir costos de transporte y tener menos posibilidades de ausencia y retraso en el trabajo. El personal administrativo es muy poco (19 personas), el grueso está representado por los microempresarios, quienes son contratados por productividad, lo que trae como consecuencia limitaciones en sus derechos colectivos, tales como: la huelga y la sindicalización¹⁵.

Las microempresas, son una experiencia que vienen aplicándose en el ambulatorio Luis Sergio Pérez, desde mediados de los noventa (época en la cual se materializa la descentralización de la salud en el estado Zulia) y han sido promovidas por la Fundación para la Medicina Familiar. Vale destacar, que en el gobierno de Arias Cárdenas, se nombra como director del Sistema Regional de Salud al Dr. Félix Grüber, especialista en Medicina Familiar y líder de la aplicación del sistema de microempresas en el sector, con lo cual se busca difundir la experiencia a toda la región (Ochoa y Rodríguez, 2001).

Las microempresas de salud, implementadas por el Sistema Regional de Salud, fueron formadas con el personal del propio ambulatorio (médicos, paramédicos), violentando el mes de cesantía en las relaciones laborales entre el patrono (Gobernación del estado Zulia) y el trabajador (empleados); pasando de ser empleados directos a indirectos, lo que pudiera traer como consecuencia una cadena de demandas laborales al gobierno regional, por parte de las personas que han sido contratadas bajo esta modalidad (Rincón *et al*, 2002), con el alegato de la continuidad laboral.

¹⁴ Ver al respecto Ochoa, López y Rodríguez (1996).

¹⁵ Ver el trabajo de Rincón y Rodríguez (2005).

Con respecto al siguiente caso, el ambulatorio San Francisco, selecciona su personal sobre la base de un concurso de credenciales, particularmente para la parte médico-asistencial y para períodos de uno a tres años de acuerdo al caso; en cuanto al personal administrativo, el mismo es contratado directamente por la Dirección Regional de Salud (DRS), lo que demuestra la existencia de personal de carrera que disfrutan de los beneficios establecidos en la Ley Orgánica del Trabajo y en la contratación colectiva. A partir de 2001 se comenzó la transformación del personal fijo que laboraba en la DRS, en microempresarios, con el fin de minimizar gastos laborales, por lo que estas microempresas se dieron en este establecimiento de salud.

El establecimiento de microempresas se vio favorecido por el apoyo del Director del centro asistencial (Vargas, 2001), quien afirma que es "necesario implantarlas para evitar el caos en el ambulatorio". Este director se aprovechó de la aceptación con la cual contaba por parte de la colectividad que lo llevó a ese cargo, utilizando mecanismos de persuasión para implantar lo que a la final impone el gobierno regional, en este caso las microempresas donde el personal, en palabras de Suárez *et al* (2001: 392-393) ingresan o son absorbidos bajo la categoría de "personal contingente, cuya relación laboral es inestable, de acuerdo a la necesidad de producción, en función de la demanda y se contratan a tiempo parcial o temporal...". Se tiene planteado que todo el personal que requiere el ambulatorio sea contratado en un mediano plazo a través de este sistema.

Entrando a la presentación del caso de la Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, establece como criterio para la selección de su personal administrativo y asistencial el mérito como condición sine qua non; adicionalmente, al personal médico se le exige contar con alguna especialista médica. El proceso de selección descansan sobre la contratación de los servicios de una consultora externa, la cual efectúa evaluaciones psicotécnicas al aspirante y se someten a un panel entrevistador de cuatro personas, posteriormente, se realiza un informe del aspirante de acuerdo a los resultados de las pruebas, y se remite a la oficina de recursos humanos de la Fundación, ésta descarta o aprueba la selección del aspirante y, posteriormente se somete a la aprobación del gerente del área respectiva. Al decidirse el ingreso, se establece un período de prueba y subsiguientemente se realiza una evaluación de desempeño, con base a ello se decide el ingreso definitivo del personal. La contratación de la consultora se justifica señalando que garantiza una mayor transparencia en el proceso de selección, este tipo de mecanismo es propio de una administración pública

tecnocrática, siendo este el único caso donde priva mayoritariamente el elemento meritocrático.

El personal médico especializado es contratado por productividad y el personal de Admisión, Orientación Diagnóstica, Administración, Cirugía, Hospitalización, Oncohematología, Imágenes, Banco de Sangre y Laboratorio, es contratado para períodos fijos de un año con derecho a renovación de acuerdo al desempeño en el cargo, se rigen por la Ley Orgánica del Trabajo y disfrutan de derechos individuales más no colectivos.

