

Descentralización y gestión de la salud en la Gobernación de Carabobo*

Ochoa Henríquez, Haydée**
Rincón Becerra, María T.***
Henríquez, Deyanira****

Resumen

Con la descentralización de la salud iniciada en Venezuela en los noventa, las gobernaciones asumieron esta materia adoptando diversos estilos de gestión. Este trabajo explora la gestión de la salud en la gobernación del Estado Carabobo entre 1994 y 2004. Se partió del supuesto que se tiende a sustituir las prácticas burocrático-populistas que caracterizaban al aparato central, por prácticas tecnocráticas. Se seleccionó como muestra un ambulatorio administrado directamente por la Fundación Instituto Carabobo para la Salud y un hospital administrado a través de una Fundación. La investigación se apoya en documentos y entrevistas semi-estructuradas realizadas a informantes clave. Los resultados revelan que la gobernación: 1) Recibió indicadores de salud deteriorados, 2) La estructura de decisiones concentra el poder en el gobernador, 3) Tiende a la reducción de personal y a la flexibilización laboral, 4) Combina controles sobre el proceso de trabajo con controles sobre resultados vinculados a la reducción de costos laborales, sin participación ciudadana y 5) Las condiciones de prestación de servicio de los centros han mejorado. Se concluye sobre una gestión tecnocrática de la salud que viola principios constitucionales y favorece la exclusión.

Palabras clave: Componentes de gestión de la salud, descentralización, gobernación, estilos de gestión.

Decentralization and Health Management in the Carabobo State Governor's Office

Abstract

Due to the decentralization of the health sector initiated in Venezuela in the 1990s, state governments assumed this function, adopting various management styles. This paper explores the management of health in the

Recibido: 05-05-31 • Aceptado: 05-09-05

- * Una primera versión de este trabajo formó parte de los resultados del proyecto de investigación "Modelos de Gestión de los servicios de salud promovidos por las Gobernaciones en Venezuela", adscrito al Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ).
- ** Dra. en Estudios del Desarrollo. Investigadora (CEE) de la FCES de LUZ. Acreditada al PPI del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MCT). E-mail: haydeeochoa@iamnet.com. Autor para la correspondencia.
- *** Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Docente e Investigadora del CEE de la FCES de LUZ. Acreditada al Programa de Promoción al Investigador (PPI) del MCT. E-mail: materinbe2@yahoo.com y materinbe@hotmail.com
- **** Lic. en Comunicación. Auxiliar de Investigación del CEE de la FCES de LUZ.

Carabobo State Governors Office between 1994 and 2004. The process was based on the supposition that populist bureaucratic practices which characterized central government management were replaced by technocratic practices. As study samples an ambulatory unit administered by the Carabobo Health Foundation Institute and a hospital administered through a foundation were selected. The research was based on documentary analysis and semi-structured interviews of key informants. The results revealed that regional governments: 1) received very low level health indicators, 2) the decision-making structure concentrated power in the governors office, 3) there tended to be a reduction of personnel and increased labor flexibility, 4) work process controls and results related to the reduction of labor costs were combined, without citizen participation, 5) the services offered by health centers have improved. The conclusion affirms that a technocratic management of health violates constitutional principles and favors exclusion.

Key words: Components of health management, decentralization, state governors' office, management styles.

1. Introducción

Paralelo a la promoción por parte del Estado, de una economía de mercado y en el contexto de fuertes críticas a la democracia y a la eficiencia estatal, se inicia en 1989 en Venezuela un proceso de reforma del Estado (1) que se propuso como eje central, la descentralización político territorial. A partir de este proceso, las gobernaciones se constituyen en receptoras de competencias exclusivas y concurrentes, entre éstas se encuentra la salud, proceso que comienza a hacerse efectivo a partir de 1994.

Con la transferencia de los servicios de salud las gobernaciones desarrollaran distintas formas de gestión, intentando modificar las condiciones en las cuales se encontraba la administración del servicio en el aparato central, propia de la administración burocrático populista que ha caracterizado a la administración pública venezolana desde los inicios de la democracia, cuyos resultados estaban lejos de satisfacer las necesidades de salud de la población venezolana.

Este trabajo tiene como objetivo estudiar la gestión de los servicios de la salud por parte de la gobernación del Estado Carabobo. Nuestra tesis es que la administración pública venezolana ha pasado en la práctica, desde los

inicios de la democracia por dos estilos de administración pública, el que se ha denominado burocrático-populista (Ochoa et al., 1996), aunque formalmente tiene mucho de weberiano y el otro que se ha llamado tecnocrático (Ochoa, 1995). El primero surge producto de la necesidad de crecimiento del gasto público para contribuir al incremento de la demanda interna en el contexto de la economía por sustitución de importaciones, con lo cual además, da respuesta a las demandas de la naciente democracia, ello le imprime características a los procesos a través de los cuales se formulan y ejecutan las políticas, dando como resultado un aparato público con procesos y actores favorecedores del crecimiento del gasto público y con un papel relevante de los partidos políticos. El segundo estilo se forma en el contexto de compromisos del Estado con la economía de mercado, la cual exige a éste ciertos niveles de eficiencia, minimización de su aparato y estrecha vinculación con los requerimientos de la economía, proceso en el cual se desplaza a los partidos políticos como actores relevantes en el aparato público y se reduce el gasto público que no aporta directamente a la economía, todo lo cual le imprime características a los procesos de formulación y ejecución de las políticas.

En este sentido, el estilo tecnocrático, surge focalizado en algunos espacios del aparato público, mucho antes que el Estado comience a promover la economía de mercado como política global, lo hemos observado en el marco de un predominio del estilo burocrático-populista y de una fuerte intervención del Estado como empresario, en empresas públicas que prestan servicios para la exportación (2). Tiende a expandirse con modificaciones, en el marco de la promoción de la economía de exportación por el Estado, se sustenta en muchas de las propuestas de la llamada Nueva Gestión Pública (NGP), dirigidas a reducir la presencia del Estado a través de numerosas estrategias y a incrementar su eficiencia a través de reformas entre las cuales se destacan en la práctica: desplazamiento de los partidos políticos, traspaso de funciones del Estado al sector privado y a organizaciones corporativas y ONGs, uso de entes descentralizados administrativamente, la flexibilización laboral, la ubicación de técnicos no partidistas en los niveles de dirección, la concentración de poder, control por resultados y el tratamiento del ciudadano como cliente (Ochoa, 1999), en la práctica no se observan, las propuestas de participación ciudadana en el aparato público que se hacen desde la NGP (CLAD, 1998).

La hipótesis que manejamos es que la gestión de la salud en Carabobo tiende a sustituir las prácticas burocrático-populistas que caracterizaban al aparato central en este sector, por prácticas tecnocráticas, pero la necesidad de plataforma política de los gobernadores en su aspiración para conservar el poder a través de procesos electorales, le imprime características particulares a este estilo de dirección, al no desplazar por completo a los partidos políticos, ni reducir el papel del Estado en la prestación del servicio de salud.

Se seleccionó como muestra un ambulatorio administrado directamente por la Fundación Instituto Carabobo para la Salud (IN-SALUD), creado para administrar la salud a raíz del proceso de descentralización y un hospital administrado a través de una Fundación creada por la Gobernación, para tales efectos. Se trabajan cuatro componentes de la gestión: La prestación del servicio, el proceso de toma de decisiones, la administración de personal y el control. Nos apoyamos en información documental y entrevistas semi-estructuradas a informantes clave de la gestión de la salud en la gobernación de Carabobo.

2. Descentralización de la salud en el Estado Carabobo

El modelo adoptado en materia de descentralización en Venezuela tiene dos vertientes fundamentales (3): 1) 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 a las gobernaciones o gobierno de los Estados (4), 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, es una competencia solicitada desde los inicios del proceso por la mayoría de las gobernaciones.

2) La elección directa de los gobernadores de estados, con lo cual se sustituyó el sistema de designación por parte del Presidente de la República, de las filas del partido político y grupos que lo llevaron al poder, abrien-

do la posibilidad de gobiernos políticamente diferentes al central.

En las primeras elecciones para escoger gobernador en el Estado Carabobo (5) triunfó Henrique Salas Römer, como independiente apoyado por el partido social cristiano COPEI, uno de los partidos políticos que hasta entonces se habían alternado el poder en el país, desde los inicios de la democracia y por lo tanto corresponsable de una práctica burocrático-populista en el país. Sin embargo, Salas Römer se distanció temprano del partido, esta situación propició en 1995 el surgimiento del grupo político, Proyecto Carabobo, hecho que tuvo lugar finalizando su segundo período electoral, para de esta manera servir de plataforma política en el lanzamiento de su hijo Henrique Salas Feo, como candidato a gobernador del Estado. En 1998 Proyecto Carabobo es sustituido por el Partido Político "Proyecto Venezuela" para apoyar la candidatura presidencial de Henrique Salas Römer en este año, cuando pierde frente al candidato de V República, partido político cuyo máximo líder es el actual Presidente de la República.