En síntesis, como es de observar, la administración del personal en el sector salud en el estado Zulia, refleja la puesta en práctica de algunos mecanismos meritocráticos, en la práctica este criterio "se constituye en un mecanismo de legitimación, ya que es mediante el cual se selecciona personal y se asciende en la organización tecnocrática, con esto lo que se quiere significar es que la ubicación de los hombres en los cargos está por encima de intereses personales y extraorganizacionales" (Ochoa, 1995).

Las modalidades de contratación implementadas por el aparato del Estado, dieron paso a la introducción de elementos postburocráticos, que han 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, la individualización y como resultante de lo anterior se produce el abaratamiento del costo de la mano de obra, cuya consecuencia es la reducción del salario real y se refuerza la flexibilización de los horarios en función de las necesidades productivas.

En este sentido, los resultados revelan la presencia de diversos tipos de relaciones laborales. En el caso del ambulatorio San Francisco se rastrea la presencia de funcionarios de carrera y/o estables, cuyos derechos laborales descansan sobre la base legal que rige las situaciones y relaciones jurídicas derivadas del trabajo como hecho social, donde éstos tienen derecho al desarrollo de relaciones colectivas con los patronos; a tales fines el Estado garantiza a los trabajadores, patronos y a las organizaciones que ellos constituyen el derecho a negociar colectivamente y a solucionar pacíficamente los conflictos, con lo que los trabajadores gozan del derecho a la huelga y a la organización sindical, constituyéndose en un derecho inviolable, tanto para trabajadores como para patronos.

El Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo presenta un tipo de Personal temporal, regido por la Ley

Orgánica del Trabajo, a pesar de que son contratados para periodos determinados con posibilidad de renovación de acuerdo a su desempeño, éstos cuentan con derechos laborales individuales más no colectivos, tales como: el derecho a la huelga, sindicalización y contratación colectiva; disfrutan de cierta estabilidad en el ejercicio de su cargo. Presumimos que la aceptación de la condición de precariedad se explica por la propia forma contractual que se convierte en una herramienta disciplinadora, puesto que los trabajadores temporales tienden a internalizar un código de buena conducta que les previene de desarrollar acciones conflictivas, es decir, se autocontrolan ante la posibilidad de perder su empleo o no ver renovado el contrato; dando origen así a una fuerza de trabajo por obligación.

Otra modalidad de contratación de personal evidenciada es a través de las suministradoras de mano de obra, en este sentido se encuentran dos tipos, una a través de las denominadas microempresas, las cuales se encuentran en la Unidad Docente asistencial Luis Sergio Pérez y en el ambulatorio San Francisco. Al respecto sostiene Ermida (1999), que con este tipo de relaciones laborales se 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 admitir que escapen de la legislación laboral hacia el Derecho Privado relaciones que antes estaban indiscutiblemente reguladas por aquéllas produciéndose cierto retroceso en las relaciones colectivas del trabajo. Sin embargo, en el sector salud existe 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, sometidos al mercado con condicionamientos de productividad y competitividad" (Iranzo, 1990: 26) que no se registran en la realidad estudiada del caso de Luis Sergio Pérez.

Afirman Ochoa y Rodríguez (2001:77-79), que los trabajadores de salud convertidos en microempresarios, están lejos de serlos 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 de del precio de su 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 para ese salario, no hay

estabilidad laboral y el ingreso disminuye si no cumple con los estándares esperados.

Al respecto argumentan Ochoa y Rodríguez (2001: 79) que la "creación formal de empresas para prestar los servicios de salud... no constituyen en el fondo, empresas de salud..." puesto que son creadas por el aparato de estado para descargarse de compromisos laborales y asegurarse elevados niveles de productividad. Se sabe poco acerca de cómo reaccionan los trabajadores ante las transformaciones que supone este tipo de contratación o si se presenta algún tipo de resistencia, muchos menos se conocen de los motivos que los condujeron a la aceptación de este tipo de contratación.

La otra modalidad de suministradora de mano de obra es mediante el *outsourcing*, este tipo de experiencia puede ser constatada en el Hospital de Especialidades Pediátricas, donde las micro o medianas empresas son seleccionadas bajo criterios relacionados con la calidad y los costos del servicio que cada una ofrece. La selección de este tipo de empresas se realiza mediante un proceso de licitación pública. Esta modalidad de contratación se utiliza para los servicios no médicos, tales como: mantenimiento de los equipos biomédicos, aires acondicionado, limpieza, hotelería, dietas, jardinería, calderas, autoclave, ascensores y vigilancia.

c) El control

El término control implica una diversidad de acepciones; en nuestro caso utilizamos la relacionada al control de personal. En la experiencia de la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez, los microempresarios son sometidos a control de proceso de trabajo basado en el cumplimiento de las metas o procedimientos que deben realizar por hora; y a un control por resultados, el cual se realiza con base a el registro de las estadísticas epidemiológicas (Peñuela, 2000). Estos controles son establecidos por FUNVEMEFA, tal como si fuesen empleados de la misma fundación (Ochoa y Rodríguez, 2001).

En el ambulatorio San Francisco, se evidencia la presencia de mecanismos de control por proceso de trabajo realizados sobre los microempresarios de acuerdo al cumplimiento de las metas fijadas, esta supervisión es cumplida de manera conjunta entre la dirección y el departamento de administración del ambulatorio. Asimismo, se efectúa un control por resultados mediante las estadísticas epidemiológicas que son llevadas por el médico epidemiólogo,

quien debe reportar mensualmente a la Dirección Regional de Salud sobre las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

El Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, aplica un control de proceso de trabajo; en el caso particular de los médicos especialistas, éste se lleva a cabo de acuerdo al diagnóstico, tratamiento y tiempos de atención del paciente, los cuales son cotejados con otras atenciones para verificar el nivel de productividad, así como la calidad de la atención¹⁶. Además hay un control por resultados esperados de acuerdo al establecimiento de metas y las efectivamente alcanzadas. El personal paramédico es controlado de acuerdo al proceso de trabajo, esencialmente por la forma como aplican los procedimientos de atención al paciente, el cual queda registrado en la historia médica del paciente. Todos estos controles son llevados a cabo mediante el empleo de sistemas electrónicos, pues este establecimiento de salud se encuentra totalmente automatizado. El control de médicos y paramédicos es ejecutado por la Gerencia Médica constantemente (Gutiérrez, 2002).

El control del personal contratado por *outsourcing*, es realizado por la Gerencia de Operaciones y, fundamentalmente, se basa en la calidad y tiempo en la prestación del servicio. Esta misma gerencia es la única que experimenta la instrumentación de un bono por productividad mensual para el personal más destacado en el desempeño de sus funciones (Hernández, 2001). Y en cuanto al personal administrativo, es controlado igualmente por proceso de trabajo y de acuerdo al cumplimiento de las metas trazadas y efectivamente cumplidas en el ejercicio del cargo correspondiente. Se intenta el establecimiento de un sistema de recompensa que para finales del 2002, cuando se levantó parte del grueso de la información, sólo se había ensayado como un experimento particular la distinción de uno de los departamentos como reconocimiento de méritos por las funciones cumplidas exitosamente.

Como es de ver, se evidencia el predominio de un control tecnocrático, rigurosamente basado en registros por resultado y por proceso de trabajo, el primero de ellos

¹⁶ El tiempo de atención por paciente varía de acuerdo a la especialidad tratada, un cirujano pediatra no puede ver más de cuatro pacientes en una hora, el neurólogo sólo atiende un paciente por hora, el cardiólogo atiende dos pacientes por hora. Estos tiempos de atención son fijados con el fin de garantizar la eficiencia y la calidad del servicio prestado. Estos patrones son garantizados, puesto que el sistema de *software* utilizado para llevar las historias médicas, no permite introducir los datos de los pacientes que están fuera del tiempo establecido (Montiel, 2002).

implementado para realizar una evaluación *ex post* de las políticas y programas como medio para medir el desempeño del personal. Este tipo de control supone la contrastación de las metas establecidas con los resultados finalmente obtenidos, lo que permite determinar el grado de consistencia entre lo planificado y lo realmente ejecutado para poder medir el grado de desempeño del empleado.

Podemos destacar que en los distintos servicios de salud analizados se adolece de la puesta en práctica de mecanismos de control por parte de los ciudadanos, lo que refleja un proceso sistemático de cooptación por parte del Estado, lo que arrojan como consecuencia la restricción de los ciudadanos en el diseño de criterios y mecanismos para el seguimiento y evaluación de los servicios; así como también, garantizar la calidad y la producción del mismo. Esto, a su vez, limita la posibilidad del establecimiento de relaciones directas entre los ciudadanos y el Estado, restringiendo la profundización de los procesos democratizadores en la gestión de salud.

d) Prestación del servicio en materia de salud

La Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez presta el servicio por orden de llegada y realiza acciones promotoras orientadas a la prevención en salud de manera restringida puesto que solo se limita a la aplicación de las inmunizaciones (Ochoa y Rodríguez, 2001). Se brinda atención curativa en Medicina Familiar, Prenatal, Postnatal, Higiene Infantil, Higiene Pre-escolar, Higiene Adulto, Odontología, Emergencias, Ginecología, Cirugía Ambulatoria, Psicología, Psicopedagogía, Ultrasonido, Rayos x, Laboratorio, Ecografías (Luengo y Tarazona, 2001). La atención es brindada a las personas del Municipio San Francisco y en menor proporción al público en general.