Proyecto Venezuela es un partido político que tiene entre sus objetivos superar el conflicto entre dos concepciones antagónicas: el Estado Liberal y el Estado Paternalista y el rechazo a la política clientelar (Asamblea Nacional, 2000), es decir surge rechazando la práctica de los partidos políticos hegemónicos. Según León (2002), Proyecto Venezuela es un partido político sin ideología definida, propone la solución de los problemas que considera relevantes, entre estos una burocracia ilustrada en contra del clientelismo, un estado garante de la seguridad ciudadana, el derecho del venezolano a la prosperidad y un sistema judicial eficiente. A partir de esto el mencionado autor lo ubica como un movimiento con

ideología de derecha hacia el centro que respeta "los principios de la propiedad privada y el Estado capitalista, así como un proyecto de beneficios sociales y de un Estado benefactor". Es a nuestro juicio un partido político alimentado de una práctica de gobierno tecnocrático renovado en razón de que ha conservado la dirección de los servicios públicos que le fueron transferidos.

Padre e hijo se mantienen en el poder en la gobernación, desde el comienzo de la descentralización en 1990 hasta el 2004, es decir un total de catorce años, inicialmente con el triunfo del líder del grupo, Henrique Salas Römer quien gobernó durante dos períodos y posteriormente con la victoria de su hijo, Fernando H. Salas Feo, quien estuvo en el poder desde 1996 hasta 2004.

El gobierno de Salas Römer propició desde los inicios de su gestión el traslado de competencias, tanto exclusivas como concurrentes. Las primeras, vinculadas directamente a la economía, se traspasaron casi de inmediato, en el marco de una política nacional vinculada a la búsqueda a corto plazo de eficiencia de los servicios directamente relacionados con la economía. "La descentralización ha sido el motor que ha impulsado la inserción de las gobernaciones en actividades económicas y con ello a la reestructuración económica de modo directo. No es casual que el proceso de descentralización se inicie en todos los estados con el traspaso exclusivo a las gobernaciones, de la infraestructura de servicios a la economía: puertos, vialidad, puentes y aeropuertos, servicios que requieren una alta eficiencia para el funcionamiento de los mercados a nivel internacional" (Ochoa, 2001: 105). En Carabobo, la descentralización de competencias exclusivas ha favorecido el proyecto

de la gobernación de inserción del Estado en la economía de mercado.

El traslado de las competencias concurrentes (las de tipo social) fue más lento, entre los servicios cuyo traspaso se gestionó desde un comienzo por muchas gobernaciones se encuentra el de salud. Para algunos autores (Díaz y Pereira, 2002: 70) "Uno de los sectores de punta en materia de descentralización en Venezuela, ha sido el de la salud", explicable según estos autores "porque entre otras cosas, algunos gobernadores a quienes le correspondió ejercer su mandato durante la época en que se presentó la opción de descentralizar los servicios de salud, asumieron este proceso como un reto, ya que valoraban el tema sanitario por sus implicaciones políticas y sociales".

Las condiciones en las cuales se encontraba para entonces la gestión de la salud, motivan estas iniciativas temprano. Rodríguez y Pérez (1996:69) describen la situación de la siguiente manera: "Un sistema de salud altamente jerárquico, burocratizado y desigualmente distribuido, tanto en la cobertura geográfica como en los grupos sociales. Inexistencia de un adecuado diseño de programas preventivos...Sub-utilización y deficiente mantenimiento de equipos, materiales e infraestructura,...inexistencia de una adecuada política de administración de personal, ...crecimiento sin control del subsector privado... un proceso lento y poco participativo para la toma de decisiones, ... ausencia de estímulos y reconocimientos al trabajador... una enérgica resistencia al cambio y fuertes tensiones generadas por los conflictos entre las diferentes instancias de poder que están presente en el sistema", a esto se agregan los siguientes problemas detectados, según Pérez y Jaén (1993:301) por la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) en el marco de sus propuestas de descentralización: cabal-

gamiento de horarios, robo permanente de equipos en hospitales y ambulatorios y poca motivación del personal.

La evaluación que realiza la gobernación de Carabobo a las condiciones de los centros asistenciales del estado revela que la mayoría de los 110 centros asistenciales, se encontraban "cerrados o en pésimas condiciones físicas y de dotación, un personal desalentado por el medio ambiente que le rodeaba, beneficios socioeconómicos poco ventajosos y bajos sueldos que generaban conflictos con los distintos gremios profesionales y sindicatos de trabajadores, situación que en muchas oportunidades ponían hasta en riesgo la vida de los pacientes" (Gobierno de Carabobo, s/f). Los principales indicadores en 1994 en el Estado Carabobo son los siguientes: Mortalidad general: 4,2 por mil habitantes, tasa de natalidad: 21,8 por mil habitantes, mortalidad infantil: 24,3 por mil nacidos vivos registrados, tasa de mortalidad neonatal: 14,1 por mil nacidos vivos registrados; tasa de mortalidad postneonatal: 10,3 por mil nacidos vivos registrados, tasa de mortalidad de uno a cuatro años: 1,0 por mil habitantes de uno a cuatro años; tasa de mortalidad materna: 62,1 por cien mil nacidos vivos registrados (INSALUD, 2002).

El proceso de solicitud de traspaso en materia de salud comenzó en el Estado Carabobo en 1990, y se concretó en diciembre de 1993 (6), cuando se firma el convenio de transferencia, a la vez que se aprueba el Plan General de Salud 1994-2005 y se constituye INSALUD, como órgano descentralizado administrativamente. Ella tiene lugar sin normativas generales para la administración del sistema de salud en el país, según Díaz Polanco (2004:3) una cuestión relevante en el proceso de descentralización de la salud fue "la heterogeneidad organizativa, financiera y legal", producto según este autor de la falta de recto-

ría, del entonces MSAS. Esto ha permitido que se crearan diversos tipos de organización entre éstos: Secretarías de Estados y entes descentralizados, entre ellos: Fundaciones, Institutos Autónomos, Corporaciones y direcciones entre otras. En general con el proceso de descentralización en el país, comenzaron a proliferar en las gobernaciones, entes descentralizados bajo distintas formas jurídicas, especialmente fundaciones e institutos autónomos, formas organizativas, casi inexistentes en las gobernaciones, para entonces muy desprestigiadas a nivel nacional y municipal por los resultados deficientes, pero los entes descentralizados tienen como característica, que permiten desligar a la organización de la dinámica burocrática a la cual está sometido el aparato central de las gobernaciones, por lo tanto su uso fue oportuno como estrategia para facilitar el alejamiento del modelo de gestión burocrático-populista, predominante en la administración de la salud a nivel central.

En 1994, se materializa esta iniciativa cuando el gobierno estatal recibe del nacional bienes muebles e inmuebles y personal pertenecientes a los 110 centros asistenciales (100 ambulatorios y 10 hospitales), y además los servicios del Instituto Nacional de Geriátrica (INAGER), del Instituto Nacional de Nutrición (INN), del Programa Ampliado Materno infantil (PAMI) y de la Fundación para el Mantenimiento de la Infraestructura Médico Asistencial (FIMA).

En este contexto se inicia un proceso de administración de las competencias de salud que recibe la gobernación de Carabobo, del gobierno central, cuyo punto de partida es asumir la organización del sistema de salud pública existente anteriormente, en distritos sanitarios, que en Carabobo es la siguiente: Valencia Sur-Oeste, Valencia Sur-Este, Valencia Norte, Eje Oriental, Eje de la Costa, Sur

del Lago y Eje Occidental, cada uno de los cuales administra los establecimientos ubicados en su espacio territorial, bajo los lineamientos de INSALUD.

3. La gestión de la salud por la gobernación del estado Carabobo

Seleccionamos como muestra para estudiar las principales variables de la gestión, al Ambulatorio Dr. Miguel Franco, tipo II (7), uno de los más viejos en el estado y el Hospital Materno Infantil Dr. Armando Arcay Solá, de los años noventa, considerado como modelo en la prestación del servicio. El primero ubicado en el distrito Valencia Norte, creado como dispensario de salud en 1947, tipo rural, pasa a Ambulatorio Urbano II en 1995 dependiente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con el nombre que tiene actualmente y se transfiere en 1994 a INSALUD, a partir del proceso de descentralización. El segundo, mejor conocido como Maternidad del Sur, se encuentra ubicado en el Municipio Valencia, distrito Sur-Este, inaugurado en 1995, después de ocho años de construcción, con el nombre de Hospital Materno Infantil, Dr. Armando Arcay Solá, entregado para su administración a la Fundación Dr. José Luis Fachín de Boni, en 2001, creada para tales efectos, por la gobernación. En 2001, después de un siniestro de la maternidad de la ciudad hospitalaria, el Hospital Materno Infantil absorbe los servicios de salud de ésta, cuyos orígenes se remontan a los años cincuenta. De acuerdo a la clasificación de los establecimientos, es un hospital especial, que atiende fundamentalmente las siguientes especialidades: prenatal, pediatría, ginecología, medicina interna, electivas quirúrgicas, perinatología y neonatología.

3.1. Prestación de los servicios de salud

Discutiremos aquí sobre los servicios que en materia de salud presta la gobernación del Estado Carabobo, la forma cómo lo hace, es decir si lo presta directamente o a través de intermediarios privados, del tercero o cuarto sector y las condiciones en las cuales lo presta desde el punto de vista de su financiamiento.

La gobernación de Carabobo ha centrado su atención según Sosa (2005) en la medicina hospitalaria y en la atención inmediata, dejando prácticamente de lado a los ambulatorios, donde se realiza la prevención y promoción de la salud, alejándose así de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la atención primaria y las prescripciones del órgano rector, el cual decretó a partir de 2000, el Modelo de Atención Integral, centrado en la promoción y la prevención, previsto además en la constitución de 1999, que en su artículo 84 establece que "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".