El ambulatorio San Francisco, presta servicios por orden de llegada, se brinda atención preventiva a través de las actividades dirigidas a los infantes, preescolar, escolares y adolescentes, adultos, ancianos en control, actividades oncológicas y de planificación familiar, siempre y cuando estén en control. En los servicios curativos se encuentran las actividades por enfermedades de transmisión sexual, programa de tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, odontología, diabetes y consultas de emergencia (Rincón *et al.*, 2002).

Según Rincón *et al.* (2002: 66-68) en este centro asistencial existe un "predominio y ampliación de las consultas preventivas, en contraposición a la orientación tradicionalmente prevaleciente en los centros asistenciales

de este tipo...". Asimismo consideran estas autoras que a partir de 2000, momento para el cual se aplica el modelo de atención integral, se evidenció un incremento del porcentaje de las actividades preventivas, lo que sugiere una clara orientación de la política del ambulatorio en materia de atención primaria en salud. El área de influencia de este ambulatorio ha crecido significativamente, pues no solamente atiende a los barrios que conforman el sector San Francisco, sino a todos los del municipio.

El Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, es un centro que presta atención subespecializada a infantes, niños y adolescentes, se atiende por orden de llegada. Los servicios prestados son Orientación Diagnóstica, Consulta Externa, Área Quirúrgica, Hospitalización, Quimioterapia Ambulatoria, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes. Las especialidades tienen dos vertientes, por un lado destacan *a) las Especialidades médicas*: Adolescencia, Anestesiología, Cardiología, Dermatología, Desnutrición, Endocrinología, Gastroenterología, Genética, Hematología, Infectología, Inmunología, Alergología, Medicina Crítica, Nefrología y Neumonología, Neuropediatría, Nutrición Clínica, Odontopediatría, Oncología, ORL y Psicología; y, por otro lado, *b) las Especialidades quirúrgicas*: Pediatría General, Pediatría Bucal, Cardiovascular, Tórax, Labio Leporino, Malformaciones Ano Rectales, Neurocirugía, Odontopediatría, Oncología, Ortopedia, Otorrino laringología, Transplante de Médula Ósea, traumatología y urología pediátrica (Gobernación del estado Zulia, 2000).

En este caso predomina una política de salud eminentemente curativa, puesto que todos los servicios que se prestan son subespecializadas médicas, que buscan resolver un problema que amerita básicamente una intervención de tipo quirúrgica o de tratamiento médico continuo. Presta atención a los niños del estado Zulia y a los de la zona occidental del país, los cuales en un 70% vienen remitidos de otros centros asistenciales del resto de los municipios del Estado (Gobernación del estado Zulia, 2000).

La prestación del servicio de salud en los centros asistenciales, objeto de estudio, establecen como mecanismo principal para la prestación del servicio el orden de llegada. Evidenciamos el predominio de un tipo de salud basada en lo curativo y en menor proporción, lo preventivo. Esto puede estar fundamentado en lo que señala Romero (2001), cuando refiere que la salud es un objetivo cuya realización esta lejos del alcance de los servicios de atención médica, debido a que los factores que la determinan están en relación con múltiples áreas de la actividad humana que no son los propiamente relacionados con la medicina; en

cambio la atención a la enfermedad es una actividad específica de los servicios médicos. Al respecto señalan Ochoa y Rodríguez (2001), que cuando la salud es controlada exclusivamente por los médicos, la enfermedad es el objeto de la medicina, negando la posibilidad de intervención multidisciplinaria promovida por la medicina preventiva en el contexto de la comunidad y bajo las directrices de las acciones socioeducativas, culturales, políticas, económicas y demográficas, entre otras.