Dan cuenta de esta tendencia expuesta por Sosa, los resultados obtenidos desde que se inició la descentralización, en la Tabla 1 puede

verse que las consultas preventivas se han incrementado levemente, el porcentaje de estas consultas en relación al total de consultas, logró los niveles de 1993, en el año 1999, cinco años después de iniciado el proceso de descentralización (1994), esto indica que los recursos se dedican en menor medida a la prevención, su incremento a partir de 1999 podría explicarse (no estamos en condiciones de afirmarlo) por las presiones que el gobierno a efectuado con respecto a impulsar la prevención.

El incremento en las consultas de emergencia se explica por el Programa de Atención Inmediata, el cual según Sosa ocupó la prioridad del gobierno de Carabobo. Se trata de un servicio de atención inmediata al paciente en situación de emergencia, el cual es prestado en el lugar de los hechos, sin discriminación y sin límites en cuanto a su requerimiento por paciente. Para este servicio se creó la Fundación Atención Inmediata, la cual fue dotada de personal con adiestramiento especializado proveniente del exterior, ambulancias terrestres y aéreas, clínicas móviles, es decir es un programa que demanda cuantiosos recursos, tiene gran aceptación de la población, lo cual ha contribuido a crear una imagen positiva del servicio de salud en el Estado.

Tabla 1
Estado Carabobo
Porcentajes de Tipos de Consultas/Consulta Total

Año	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Tipo cons.										
Preventiva	18,60	14,96	15,55	s/i	18,09	17,67	18,99	19,52	55,88	47,54
Curativa	39,14	23,70	27,75	s/i	31,28	37,19	35,16	34,61		
Emergencia	42,26	61,34	56,70	s/i	50,63	45,14	45,85	45,87	44,12	52,46
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras absolutas de INSALUD (2002)

Tabla 2
Estado Carabobo
Porcentajes de Tipos de Consultas/Población Total

Año Tipo cons.	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Preventiva	11,06	8,60	10,76	12,31	13,99	16,12	20,00	21,45	63,90	42,30
Curativa	23,29	13,72	19,21	s/i	24,18	33,93	37,05	38,04		
Emergencia	25,15	35,51	39,25	44,41	39,15	41,17	48,32	50,41	50,46	46,70

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras absolutas de INSAJUD (2002).

Desde otra perspectiva el tema de la prevención no puede ser dejado de lado como indica Sosa (2005), en la Tabla 2 puede verse que el porcentaje de consultas preventivas sobre la población total se ha venido incrementando sistemáticamente, pasando de 8,6% en 1994 cuando la gobernación recibió la salud, hasta un 21,45 en 2000, es decir, casi 22 de cada cien habitantes reciben prevención, no es un porcentaje ideal, pero se ha venido incrementando, quizás si los recursos destinados a un sistema sofisticado de emergencia, se redujeran podrían atender mejor la prevención, con la consecuente disminución de los requerimientos de emergencia y de consultas curativas, son opciones de prestación del servicio de salud que tienen que ver con la concepción de la salud asumida, en lo cual inciden los requerimientos de legitimación.

Esto se corrobora en el año 2002, cuando del total de recursos se destinan "sólo 6 millones a toda la red ambulatoria y hospitalaria para dar respuesta a todos los programas y atender 2.600.000 habitantes en el estado", contrastando con la asignación "a la Fundación Dr. Fachin de Boni (10 millones para atender solo el programa Materno Infantil" (Mesa de diálogo, sector salud, 2002). Evidencia de esta situación es el incremento de la tasa de mortalidad general, neonatal, infantil y materna, según se expone en el referido docu-

mento de la Mesa de diálogo. Una de estas excepciones, la constituiría el Ambulatorio Miguel Franco, que hemos tomado como muestra y el cual a nuestro juicio si realiza medicina preventiva e integral (8).

En cuanto a quien presta el servicio, el proceso de descentralización ha traído diversidad de intermediarios entre el gobierno estatal y el usuario, privatizaciones solapadas, traspaso a organizaciones de la sociedad, a la iglesia, a organizaciones corporativas (9), sin embargo la gobernación de Carabobo ha optado por prestar el servicio directamente sin intermediarios, es decir, en contra de las tendencias tecnocráticas de reducción del aparato estatal de salud con el proceso de descentralización, en el estado Carabobo, todos los ambulatorios y hospitales son administrados directamente por INSAJUD o por intermedio de fundaciones creadas por la gobernación bajo la dirección de la gobernación como veremos en el caso del Hospital Materno Infantil, con lo cual se respeta lo establecido en el artículo 84 de la constitución, el cual establece que "Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados".

¿Por qué esta contratendencia?, al respecto es importante señalar que la gobernación de Carabobo optó por asumir directamente la prestación de varios de los servicios que recibió del gobierno central y que otras

gubernaciones privatizaron, entre ellos estuvieron además de la salud, los peajes, esto puede tener varias lecturas, una de ellas es el interés del gobierno en resolver los problemas de salud, lo cual considera se facilita teniendo el servicio controlado directamente, hay por supuesto una concepción estatista de la solución de los problemas sociales, opuesta a las tendencias tecnocráticas, esta lectura se pone en duda cuando escuchamos a Sosa (2005), para quien la salud no fue propiamente el interés de los Salas, demostrable por las condiciones de deterioro en las cuales se encuentran la mayoría de los ambulatorios, después de haber mejorado levemente a raíz del proceso de descentralización. De lo que se trata según Sosa, y esta sería la otra lectura, es del interés de los Salas por ejercer control directamente sobre los recursos para proyectarse políticamente, lo cual explica las cuantiosas inversiones en la Ciudad Hospitalaria, cuyos recursos se manejaron directamente por INSALUD, institución controlada por el Gobernador, lo que le permitió tener una imagen de eficiencia del servicio en el Estado Carabobo, ocultando que estaba centrada en la atención curativa la cual demanda cuantiosos recursos. La importancia asignada a la imagen llega según Lemus (2004) a desviar del Hospital Materno Infantil Dr. Armando Arcay Sola, los casos con riesgo a la hora del parto o cesárea para mantener bajas tasas de mortalidad en este centro hospitalario, considerado modelo en su tipo en el país.

En cuanto al financiamiento en los ambulatorios la principal fuente la constituye el gobierno de Carabobo con los recursos que recibe del gobierno nacional y de Programas especiales, manejados centralizadamente por INSALUD, complementariamente los usuarios aportan en especie, esto lo pudimos constatar en el ambulatorio Urbano Dr. Miguel Franco,

donde a las madres parturientas se les exige aporte de materiales para poder utilizar el servicio en el centro asistencial (Rubio, 2004).

Distinta es la situación Materno Infantil Dr. Armando Arcay Solá, esta fundación goza de presupuesto propio asignado por el ejecutivo regional de INSALUD, pero a través del establecimiento y organización del programa de Aportación Social obtienen ingresos de los pacientes (Gobernación del estado Carabobo, 2001). Según Gómez (2001) las parturientas deben cancelar para ese año, Bs. 220.000.00 por el parto, lo equivalente a 290 Dólares aproximadamente.

Este panorama demuestra la presencia de un estilo de gestión tecnocrático, que tiende a transferir el costo del servicio de salud al usuario. El ciudadano pasa a ser tratado como cliente, violando los derechos ciudadanos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada en 1999 y ocasionando problemas en la cobertura y accesibilidad de la población a los servicios de salud. Según el artículo 84 de la Constitución: "Para garantizar el derecho a la salud, 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..." (Asamblea Nacional, 1999).

3.2. El proceso de toma de decisiones

La Gobernación de Carabobo optó por una Fundación, como ente responsable del sistema de salud, con autonomía del aparato central de la gobernación. INSALUD se crea por decreto regional, formalmente "como institución sin fines de lucro, apolítica y eminentemente social..." , con personalidad jurídica,

patrimonio y presupuesto propio e independiente; a esta fundación se le da rango de Secretaría de Estado, (Gobernación del estado Carabobo, 1994). La autonomía asignada le permite al gobernador un mejor control de la institución, si tenemos en cuenta que la máxima autoridad de la Fundación la constituye la Junta Administradora (10), designada en su totalidad por el gobernador. La creación de entes descentralizados administrativamente, es una recomendación de las propuestas de la NGP, según el CLAD (1998:15) "Los organismos centrales deben delegar la ejecución de las funciones hacia las agencias descentralizadas. El principio que orienta este cambio es el de que debe existir una separación funcional entre las estructuras responsables de la formulación de políticas y las unidades descentralizadas y autónomas, ejecutoras de los servicios, y de esta manera, orientar la administración pública a través del control de los resultados obtenidos por las agencias autónomas". Sin embargo al Presidente Ejecutivo de INSALUD se le dio rango de Secretario de Gobierno, con lo cual esta institución no sólo es la encargada de la ejecución de las políticas definidas en la instancia respectiva, como hacen en general los entes descentralizados, sino que también participa en la formulación de las políticas de la gobernación, a la vez que se sustrae de la dinámica propia de la gestión en el aparato central de la gobernación.

Como se observa es una selección sin las ataduras corporativistas que caracterizaron a los órganos descentralizados en la administración burocrático-populista a lo largo del período democrático, debido a la participación que como instrumento de legitimación se dio a organizaciones empresariales y gremiales vinculadas a los partidos políticos que históricamente se alternaron en el poder. De este modo se excluyen 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.