e) Fuentes y usos del financiamiento del servicio de salud¹⁷

Los aportes recibidos por los centros asistenciales provienen de varias fuentes y son utilizadas para cubrir diversos gastos. En la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez, la Gobernación del Estado transfiere aportes directamente a la Fundación Venezolana para la Medicina Familiar (FUVEMFA), a través de la partida titulada "Transferencia-Subsidios Sociales al Sector Privado; otra fuente son los usuarios. A los efectos considera Atencio (1997) "todo tiene un costo, ... de alguna parte deben salir los recursos". Afirma Zárraga (2001) que "la unidad se autofinancia con las colaboraciones... y promueve e implementa políticas de autogestión". 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 este caso, la descentralización colaboró a afianzar los mecanismos privatizadores de los servicios de Salud, aunado a la concepción que manejó Grüber sobre la necesidad de crear un modelo de atención en salud que no solamente atacar los problemas políticos, paros, huelgas, sindicalismo y la inherencia de factores gremiales sino que el usuario interpretara que todo no podía ser gratuito (Grüber, 1999)¹⁸.

¹⁷ La falta de suministro de información nos impidió establecer un análisis del promedio de los aportes provenientes directamente por el Estado y los usuarios; así como analizar los niveles de gastos que se registran en los centros asistenciales estudiados.

¹⁸ Con la descentralización se comenzó un proceso de ampliación y profundización de la privatización de los servicios públicos, al propio tiempo que variadas experiencias relacionadas con modelos de gestión 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, entre ellas, el déficit de recursos económicos, abriéndose espacio para la búsqueda de alternativas de fuentes de financiamiento.

El ambulatorio San Francisco, cuenta con una asignación directa por parte de la gobernación, y las colaboraciones de los usuarios. Este ambulatorio a diferencia del resto que hemos estudiado revela una trayectoria en el cobro del servicio, al respecto refieren Rincón *et al* (2002), que este ambulatorio desarrolló una práctica de participación ciudadana que promovió la introducción de las colaboraciones en los servicios de salud para sufragar gastos de funcionamiento que no podían ser cubiertos con la asignación presupuestaria del gobierno regional. A partir de allí se creó la Oficina Recuperadora de Costos que funciona hasta la actualidad, quebrantándose de esta manera el principio de gratuidad del servicio. Los usos de los recursos financieros, están destinados a la adquisición de materiales de oficina, médicos, farmacéuticos, quirúrgicos, laboratorio, odontológicos, insumos y suministros, mantenimiento, entre otros.

El Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, es una institución de reciente creación, para su funcionamiento ha contado con los aportes de la Gobernación del Estado, y del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en este último caso mediante un crédito adicional. Otra fuente son los usuarios, es decir, la población en general puede acceder a los servicios auxiliares de diagnósticos, tales como: laboratorio, banco de sangre, imágenes y odontopediatría a precios competitivos con el mercado (Gobernación del estado Zulia, 2000). El servicio de salud para el niño y el adolescente es gratuito. Otra fuente significativa de financiamiento es el aporte del sector privado, estos son realizados en especie, y han sido destinados a mejorar la infraestructura y las condiciones para la prestación del servicio, un ejemplo de ello lo constituye la empresa de telefonía celular TELCEL, que donó una campa de Flujo Laminar para el área de quimioterapia. Sin embargo, no debe obviarse que detrás de estas donaciones privadas, se busca reducir el pago de impuesto e incrementar su imagen corporativa. En relación al uso dado a los recursos financieros los mismos han estado orientados al gasto de mantenimiento, inversión en muebles y equipos médicos quirúrgicos pago de personal, honorarios profesionales, servicios, alquileres, materiales y suministros, entre otros.

En síntesis, las fuentes de financiamiento que se presentan en estos centros asistenciales son: 1) El tradicional financiamiento gubernamental y 2) Los aportes de los ciudadanos¹⁹, a través del pago en dinero. Con esta lógica

¹⁹ Con esto se trato de responder al modelo de privatización propuesto por el Banco Mundial, el cual promovió y financió reformas de los servicios de salud con marcado sello neoliberal. Ver al respecto a Ellner (2000, 1997).

el Estado aprende a vender sus servicios e incorpora la lógica del mercado; sin considerar las imperfecciones que este incorpora. El ciudadano pasa a ser tratado como cliente, anteponiéndose las necesidades mercantiles en contraposición a los derechos de los ciudadanos consagrados en la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), ocasionando problemas en la cobertura y accesibilidad de la población a los servicios de salud; y, 3) Financiamiento por parte del sector privado a través de la dotación de insumos y equipos, orientados a contribuir a la prestación de un mejor servicio a la población venezolana.