Este desplazamiento de relaciones corporativas en el proceso formal de decisiones ha sido considerado por algunos autores como propio del "aluvión neoliberal", así lo considera Lanzaro (1998:43 y 45), para quien "esta nueva edición liberal suele ser hostil a la negociación corporativa, por lo menos cuando se trata de los trabajadores...Las costumbres corporativas, que antes facilitaron ciertos trámites, pasan a obrar como un contrapeso, que puede conspirar contra esa flexibilidad tan proclamada, contra la soltura del mercado y contra el atletismo de gobierno, que estos esfuerzos de innovación exigen". A pesar de que con el traspaso debía de promoverse la participación ciudadana y de que la figura de las fundaciones facilita la incorporación de diversos actores a la dirección del ente, no se previó la participación de los ciudadanos en el ente recién creado. Tampoco se han producido reformas que permitan dar cumplimiento al artículo 84 de la nueva constitución (1999), en la cual 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".

En el marco de un estricto control por el gobernador del nivel más alto de dirección en el sistema de salud de la gobernación de Carabobo, los niveles intermedios y operativos (ambulatorios y hospitales) de dirección ejercen fundamentalmente tareas de control y de suministro de información a los niveles superiores, alimentándose de las opiniones de las direcciones de los niveles operativos (ambulatorios) a través de reuniones realizadas periódicamente. Según el director del ambulatorio

rio que ha servido de muestra, al preguntarle sobre los actores que intervienen en el proceso de decisiones, responde: "La alta gerencia de la institución, Junta de Administradora y Directores Generales, tomando en consideración las sugerencias de los niveles medios" (González, 2003).

Ahora bien, el gobernador tiene libertad para escoger los miembros de la Junta Administradora, pero cabe la siguiente pregunta ¿a quiénes escoge?, según INSALUD (s/f) se trata de "personalidades designadas por el gobernador del Estado y seleccionadas entre figuras relevantes de los sectores empresarial, universitario, científico, comunitario y técnico". Sin embargo, según Lemus (2004), los gerentes en sus distintos niveles, al igual que los miembros de la Junta Administradora, son escogidos de las filas de Proyecto Carabobo y Proyecto Venezuela, con apego a criterios de confianza política, incluso irrespetando requisitos del cargo, como por ejemplo la especialidad de salud pública para asumir la presidencia de la institución. Estaríamos así en presencia de prácticas burocrático populistas en la escogencia de los actores que conforman el cuadro de toma de decisiones, sin embargo, compartimos la tesis que la descentralización ha impulsado la búsqueda de eficiencia de los gobernadores, frente a sus expectativas de continuación o ascenso en el poder, esto crea condiciones para que se renueven los criterios populistas apegados estrictamente al apoyo político, dando lugar a la incorporación de sectores que podrían contribuir a mejorar la eficiencia, en el marco de apoyo al proyecto político del gobernador.

Se evidencia que el control de INSALUD está en manos del gobernador, quien designa a los integrantes de la máxima instancia de decisión, la cual utiliza estrategias de consulta a lo interno de la organización, sobre los

problemas a los sujetos responsables de niveles de dirección intermedio y operativo, quienes no tiene capacidad de decisión a pesar de que son seleccionados por el Presidente del instituto. Es una atribución del Presidente de INSALUD "Nombrar y remover el personal o colaboradores de la Fundación, de acuerdo con las normas establecidas por la Junta Administradora" (Gobernación del Estado Carabobo, 1994).

Las decisiones estratégicas que afectan a todos los centros de salud de la gobernación del Estado Carabobo se toman en la Junta Administradora de INSALUD, el decreto de creación del instituto establece entre otras atribuciones, "Aprobar, improbar o modificar los planes y proyectos que le someta a consideración el Presidente de la Fundación" (Gobernador del Estado Carabobo, 1994), tales planes son elaborados por el Presidente, conjuntamente con el Director Ejecutivo, según el decreto de creación de INSALUD, una de las atribuciones de este funcionario es "Elaborar conjuntamente con el Presidente, los planes y proyectos que mejoren la eficiencia y funcionamiento de la Fundación y someterlos a la consideración y aprobación de la Junta Administradora" (Gobernador del Estado Carabobo, 1994), en la práctica éste tiene entre sus insumos los planteamientos del Consejo de dirección, conformado por todos los directores generales, entre ellos el Director General de Distritos, de quien dependen los Directores de cada distrito, responsables de la supervisión de los centros asistenciales de su ámbito espacial. Se trata de un proceso de decisiones sobre cuestiones estratégicas alimentado de opiniones de los niveles de dirección de abajo hacia arriba.

El proceso de toma de decisiones difiere un poco en lo que respecta al Hospital, debido a que es administrado por la Fundación Dr.

José Luis Fachín de Boni, es decir se trata de un establecimiento de salud dirigido por una organización con personalidad jurídica propia, del derecho privado, creada por la gobernación, lo cual le permite desligarse de la administración de INSALUD en su proceso de gestión. En el decreto de creación, se le asigna como objeto "Servir de órgano operativo y financiero del Hospital Materno Infantil "Dr. Armando Arcay Solá", Maternidad del Sur, y administrar por delegación del Gobierno del Estado Carabobo sus recursos humanos y financieros...", para lo cual, por ser Fundación, se le asigna "patrimonio y presupuesto propios e independientes" (Gobernación del Estado Carabobo, 2001).

Si tenemos en consideración que la dirección de la Fundación está a cargo de una Junta Administradora (11), cuyos miembros son designados por el Gobernador y además que el Director Ejecutivo será designado por la Junta, previa autorización del gobernador, estamos en presencia de un cuadro de dirección con ciertos niveles de autonomía, pero bajo el estricto control del Gobernador (12). En tal sentido la Junta Administradora de la Fundación tiene capacidad de decisión, con los límites que le impone la intervención del gobernador, en una serie de cuestiones, entre ellas, según el decreto de creación de la fundación (Gobernación de Carabobo, 2001): aprobación de normas generales, planes de desarrollo, normas sobre personal, políticas administrativas u operativas, reglamentos internos, designación de auditores externos, proyecto de presupuesto anual para su aprobación por el gobernador, designación de las personas facultadas para movilización de cuentas bancarias, administración del patrimonio de la fundación, programas, aportes, autorización de compromisos financieros con ciertos límites, autorización al presidente para nombrar apo-

derados y para la venta, permuta o cualquier enajenación de los derechos o bienes de la fundación, nombramiento de asesores. Además de estas atribuciones de la Junta Administradora, el Presidente de la Fundación tiene entre sus deberes y atribuciones de acuerdo al decreto de creación, nombrar y remover el personal, lo cual evidencia que se trata de un centro de salud, con capacidad para tomar decisiones.

Como se observa hay una diferencia en materia de toma de decisiones entre los centros de salud administrados directamente por INSALUD entre los cuales se encuentran todos los ambulatorios (13) y aquellos administrados por organizaciones con personalidad jurídica propia a los cuales se les asigna capacidad de decisión. Los primeros, se someten a la dinámica burocrática de INSALUD en todo el proceso de decisiones, con la ventaja de que esta institución es un ente descentralizado, lo que le permite cierta autonomía del aparato central de la gobernación. En los centros administrados por entes con forma jurídica, se toman decisiones directamente en varias materias, sin necesidad de los trámites burocráticos de INSALUD. En uno y otro caso el gobernador ejerce el control, pero en la maternidad éste se realiza sin pasar por los distintos niveles de una organización tan compleja como lo es INSALUD (14).

Ni en el ambulatorio ni en la maternidad, está contemplado ningún tipo de participación ciudadana en la toma de decisiones (15) de ningún nivel (16), ni siquiera participación consultiva como se da en la práctica con la burocracia. Existe en la estructura organizativa una Dirección General de participación vecinal y promoción de la salud que no tiene nada que ver con la intervención de los ciudadanos en las decisiones, se trata de una instancia conformada para "Facilitar la crea-

ción y/o fortalecimiento de una cultura sanitaria favorecedora del mejoramiento de la calidad de vida de la población, basada en la implementación de metodologías de participación comunitaria, investigación social y educación, Todo ello en el marco de las Políticas Nacionales de promoción de la salud y de los instrumentos jurídicos que garantizan la protección de los derechos de la familia" (INSALUD, 2002). Desde esta perspectiva, lejos está de ser participativa la gestión de la salud de la gobernación del Estado Carabobo.

A niveles operativos, es decir en los centros de salud, La Junta socio-sanitaria prevista como mecanismo de participación de la comunidad en los ambulatorios en todo el país desde 1988 (17), aunque en tareas operativas, se conformó pero nunca ha funcionado, tampoco existen otros mecanismos de participación ciudadana en el ambulatorio, a pesar de que la Visión de INSALUD define la atención ambulatoria como participativa (INSALUD, s/f). En cuanto al hospital, no prevé participación ciudadana, a pesar de haberse creado la fundación, después de la aprobación de la constitución de 1999, la cual establece en su artículo 84 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", la condición de ente descentralizado facilitaba la incorporación de los ciudadanos, pero evidentemente no estuvo planteado en la gobernación de Carabobo un proceso de decisiones participativo.

3.3. Administración del Personal

Estudiaremos aquí sólo dos aspectos de la administración de personal: Las formas de contratación y la selección del personal que es contratado como funcionario de carrera.