La incorporación del cobro del servicio, como estructura de mercado en el aparato del Estado, entra en contradicción con lo planteado en el artículo 84 de la nueva Constitución, el cual establece que el Estado gestionará un sistema de salud regido por los principios de gratuidad; en el que se introduce un mecanismo de financiamiento para el sector, y pensado como un incentivo para mejorar el rendimiento del Estado en la prestación del servicio; sin embargo, lo que ha sucedido en la práctica es una evasión por parte de éste de su responsabilidad en materia de salud.

Esto demuestra la vulnerabilidad del principio de universalidad, en virtud de la tendencia que vino ganando terreno, cuando se aupó la desaparición o minimización de los criterios que aseguraban el financiamiento en el sector salud por parte del Estado. A su vez, se está frente a una marcada discriminación e inequidad por la reducción o selectividad de los ciudadanos para el disfrute de los servicios en contraposición a lo que establece la Constitución (Díaz Polanco y Maingón, 1999).

Como se puede apreciar, en la generalidad de los casos, la gratuidad en la prestación de los servicios no se cumple; los ciudadanos se ven obligados a pagar en dinero y/o en especie por los servicios prestados. Esto ha venido ocurriendo sin considerar el empobrecimiento creciente de la población y de la insuficiente efectividad que han presentado los sistemas de recuperación de costos. Sólo mediante la eliminación de los sistemas de recuperación de costos, es que podrá garantizarse efectivamente la gratuidad de los servicios de salud; sin embargo, dicha eliminación es una acción que debe ser encausada por el Estado en el ámbito nacional para ser consecuente con lo formulado en la Constitución; aportando los recursos en cantidad suficiente para evitar que prosperen modelos que empleen mecanismos solapadores de intentos privatistas justificados apelando a la existencia de un déficit de recurso, a la falta de oportunidad en el otorgamiento de ellos y recursos oportunos, y a la carencia de materiales y suministros que

son requeridos para el desempeño adecuado de estos servicios de salud.

El predominio en los usos dado al financiamiento, se fundamenta en gastos de personal; materiales y suministros (productos farmacéuticos y médicos, útiles médicos, reactivos, entre otros); y servicios no personales (contratación de empresas para el mantenimiento de equipos médicos y no médicos, reparaciones menores de obras, servicios de vigilancia, servicios básicos, servicios de tipo asistencial, informáticos, telecomunicaciones, imagen corporativa, entre otros).

4. A manera de conclusión

La descentralización de los servicios de salud, emprendida en el estado Zulia, favoreció la incorporación de diversas modalidades de gestión en materia de salud, siendo estas, la Promoción directamente por el Estado, tal y como es el caso del ambulatorio San Francisco; y las que tuvieron lugar apelando a las formas organizativas, como las Fundaciones. Unas creadas por la propia gobernación, tal es el caso de la Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo y otras creadas por organizaciones del cuarto sector, como la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez, organización corporativa de médicos de Medicina Familiar.

Estas modalidades de gestión demuestran la presencia de distintos procesos de toma de decisiones. Así tenemos por ejemplo que en el ambulatorio San Francisco y en la Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas, se desarrollan procesos de decisiones centralizados en la cúspide del poder con influencia partidista y sin participación de los ciudadanos, denotando rasgos propios del modelo burocrático-populista. En la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez, la toma de decisiones descansa en manos de los líderes de Medicina Familiar, sin influencia partidista y sin participación ciudadana, esto se justifica en el hecho que el fin último es la rentabilidad y la racionalidad económica, no permitiendo de esta manera el afloramiento de condiciones de tipo política y social, con lo que se evidencia una toma de decisión propia del modelo tecnocrático.

En estos centros asistenciales, se ha desarrollado un estilo de administración de personal en el que se advierte la presencia algunos rasgos de mérito como mecanismo de ingreso a la administración pública. En este sentido, la propuesta burocrática cobra vigencia sobre todo en la selección de personal que tiene lugar en la Fundación del Hospital de Especialidades Pediátricas cuando se recurre a los

mecanismos de flexibilización, sin embargo, no deje de tener lugar presencia mayoritariamente los criterios de tipo político-clientelares propios del modelo burocrático populista, que se encuentra al margen del proceso de selección del personal cuando incorpora trabajadores por afiliaciones políticas o de amiguismos. Se imponen rasgos postburocráticos que se manifiestan en la flexibilización y precarización de las relaciones laborales, atentando contra la protección de los derechos del trabajador.

Los mecanismos de control desarrollados en los centros asistenciales reflejan la puesta en práctica de tendencias tecnocráticas, pues en los mismos se imponen el control por resultados y el control de los procesos de trabajo.