Con el proceso de descentralización la gobernación de Carabobo recibió del Gobierno Central una nómina de 7500 trabajadores, si le agregamos los 750 que trabajaban para el sector en el gobierno regional, tenemos que la gobernación inició su gestión descentralizada de la salud con un total de 8250 trabajadores (Zárraga, 2001), el proceso pasó por la aceptación del traslado de nómina por parte del personal adscrito al MSAS, debido a la oferta de mejores de condiciones de trabajo por la gobernación y el mantenimiento de todos que tenían para ese entonces, cuestión que quedó establecida en varias cláusulas del Convenio de Transferencia (MSAS, 1993), entre ellas la No. 16, según la cual "El personal será transferido en las mismas condiciones laborales al momento de la transferencia de los servicios...El Estado Carabobo garantizará al personal del servicio transferido, la remuneración y demás derechos reconocidos en las leyes, contratos, convenios vigentes y acuerdos celebrados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social" (18). Se trató de un proceso en contra de las tendencias de flexibilización del trabajo, en las cuales la estabilidad queda lesionada, esto no podría ser de otra forma, debido al poder de las organizaciones gremiales y sindicales, en un sector con incidencia en múltiples ámbitos de la vida social.

Este personal proviene del sistema administrativo de la salud, el cual tenía un estilo de dirección burocrático-populista, marcado por clientelismo y escasa importancia a la eficiencia, por lo cual el gobierno regional, inicia lo que llamó "depuración y sinceración del personal obrero, administrativo y de salud" (Gobernación de Carabobo, s/f) Se trató de un proceso, según Chacón (2005), que en lo concerniente al personal administrativo y obrero, tardó aproximadamente tres meses, proceso en el cual se realizan auditorías in situ a cada

trabajador, lo que permitió identificar: a) A quienes no cumplían con su trabajo, quienes en general pertenecían a una nómina paralela creada en el gobierno nacional, para cumplir tareas políticas, al ser detectada la situación, estos trabajadores en su mayoría renunciaron, al resto se le sometió a procedimiento de despido, b) Los trabajadores que cabalgaban horario, quienes tuvieron que someterse a las normas de cumplimiento de horario y por lo tanto renunciar al o los empleos que los ponían en situación de cabalgamiento y c) El personal de reposo permanente, llamado pre-jubilado, se trató de un personal con problemas de salud que le dificultaban el trabajo, cuya salida fue la incapacitación o jubilación. Después de este proceso se ingresa el personal sin problemas a la nómina de la Gobernación de Carabobo.

Formalmente los procesos de reclutamiento, selección, ingreso, remoción, promoción y reclasificación son centralizados, y obedecen, en la generalidad de los casos, al cumplimiento de unas funciones, actividades y tareas previamente descritas en los manuales de clasificación de cargos (Rincón, 2004), sin embargo en la práctica, según Chacón (2005), no ingresó nuevo personal, pero destacando que el poco personal que ingresó, goza de los privilegios que le da la ley Orgánica del trabajo, incluso la sindicalización, diferente en instituciones descentralizadas creadas más adelante como veremos en este trabajo.

Las vacantes producto de los despidos fueron cubiertas, con la opinión de los directores de ambulatorios, contratando por un tiempo inferior al necesario para tener derecho a ingreso como personal estable, con frecuencia se suspendía la relación laboral por un mes, a fin de evitar ese derecho, se utilizan así técnicas de flexibilización del trabajo, dando lugar a lo interno de la gestión de salud administrada por

INSALUD a lo que Ermida (1999: 139), denomina "dos grupos bien diferenciados de trabajadores sobre la base de; a) un núcleo de trabajadores estables, protegidos, con buenas remuneraciones y calificaciones y b) Una periferia inestable, precaria, rotativa, tercerizada o informal". Es un fenómeno nuevo en el sector público, propio de las prácticas de modernización para hacer más eficiente el Estado.

Esta orientación respecto a las condiciones de contratación y selección que lucen de orientación tecnocrática se rompe a partir de 2001, cuando al calor de una confrontación política en el país entre afectos al gobierno nacional y opositores, INSALUD, decreta una reducción de personal, bajo el argumento de jubilación de quienes hasta entonces están en situación de sistemático reposo, a fin de poder formalizar el ingreso de nuevo personal. Para Chacón (2005), se trató de un proceso en el cual se creó una nómina denominada Gerencia 0129 para administrar el despido de trabajadores afectos al gobierno nacional y adversos al gobierno de Carabobo, el cual se mostró como una instancia de oposición fuerte al gobierno nacional. El despido se inició pero fue frenado por denuncias y presiones de los trabajadores, poniéndose de nuevo en evidencia la capacidad de los gremios y sindicatos para defender los derechos obtenidos por los trabajadores en el marco del Estado de bienestar. En cuanto a la selección del personal asistencial, tales como: médicos residentes y médicos rurales, son seleccionados con base en concursos de credenciales, ello con la finalidad de escoger a los mejores de acuerdo a sus méritos, son contratados para períodos fijos de uno y/o tres años, gozan de los derechos individuales y colectivos establecidos en la Ley Orgánica del Trabajo y en la contratación colectiva.

Esta experiencia de administración de personal en un ente descentralizado no se re-

plica en la Maternidad del sur que es la otra muestra que hemos seleccionado para este trabajo. La mencionada maternidad, mejor conocida como Hospital Materno Infantil Dr. Armando Arcay Solá, inicia sus labores con personal proveniente del ejecutivo regional y del sector privado (19), quienes renunciaron a sus cargos para ser incorporados a la maternidad, con sueldos más elevados, perdiendo, en el caso de los provenientes de INSALUD todos los derechos adquiridos como personal del sistema regional, ya que se someten a un régimen de trabajo flexible, es decir contratación por un tiempo determinado, generalmente un año, sujeto a renovación tomando en consideración la productividad para el personal médico y afines y el rendimiento para el personal administrativo, por lo cual los médicos reciben bonos. Además de los mejores sueldos, estos bonos constituyeron el estímulo que los condujo a aceptar condiciones con pérdida de estabilidad laboral y otros derechos como la sindicalización que en la práctica no ha sido posible. Según Chacón (2005), esto ha tenido lugar debido al aprendizaje en la gestión de INSALUD, donde permitieron la sindicalización, a pesar de las posibilidades de flexibilización que le brindaba la condición de ente descentralizado.

El personal médico y otros profesionales afines es seleccionado según la Jefe de Relaciones Inter.-institucionales de la maternidad, de acuerdo a un conjunto de pruebas, entre ellas, la de credenciales y psicotécnicas; para posteriormente someterse a un proceso de inducción (Barreto, 2004). Por la creación de la referida fundación en un contexto político altamente polarizado, en el cual la gobernación de Carabobo ha tenido un rol protagónico, no dudamos que esta selección ha estado condicionada por los factores de tipo político.

Los servicios auxiliares, camilleros, personal de vigilancia, alimentación de los pacientes y los servicios tales como: comida de cafetín, limpieza, mantenimiento de equipos e infraestructura, son contratados por outsourcing, seleccionados "de acuerdo a la calidad del servicio y por el monto propuesto de contratación, esta selección se realiza mediante licitación pública" (Gobernación del estado Carabobo, 2003), de este modo se avanza en la privatización de algunos servicios de la salud en el estado y en lo que Ermi-da (1999: 139-40), 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.

3.4. Control de gestión en salud

Por control entendemos en términos formales, el proceso a través del cual se hace seguimiento al cumplimiento de las políticas, programas, proyectos, metas y en general el modelo prescriptivo de la gestión. Estudiar la función Control nos remite a las siguientes interrogantes: ¿Qué se controla?, es decir el objeto (que pueden ser sujetos) sobre el cual se ejerce el control, ¿cómo se controla, es decir los métodos y técnicas utilizados para ejercer el control, ¿cuándo se controla? y ¿quiénes ejercen control?

Antes de iniciarse el proceso de descentralización, en la administración pública venezolana y como parte de ésta, las instituciones de salud, existía una regulación excesiva desde el punto de vista formal, lo cual ha conducido a considerar la presencia de exage-

rado control, pero, como señalan Ochoa et al (1996:50) "contradictoriamente, en la práctica los controles son débiles, tanto los controles a lo interno del aparato público como los controles a la sociedad civil, de modo que muy lejos está el modelo burocrático populista de un estilo administrativo weberiano". Este débil control ha favorecido el desarrollo de la gestión pública y en particular de la salud con los problemas que hemos identificado en páginas anteriores.

La necesidad de ciertos niveles de eficiencia por parte de los gobernadores, debido a sus aspiraciones de poder, aunado a requerimientos de eficiencia por parte del Estado promotor de la economía de mercado, propician cambios en la función de control en la administración pública y particularmente en el sector salud. De acuerdo a este orden de ideas el sistema de control varía entre la administración dependiente directamente de INSALUD y la que está bajo la responsabilidad de otra fundación, sin embargo coinciden en cuanto a la ausencia de los usuarios como sujetos de control, en otras palabras la participación ciudadana está ausente no sólo en el proceso de decisiones, sino también como vigilante de la gestión de la salud.

Al iniciarse el proceso de descentralización como hemos indicado anteriormente al referirnos a la administración de personal la alta dirección de INSALUD, a través de una Comisión nombrada a tales efectos, realizó un control del cumplimiento de permanencia por los trabajadores, por medio de la verificación de su presencia en el trabajo, con el propósito de incorporar en la nómina de la institución sólo aquellos empleados que estaban cumpliendo sus funciones. El cumplimiento de horario continuó siendo objeto de control en todo el sistema de salud, pero con algunas diferencias, mientras en el Ambulatorio el per-

sonal debe firmar control de asistencia, en el Hospital Materno Infantil se utiliza un lector óptico de las huellas dactilares de cada persona para registrar la hora de entrada y salida (Barreto, 2004), con el propósito de evitar permanentemente el cabalgamiento de horario y ausencia en los puestos de trabajo. Se trata del control típicamente weberiano sobre el cumplimiento de lo pautado respecto a los horarios de trabajo.