En la generalidad de los casos la política de salud está vinculada con acciones de tipo curativo, con excepción del caso del ambulatorio San Francisco en el Estado Zulia, donde se evidenció la aplicación de un conjunto de programas de tipo preventivo, por lo que en síntesis se pone en evidencia el arraigo de la medicina curativa en contraposición de la realización de acciones preventivas, demostrándose que se refuerza en la gestión de salud el paradigma medico-asistencial, propio de un modelo burocrático populista.

Las fuentes de financiamiento, provienen directamente por la vía del Estado como ha sido históricamente la costumbre en el sector salud; por el aporte de los usuarios a través de pagos directos haciendo que el paciente se convierta en cliente por la vía de sufragar el servicio; y el sector privado, con estos dos últimos casos se advierte la presencia rasgos tecnocráticos.

Como es de observar, estamos en presencia de una práctica de gestión de los servicios de salud a nivel del gobierno regional, que ha favorecido la privatización de los servicios, en contradicción al principio de gratuidad consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada en 1999.

Bibliografía

- ASOPROAMUR, Acta Constitutiva, Maracaibo, Venezuela; 1990.
- Atencio C. El Modelo de gestión de la Unidad Docente asistencial Luis Sergio Pérez. Entrevista Personal, Miembro de la Fundación Venezolana para la Medicina Familiar (FUNVEMEFA), Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, 04 de Diciembre de 1997.
- Camarillo L. Funciones de la Presidencia de ASOPROAMUR, Presidente ASOPROAMUR, Maracaibo, Estado Zulia, Entrevista realizada por María T. Rincón Becerra y Alejandra Tarazona, 08 de Julio de 2002.
- COPRE. La Descentralización. Una oportunidad para la democracia. Vol. 4, Caracas 1989(a): pp.295.
- COPRE. Una Política Social para la afirmación de la democracia. Vol. 8, Caracas, 1989(b): pp.193.
- Cunill N. Participación Ciudadana. Caracas, Venezuela: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo 1991; pp, 44-48, 58-59.
- Cuñarro E. Venezuela 1984 -1999: 15 años de historia. La Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) como mecanismo de innovación política. Cuestiones Políticas 2004; 33:91-133.
- Díaz Polanco J. La Reforma de salud en Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de los servicios de salud y sus opciones de cambio (RESVEN). Caracas-Venezuela, Universidad Central de Venezuela (UCV); 1996.
- Díaz J., Maingón T. ¿A dónde nos llevan las políticas de salud? La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo? En: Bronfman M., Castro R. (coord.) Salud, Cambio Social y Política. Perspectiva desde América Latina. México: Instituto Nacional de Salud Pública. International Forum for Social Sciences in Health, 1999.
- Ellner S. El impacto de la privatización sobre los trabajadores en Venezuela: ¿reorganización radical o ajuste moderado?. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, Politeia 2000, 25:37-75.
- Ellner S, "Las privatizaciones en Venezuela: más allá de lo previsto", Revista venezolana de Economía y Ciencias Sociales, Politeia, No. 4, Venezuela, 1997, pp. 29-39.
- Ermida O. Globalización y Relaciones laborales. Revista Venezolana de Gerencia 1999; 4(9):135-148.
- Gobernación del Estado Zulia. Acta Constitutiva de Creación de la Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, 2000.
- Gobernación del Estado Zulia. Decreto 244 mediante el cual se crea el Sistema Regional de Salud del estado Zulia. Gaceta Oficial extraordinaria No. 170, 1991.
- Gobernación del Estado Zulia. Decreto 80B, mediante el cual se crea La Fundación para la Promoción de la Salud del estado Zulia, 1994.
- Grúber F. Un modelo gerencial para los servicios públicos de salud basados en la participación comunitaria. Revista Internacional de Medicina Familiar 1993; 5(1):143-145.
- Grúber F. Una nueva gerencia en los servicios públicos de salud en Venezuela. Maracaibo, Venezuela: Fundación Polar, 1995.

- Gutiérrez T. Funciones de la Coordinación Médica del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, Entrevista Personal, Gerente Médico, Maracaibo, Estado Zulia, Entrevista realizada por María T. Rincón Becerra y Alejandra Tarazona, 08 de Julio 2002.
- Hernández C. Modelo de Gestión del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, Entrevista Personal. Gerente de Operaciones, Maracaibo, Estado Zulia. Entrevista realizada por Isabel Rodríguez Colmenares y María T. Rincón Becerra. 17 de diciembre 2001.
- Iranzo M. Líneas Estratégicas de Promoción y Apoyo a la Economía Popular. Caso Venezuela. I Seminario Internacional de Economía Popular, 26-29 de Noviembre. Caracas, Venezuela; 1990.
- Lugo A. Programa de participación comunitaria en el barrio Ma. Vieja. Maracaibo, 1987-1996. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Medicina Familiar. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela; 1996.
- Luengo H., Tarazona A. Análisis del funcionamiento de Modelos de Gestión en salud. Caso: Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar "Luis Sergio Pérez", Municipio San Francisco. Tesis de Maestría. Maracaibo: Universidad del Zulia; 2001.
- MPD, Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela. Disponible en: www.sisov.mpd.gov.ve, fecha de consulta: 10-03-2005.
- Montiel D. Modelo de Gestión del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, Entrevista Personal. Miembro de la Junta Administradora, 03 de Mayo. Maracaibo, Estado Zulia. Entrevista realizada por Haydeé Ochoa Henríquez y María T. Rincón Becerra, 2002
- Ochoa H. Tecnoocracia y Empresas Públicas en Venezuela (1948-1991). Venezuela: EDILUZ, 1995.
- Ochoa H., Rodríguez I. Descentralización y Privatización de la Salud en Venezuela. Estudio de un caso. *Tendencia* 2001; 2(2):65-88.
- Parodi L. Modelo de Gestión del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, Entrevista Personal. Gerente General del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, Estado Zulia. Entrevista realizada por Isabel Rodríguez y María T. Rincón Becerra, Maracaibo; 21 de Mayo de 2002.
- Peñuela N. Traspaso de Funciones de las gobernaciones a la Sociedad Civil, Entrevista Personal. Gerente Administrativa de la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez. Maracaibo, Estado Zulia. Entrevista realizada por Carlos Martínez. 07 de junio de 2000.
- Rincón M., Ochoa H., Rodríguez I., Tarazona A. Descentralización y Participación Ciudadana en Salud: Un caso de estudio. En *Ciencias de Gobierno*. No. 12, Julio-Diciembre, IZWPES, Venezuela 2002; pp.63-83.
- Romero N. Estructura de un Modelo de Atención Médica Primaria en base a los principios de la Medicina Familiar Médica Familiar. Documento. Maracaibo, Venezuela, 2001.
- Suárez C., Márquez Y., Nava Y., Ojeda A. Relaciones de trabajo en el contexto de la globalización. *Revista Venezolana de Gerencia* 2001;6(15):382-401.
- Vargas L. Existen ciertas dudas con respecto a la implantación de microempresas. Maracaibo, Venezuela, La Verdad. 26 de julio de 2001.
- Zárraga P. 20 Experiencias Exitosas en Gestión de Salud Pública. Caracas. Venezuela: Fundación Polar, 2001.

Doctorado Ciencias en Salud Colectiva

Presentación

El desarrollo del conocimiento en el campo de la salud requiere en la actualidad de soluciones multi e interdisciplinarias para la generación de conocimientos innovadores que lleven a propuestas de solución en el ámbito social. Se trata de producir aportes que impacten la salud de las poblaciones y los grupos humanos, superando las limitaciones que presentan los campos disciplinarios dominantes.

Objetivo

Formar investigadores de alto nivel en el campo de la salud colectiva que generen conocimientos innovadores a través de la investigación científica para el quehacer académico interdisciplinario en el análisis de las condiciones de salud-enfermedad, la formulación y conducción de políticas y la elaboración de programas de salud.

Estructura del plan de estudios

Seminarios Teóricos I, II, III.

Los dos primeros son escolarizados y comprenden la ubicación epistemológica, teórica y metodológica del campo de la salud colectiva. El tercero se centra en el tema de investigación y es desarrollado por cada alumno con la supervisión de su director/a de tesis.

Talleres Instrumentales I, II, III

Los dos primeros detallan los métodos cuantitativos y el tercero ubica los métodos cualitativos para el trabajo de investigación.

Seminarios de Investigación del I al VIII

Son tutoriales, con la supervisión del director/a de tesis y dan seguimiento al desarrollo de la tesis del doctorado.

Perfil del egresado

Al concluir el plan de estudios el alumno será capaz de:

- Desempeñarse como investigador/a en el campo de la salud colectiva
- Dirigir grupos de investigación
- Formar recursos humanos de posgrado en el campo de la salud colectiva
- Formular y dirigir en el nivel estratégico, proyectos de gestión de sistemas y servicios de salud
- Participar y dirigir grupos académicos en la educación superior, especialmente de posgrado.

Para mayores informes, contáctanos en: <http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/dcsc/>