Sin embargo, en el Hospital Materno Infantil, el cual ha adquirido autonomía en cuanto a la definición de las condiciones de trabajo como hemos señalado anteriormente, el control sobre el proceso de trabajo es acompañado de la seguimiento de los resultados, lo cual está vinculado a condiciones establecidas en contratos de trabajo: se remunera con base en lo que se produce, lo que evidencia que también existe un control sobre los costos, distanciándose así de las prácticas administrativas burocrático populistas donde el incremento del gasto es por el contrario necesario a la lógica del modelo, como lo hemos explicado en páginas anteriores.

El control por resultados y el control de los costos, son recomendaciones de la NGP. El CLAD (1998: 17), en su propuesta de una nueva gestión pública para América Latina, señala lo siguiente: "La mayor autonomía de las agencias y de sus gestores debe ser complementada con nuevas formas de control. En lo primordial, el control deja de ser el control burocrático que buscaba estimar si todos los procedimientos se habían cumplido en forma correcta, para preocuparse más por las ganancias de eficiencia y efectividad de las políticas". Propone el referido documento cuatro tipos de control: 1) El control de resultados a partir de indicadores de desempeño establecidos en los contratos de gestión, en tal caso se identifican los resultados como el objeto de la

gestión, 2) El control de costos, con lo cual éstos constituyen el objeto del control, 3) El control a través de la consideración de la competencia, lo que se ha denominado Control por competencia administrada, con lo cual se hace referencia a un sistema de control y 4) El control social, ejercido por los ciudadanos, identificándose así un sujeto que debe ejercer el control. Como se observa, no se contempla el control sobre el proceso específico del trabajo. De estas propuestas en la práctica la gestión de la salud en Carabobo ha incorporado el control por resultados y el de los costos, dejando de lado el control social, incluso después de aprobada la nueva constitución en 1999, en la cual la participación ciudadana y social es incorporada en aproximadamente veinte artículos, como hemos dicho anteriormente.

En la práctica como hemos visto, el control sobre el proceso de trabajo no se abandona, si bien no se contempla en las recomendaciones de la NGP, la gerencia toma recomendaciones de otros paradigmas, entre éstos, para controlar la presencia en el lugar de trabajo, se encuentra la tradicional firma o los modernos sistemas electrónicos como los caza huellas, utilizado en el Hospital Materno Infantil, viabilizado con la condición de ente descentralizado que asume condiciones de trabajo flexibles como lo recomiendan las tendencias modernizadoras.

Al lado del control al trabajo, la Gobernación de Carabobo ha incorporado sistemas de control de los bienes y materiales del sistema de salud, para evitar las pérdidas producto de sustracción indebida que han constituido históricamente un problema en el sector. El sistema de control consistió en vigilancia privada en los sitios de entrada y salida de personal y vehículos, la cual se encarga de inspeccionar los maleteros de los carros y bolsos per-

sonales para verificar que no había sustracción de los bienes y materiales para uso personal temporal o definitivamente. El control al uso personal de los recursos materiales no contempló al entorno del gobernador, según Lemus (2004), las instalaciones del Hospital Materno Infantil sirvieron desde su creación, de asiento para los negocios personales de Salas Römer (padre).

3.5. Los resultados de gestión de la salud en los gobiernos de los Salas Römer

No fue objetivo inicial de este trabajo estudiar los resultados de la gestión, sin embargo hemos considerado conveniente explorar algunos indicadores de salud debido a que consideramos que el análisis sobre la pertinencia de los estilos de dirección no se debe agotar en sus efectos internos, sino que debe tener en consideración su incidencia en el objeto de la gestión, en este caso en la salud.

La imagen que tiene la gestión de la salud en Carabobo le ha hecho merecedor al gobierno estatal, concretamente a la "Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera" de Valencia, del premio GRAN CRUZ NACIONAL DE SANIDAD, otorgado en 1997 por el entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el cual se otorga a "...todas aquellas instituciones que con eficiencia han prestado valiosos servicios en beneficio de la salud pública venezolana y con sus aportes han contribuido al progreso y expansión de la ciencia médica..." (INSALUD, 1999), ese mismo año PROVEA (1997) denuncia la existencia de un sistema de recuperación de costos excluyente en la emergencia de la Ciudad Hospitalaria de Valencia, es decir estamos así en presencia de un espacio para la salud eficiente pero con problemas de efectividad en las condiciones de salud, de allí la importancia de avanzar hacia el conoci-

miento de los resultados en el objeto de gestión, en este caso en la salud de Carabobo.

En la Tabla 3 podemos observar los principales indicadores de salud a nivel nacional y en el Estado Carabobo desde que se inició la descentralización en 1994, hasta 2002 y en la Tabla 4 exponemos la mortalidad infantil en términos absolutos y en relación con la nacional, de los cuatro estados que iniciaron la descentralización en 1994 (Carabobo, Anzoátegui, Falcón y Bolívar), además de otros estados clave en la materia, como son Aragua y Zulia, por sus evidentes tendencias hacia el uso de diversos modelos de gestión que desplazan al Estado en la prestación directa del servicio de salud.

La Tabla 3 es reveladora de una leve tendencia del Estado Carabobo a mejorar su

ubicación en los principales indicadores de salud, en relación a los indicadores nacionales, en mortalidad general se pasa de un 4,2 por mil en 1994, con altibajos, a un 4,0 por mil en 2002, al lado de 4,6 por mil a nivel nacional en 1994 y un 4,4 por mil en 2002, la diferencia en el 1994 entre la tasa a nivel nacional y en Carabobo fue de 0,4, igual que en 2002, esto significa que en comparación con la tasa nacional, Carabobo sigue en el mismo punto.

El ritmo de crecimiento de la tasa de natalidad ha bajado como puede observarse en la Tabla 3, aunque no estamos en China donde la natalidad constituye un gran problema, cualquier lectura que hagamos a estos resultados en Carabobo, es positiva y nos lleva a asociarlos a diversas políticas favorecedoras

Tabla 3. Indicadores de salud nacional y del Estado Carabobo

Año Ind	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Mort. Gral (1).	4,6 N 4,2 C	4,5N 4,1C	4,5N 4,0C	4,3N 3,8C	4,3N 3,8C	4,4N 3,8C	4,4N 4,1C	4,5N 4,3C	4,4N 4,0C
Nat (1)	25,6N 21,8C	23,8N 21,6C	22,3 21,0	22,7N 19,6C	21,6N 18,6C	22,3N 18,8C	22,5N 18,6C	21,3N 18,2C	19,6N 17,7C
Mort Inf. (2)	24,8N 24,3C	23,7N 19,0C	23,9N 17,9C	21,4N 16,8C	21,4N 17,8C	19,1N 16,3C	17,7N 17,1C	17,7N 16,3C	18,2N 16,5C
Mort Neon (2)	14,1N 14,1C	13,5N 11,1C	13,8N 10,6C	13,0N 10,1C	12,4N 10,7C	11,9N 10,3C	11,5N 11,9C	11,0N 11,8C	11,9N 11,8C
Mort Post- Neon (2)	10,7N 10,3C	10,2N 7,9C	10,1N 7,3C	8,5N 6,7C	9,0N 7,1C	7,3N 5,9C	6,2N 5,2C	6,6N 4,6C	6,2 4,7C
Mort Mat (3)	69,9N 62,1C	66,3N 50,8C	60,4N 50,7C	59,6N 68,5C	51,0N 54,0C	59,3N 49,2C	60,1N 68,6C	67,2N 66,6C	68,0N 67,1C

(1) Tasa por mil habitantes (2) Tasa por mil nacidos vivos registrados

(3) Tasa por 100.000 nacidos vivos registrados. N: Nacional C: Carabobo

Fuente: Nacional: MSDS (2003) (Cálculos Propios), Carabobo: INSALUD (2003)

Tabla 4
Mortalidad infantil en varios estados

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Venezuela	13577 100%	12352 100%	11913 100%	11069 100%	10721 100%	10108 100%	9649 100%	9353 100%	8949 100%	10276 100%
Carabobo	940 6,92%	749 6,06%	834 7,00%	693 6,26%	726 6,77%	691 6,83%	721 7,47%	684 7,13%	661 7,38%	684 6,65%
Anzoátegui	282 2,07%	185 1,49%	226 1,89%	179 1,61%	156 1,45%	157 1,55%	115 1,19%	114 1,22%	131 1,46%	128 1,24%
Falcón	370 2,72%	355 2,87%	242 2,03%	256 2,31%	235 2,19%	182 1,80%	124 1,28%	192 2,05%	196 2,19%	274 2,66%
Bolívar	1039 7,62%	1003 8,12%	831 6,97%	794 7,17%	849 7,91%	814 8,05%	792 8,20%	757 8,09%	713 7,96%	862 8,38%
Aragua	743 5,47%	777 6,29%	616 5,17%	668 6,03%	736 7,16%	684 6,76%	580 6,01%	481 5,14%	474 5,29%	489 4,75%
Zulia	2442 17,87%	2079 16,83%	1904 15,98%	1930 17,43%	1828 17,05%	1740 17,21%	1619 16,77%	1617 17,28%	1543 17,24%	1809 17,60%
Dto. Federal	960 7,07%	916 7,68%	975 8,18%	859 7,76%	781 7,60%	581 5,74%	580 6,01%	570 6,09%	570 6,36%	594 5,78%

Fuente: MSDS (2003). Cálculos propios.

del control de la natalidad, algunas de las cuales son desarrolladas por el sector salud, tal es el caso de los programas de planificación familiar; sin embargo, en torno a este tema son muchas las instituciones privadas y públicas que se encuentran involucradas.

La Tabla 3 y 4 da cuenta de los indicadores de mortalidad infantil en el país, en Carabobo y otros estados. Si analizamos la primera tabla, observamos que la tasa de mortalidad infantil se alejó de la nacional entre 1994 y 2002, comenzó con 24,3 por mil habitantes en relación 24,8 que fue la tasa nacional, es decir una diferencia de 0,5 hasta situarse en 16,5 en relación 18,2 a nivel nacional, la diferencia se incrementa a 1,7, esto da cuenta de una disminución importante de la tasa de mortalidad infantil y su distanciamiento de la tasa nacional. Sin embargo en la tabla 4 podemos observar que el porcentaje de mortalidad infantil de Carabobo en relación al país (100%)

es de 6,92 en 1994 y de 6,65 en 2003, una diferencia de 0,27%, con altibajos, lo cual demuestra que otros estados han avanzado a mayor ritmo en cuanto a la reducción de la tasa de mortalidad infantil, a modo de ejemplo Anzoátegui pasó de un 2,07% en 1994, a 1,24 en 2003, es decir hubo una diferencia de 0,83 fue además el único estado que en medio de la crisis política del país en 2003, redujo su tasa de mortalidad infantil. Aragua fue otro estado que al igual que Distrito Federal avanzó a mayor velocidad en la reducción de la tasa de mortalidad infantil en relación a otros estados.

En la mortalidad neonatal Carabobo se situó en un índice de 14,1 igual al nacional en 1994, para ubicarse en una diferencia de 0,1 de mejora en 2002, es decir continuó con una tasa similar a la nacional, con altibajos a lo largo del período que analizamos. La tasa de mortalidad postnatal de Carabobo en 1994 estaba 10,3, mientras que la nacional en 10,7,

una diferencia 0,4, para 2002 la diferencia se incrementó a favor de Carabobo, es redujo su tasa de mortalidad postnatal en 1,5. En cuanto a la mortalidad materna, observamos que en 1994, Carabobo se situaba por debajo de la nacional en 62,1, reportando una diferencia de 7,8, mientras que en 2002 la diferencia se redujo a 0,9, es decir que casi alcanza los niveles nacionales de los cuales se distanciaba en 1994.

Estos resultados revelan que en Carabobo ha habido mejoras en algunos indicadores de salud, desmejora en otros, revelan además que su ubicación en relación a las otras gobernaciones prácticamente no ha variado, sin embargo la imagen que se tiene al margen de las cifras es de alta eficiencia, se trata a nuestro juicio de un proceso de gestión que tiende a mejorar la calidad de quienes tienen acceso al servicio, pero con una tendencia a la exclusión, no es casual que la mortalidad materna se haya incrementado, si tenemos en consideración el cobro por servicio de maternidad.

Estos resultados no son producto exclusivamente de la gestión de INSALUD, sino de múltiples dimensiones, algunas administradas por otras instancias de la gobernación, sin embargo nos abren el camino para profundizar en la investigación sobre la descentralización de la salud, sobre la cual falta mucho por investigar.

Conclusión

La gestión de la salud en el Estado Carabobo, sufrió cambios significativos a raíz del proceso de descentralización político territorial iniciado en este sector en 1994 y a lo largo de catorce años del gobierno de los Salas Römer, se pasó de un estilo de dirección burocrático-populista que caracterizó a la salud dirigida por el aparato central, a un estilo de dirección que calificamos como tecnocrático

pero con características particulares, distintas a las que se han venido construyendo a raíz de la promoción por parte del Estado de una economía de mercado.

Se encontrado un estilo tecnocrático, caracterizado en lo general por: la Tendencia al cobro de manera directa e indirecta a los pacientes por los servicios, pasando a convertirse en usuarios-clientes, en detrimento del derecho a la gratuidad de los servicios de salud, tal y como aparece consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; Concentración del poder de decisión en el gobernador, con exclusión de la participación ciudadana, tal y como se señala en la Constitución; tendencia a la reducción del empleo por parte del aparato del Estado en la prestación del servicio de salud; flexibilización de la gestión del recurso humano, con el propósito de reducir costos laborales por parte del Estado y en contra de beneficios individuales y colectivos de los trabajadores; y la existencia de un sistema de control centrado en la eficiencia con ausencia de los ciudadanos.

El estilo de gestión adoptado, da cuenta de características particulares que se distancian del estilo de gestión del típicamente tecnocrático: La prestación del servicio de salud se realiza directamente sin utilizar intermediarios del sector privado ni de otras organizaciones no gubernamentales, rasgo que ha caracterizado a la gestión tecnocrática de otros servicios descentralizados. La relación estrecha, primero con Proyecto Carabobo, después con Proyecto Venezuela, para la selección de personal, con lo cual se distancia de los criterios tecnocráticos tradicionales en los cuales la burocracia evita "contaminación" con los partidos políticos. Se explica porque son políticas creadas desde la gobernación con perspectiva tecnocrática, lo cual ha permitido la selección de personal comprometido con el

proyecto eficientista de los gobernadores, alejándose así de la relación clientelar del Estado con los partidos políticos, predominante del pasado.

Los indicadores de salud a lo largo de este período en el Estado Carabobo, revelan mejoras lentas y exclusión que ponen interrogantes sobre el estilo tecnocrático de gestión en el campo de la salud.

Bibliografía Citada

- Abad, José Manuel (1999). Estudio de los Niveles de Atención de salud en Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Asamblea Nacional (2000). Elecciones del 30 de julio de 2000, Proyecto Venezuela obtiene 7 diputados a la Asamblea Nacional: 4 diputados por el Estado Carabobo, 1 en el Estado.
- En www.asambleanacional.gov.ve, fecha de consulta 10-03-2005.
- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Gaceta Oficial No. 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. Caracas.
- 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.
- CLAD (1998). Una Nueva Gestión Pública para América Latina. Caracas, Venezuela.
- Congreso de la República de Venezuela (1989). Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de competencias del Poder Público. Gaceta Oficial Gaceta Oficial No. 4.153, de fecha 28 de Diciembre. Caracas. Venezuela.
- Cunill, Nuria (1990). Participación Ciudadana. CLAD. Caracas.
- Díaz Polanco, Jorge (2004). La Reforma de salud en la V República: ¿Una política de Estado? Trabajo presentado en el IX Congreso del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid 2 al 5 de noviembre.
- Díaz Polanco, Jorge y Pereira, Zegrí (2002). "Descentralización y Recentralización de la salud en Venezuela un ejemplo de la dificultad de mejorar descentralización política". En Provincia, No. 9. Julio-Diciembre. Universidad de los Andes, Mérida.
- Ermida, Oscar (1999). "Globalización y Relaciones laborales". Revista Venezolana de Gerencia. Año 4. No. 9. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. pp. 135-148.
- Gobernación del estado Carabobo (1994). Decreto 625-305A, mediante el cual se crea la Fundación Instituto Carabobeño para la Salud. Gaceta Oficial No. 490.
- Gobernación del estado Carabobo (2001). Acta Constitutiva de creación de la Fundación Dr. José Luis Fachín de Boni. Decreto, No. 1382 del 26 de Abril.
- Gobernación del Estado Carabobo (2003). Maternidad del Sur. En www.maternidadelsur.org, fecha de consulta 29-12-2003.
- Gobierno de Carabobo (s/f). La Transferencia de los Servicios de Salud en Carabobo: Los beneficios de un proceso irreversible. Documento. Valencia, Venezuela.
- Gómez, Gonzalo (2001). Notitarde. Valencia Carabobo.
- INSALUD (1999). Memoria y Cuenta de Insalud. Valencia, Venezuela.
- INSALUD (2002). Memoria y Cuenta de Insalud. Valencia, Venezuela.

- INSALUD (2003). Indicadores de salud en el Estado Carabobo. Valencia, Venezuela.
- INSALUD (s/f). Insalud. Fundación Instituto Carabobeño para la Salud. Valencia, Venezuela.
- Lanzaro, Jorge (1998). El fin del siglo del corporativismo. En: El fin del siglo del corporativismo. Nueva Sociedad, Caracas.
- León Ganatios, Luis Eduardo (2002). Las elecciones presidenciales de 1998 en Venezuela. Una aplicación de la teoría direccional del voto. Politeia No. 28. Caracas.
- Mesa de Diálogo sede Carabobo, Sector Salud 2002. Valencia, Venezuela.
- Mi punto.com. Venezuela Virtual En: www.mi-punto.com, fecha de consulta 28-04-2005.
- MSAS (1993). Convenio de Transferencia al Estado Carabobo de los servicios de salud prestados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y por los organismos adscritos. Caracas, Venezuela.
- Ochoa Henríquez, Haydée (2001). Descentralización y retiro del Estado de la prestación de servicios en Venezuela. En Ciencias de Gobierno. Año 5 No. 9, enero-junio. Instituto Zuliano de Estudios Políticos, Económicos y Sociales. Maracaibo. Venezuela.
- Ochoa, Haydée (1995). Tecnocracia y Empresas Públicas en Venezuela (1948-1991). EDILUZ. Venezuela.
- 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. Cabi-mas. Venezuela, pp. 69-91.
- 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; Valladares, Mirtha y Rodríguez, Isabel (1996). "Administración pública y populismo en Venezuela. En Revista Venezolana de Gerencia. Vol 1. No. 1. Universidad del Zulia. Venezuela. pp. 39-58.
- 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.
- PROVEA (1997). Informe Anual. Poderes Públicos en materia de derechos humanos V. "Todos los Derechos para Todos". En www.derechos.org.ve, fecha de consulta 10 de mayo de 2005.
- Rincón Becerra, María T. (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). FCES. Maracaibo, Venezuela.
- Rincón Becerra, María T. y Rodríguez Colmenares, Isabel (2005). "Descentralización y Gestión de los servicios de salud en el Estado Aragua". En Revista Venezolana de Gerencia No. 29, Año. 10. pp. 106 -131. Enero- Marzo, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
- Rodríguez, Isabel y Pérez, Jorge (1996). "Descentralización, participación y democratización: el marco político para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud". En Cuestiones Políticas, No. 17. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela, pp. 61-83.
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela. En www.sisov.mpd.gov.ve, fecha de consulta 15-01-2005.
- Zárraga, Pedro (2001). 20 Experiencias Exitosas en Gestión de Salud Pública. Fundación Polar, Caracas. Venezuela.

Entrevistas

Barreto, María (2004). Modelo de gestión de la Fundación Luis Fachín de Boni, del Hospital Materno Dr. Armando Arcay Solá. Entrevista Personal. Jefe de Relaciones Interinstitucionales, 29 de Enero. Valencia, Estado Carabobo. Entrevista realizada por María T. Rincón Becerra y Deyanira Henríquez.

Chacón, Luz Coromoto (2005) Modelo de gestión de Insalud. Entrevista Personal. Expresidente del sindicato de trabajadores de la gobernación del Estado Carabobo, 05 de Mayo. Maracaibo, Estado Zulia. Entrevista realizada por Haydée Ochoa Henríquez.

González, Olga (2003). Gestión del ambulatorio Dr. Miguel Franco, Entrevista Personal. Directora del ambulatorio Dr. Miguel Franco, 24 de Marzo. Valencia, Estado Carabobo. Entrevista realizada por Deyanira Henríquez.

Lemus, Magali (2004). La descentralización de la salud en el Estado Carabobo, Entrevista Personal. Secretaria del Colegio de Médicos del Estado Carabobo, 29 de Enero. Valencia, Estado Carabobo. Entrevista realizada por María T. Rincón Becerra y Deyanira Henríquez.

Rubio, Luisa (2004). Atención de salud en el ambulatorio "Dr. Miguel Franco". Entrevista Personal. Paciente del ambulatorio. 29 de Enero, Valencia. Estado Carabobo. Entrevista realizada por María T. Rincón Becerra y Deyanira Henríquez.

Sosa (2005). Modelo de gestión de Insalud. Entrevista Personal, 10 de Mayo. Maracaibo, Estado Zulia. Entrevista realizada por Haydée Ochoa Henríquez.

Notas

1. Promovido por la Comisión Presidencial de la Reforma del Estado (COPRE), creada con tales propósitos en 1984, rompiendo con la tendencia hasta entonces de presentación de proyectos de reforma sólo de la Administración Pública.
2. El caso más evidente ha sido el Instituto Nacional de Canalizaciones, responsable del dragado en el río Orinoco, para la exportación del hierro y del Lago de Maracaibo, para la exportación de petróleo.
3. Para esto se aprobó en 1989 la Ley Orgánica de Descentralización y Delimitación de Transferencias del Poder Público y la Ley Orgánica de Elección y Remoción de Gobernadores y Alcaldes.
4. El país está dividido en 23 Estados y un distrito capital.
5. El Estado Carabobo se encuentra ubicado en el centro norte del país, es uno de los más pequeños, con apenas 4.650 Km², de un total de 912.050 Km², es decir, el 0,5% del territorio, sin embargo con una población de 1.932.168 habitantes de acuerdo al censo de 2001, lo cual representa el 8,4% de la población, 415 habitantes por Km², esto lo ubica en el segundo lugar en concentración, después del Distrito Capital, donde se ubica la capital del país. Su principal actividad económica es la industria, en ésta ocupa el tercer lugar en el país, sus principales industrias son del ramo de vehículos automotores, metal-mecánica, alimentos, cauchos y electrodomésticos, en Carabobo se encuentran dos refinerías importantes. Tiene condiciones excepcionales para la actividad agrícola y pecuaria debido a los suelos de alta calidad, su vialidad agrícola y su desarrollo agroindustrial con presencia en el

- mercado nacional e internacional. Carabobo cuenta con uno de los principales puertos del país: Puerto Cabello. Posee playas marítimas que brindan facilidades turísticas así como una de las fuentes termales de mayor temperatura del mundo. Fuente: www.mipunto.com; www.sisov.mpd.gov.ve
6. En este momento se firman los primeros convenios de transferencia de competencias en el referido sector entre el Ejecutivo y los estados: Carabobo, Anzoátegui, Falcón y Bolívar, lo cual pasó por relaciones de cooperación entre estos y otros estados, en su lucha por recibir la infraestructura de salud. La solicitud del traslado de competencias por parte de la gobernación se procesó desde la Secretaría de Desarrollo y Seguridad Social, aprobada por la gobernación en 1990 a la cual se adscribe la Dirección General de Salud Pública, la que asume la responsabilidad de impulsar la transferencia, hasta 1992, cuando el gobierno de Carabobo crea la Oficina de Proyectos de Modernización del Sector Salud como órgano ejecutor del Proyecto Salud, con patrocinio del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) (Hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social) y el Banco Interamericano de Desarrollo. Esta oficina tuvo la responsabilidad de adelantar las medidas concernientes a la creación del sistema de salud en dicha entidad federal (Gobernación del estado Carabobo, 1993).
 7. Los ambulatorios urbano tipo II, prestan atención médica integral de nivel primario, la atención es realizada por un médico general con experiencia en salud pública, pueden contar con servicios de obstetricia, pediatría y servicios básicos de laboratorio, radiología y emergencia permanente, además de los servicios del ambulatorio tipo I (Abad, 1999: 97).
 8. En el Ambulatorio Dr. Miguel Franco se brinda atención preventiva a través de los siguientes programas: Inmunizaciones, Infecciones de Transmisión Sexual-SIDA, Venéreas, Lactancia Materna, Control Prenatal (González, 2003). La atención integral se presta desde 1999 al Lactante, Pre-Escolar, Adolescente, Adulto y Tercera Edad. Otros servicios: Emergencia, Odontología, Laboratorio, Zoonosis, Epidemiología, Farmacia (González, 2003).
 9. Según Bresser y Cunill (1998:27), existen cuatro formas de propiedad en el capitalismo contemporáneo: “La propiedad pública estatal, la pública no estatal, la corporativa y la privada...la corporativa también tiene fines lucrativos, pero está orientada para defender los intereses de un grupo o corporación”.
 10. Según el Decreto de creación de INSA-LUD, estaría “integrada por Un Presidente Ejecutivo, un Vice-Presidente y cinco (5) Directores con sus respectivos Suplentes, quienes serán designados por el Gobernador del Estado” (Gobernador del Estado, 1993).
 11. Integrada por un Presidente, un vicepresidente y tres directores, con sus respectivos suplentes.
 12. Indirectamente el gobernador controla además la selección del Director y Subdirector del Hospital, en razón de que la designación de éstos la realiza el Vice-Presidente de INSALUD, quien como hemos dicho arriba es seleccionado por el Gobernador.
 13. A diferencia de otros estados, como el Zulia, donde la administración de algunos ambulatorios ha sido transferida a organizaciones no gubernamentales (Al respec-

- to puede verse: Ochoa y Rodríguez, 2001) y fundaciones creadas por la propia gobernación (Rincón y Rodríguez, 2005), en Carabobo, todos los ambulatorios son administrados por INSALUD.
14. Según Lemus (2004), el hospital fue utilizado para beneficio personal de Salas Römer (padre), en el sentido que se constituyó en el espacio administrativo de sus negocios particulares.
 15. Identificamos básicamente dos formas de participación de los ciudadanos en las decisiones del aparato público: la resolutive y consultiva, la primera como lo indica Cunill (1990: 59), “supone compartir el poder de decisión sobre alternativas relativas a la conducción de organizaciones o a la formulación de políticas”, la segunda, también siguiendo a Cunill (1990: 58), “se expresa como opinión o manifestación de conocimiento que en tanto tales no obligan mal sujeto que adopta la decisión”.
 16. Nos referimos a los distintos niveles de toma de decisiones de la estructura organizativa: desde el nivel más estratégico hasta el operativo.
 17. También fueron previstas las Juntas Socio-hospitalarias.
 18. La gestión de la salud pasa por la realización de convenios y contratos con numerosos gremios y sindicatos. Gremios: Médicos, bioanalistas, odontólogos, nutricionistas y dietistas entre otros. Sindicatos: De obreros y empleados.
 19. Proveniente de clínicas privadas de larga trayectoria y reconocimiento en la región.