

La Transformación del Estado y Las Políticas en Salud en una Sociedad en Conflicto

Virginia Rodríguez García*

□ Socióloga. Investigadora del Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO). Venezuela. E-mail:
vrodriguez@reacciun.ve.

INDICE

Introducción	3
La Reforma del Sector Salud en Venezuela.....	5
El Proceso de Descentralización	6
La Participación Comunitaria en el Proceso de Reforma del Sector Salud.....	8
La participación comunitaria como capital social	9
Objetivos	11
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos.....	11
Método.....	12
Tipo de estudio.....	12
Diseño de la guía de entrevista.....	12
Recolección de la información.....	13
Procesamiento y análisis de la información.....	13
Resultados.....	14
Formación del centro de salud.....	14
Estructura de la organización.....	15
Características de la población y cobertura.....	16
Financiamiento	17
Manejo de Personal.....	20
Sindicatos/Gremios.....	22
Manejo de Materiales y Equipos.....	23
Normativa	24
Comunicación Hospital-Comunidad.....	25
Discusión.....	27
La Construcción de Redes Sociales.....	27
Las relaciones de poder.....	28
El Proceso de Socialización: el financiamiento y la normativa.....	30
A modo de Conclusión.....	32
Referencias Bibliográficas.....	34

Introducción

En un país con debilidades en sus instituciones, con poco capacidad para organizarse y mantener tal organización, donde prevalecen los intereses individuales sobre los colectivos conjuntamente con el partidismo político, la resolución de conflictos sociales a través de procesos de reforma se perfila como una ardua tarea, sobre todo en una población criada bajo un Estado paternalista con una visión rentista. Y aunque 10 años resulta poco en la vida de cualquier país, lo concerniente a salud contemplado en la constitución de 1999 nos hace pensar que estamos donde comenzamos. Sin embargo, aunque resulte contradictorio, algunos resultados positivos se vislumbran en el proceso y deben ser revisados. Entre ellos la conformación y acumulación de un capital social a través de la inserción de la sociedad en asuntos concernientes al Estado.

En Venezuela las políticas en salud han sido diversas y en general puede hablarse de tres enfoque en tan sólo una década. En 1987 se decreta la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), ley que buscaba centralizar todo lo concerniente a salud en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Dos años después, en 1989, enmarcada dentro de un proceso de Reforma del Estado, se decreta la Ley Orgánica de Descentralización para la Delimitación y Transferencia del Poder Público (LODTCPP), que implica la transferencia de servicios como salud y educación a los gobiernos regionales y por tanto contempla una visión distinta del Ministerio de Salud en cuanto a la misión, organización y operación del Ministerio. Luego en 1999 ante un nuevo gobierno y una nueva constitución que considera la salud como derecho social nuevamente la reforma da un viraje. Sin embargo, el sector salud continua en crisis y los cambios no muestran un sector favorecido. Pero, existen resultados que pueden considerarse positivos dentro del proceso de Reforma y Descentralización de la salud, pues sirvió para gestar nuevos modelos de atención en salud que dieron origen a un cambio en la relación sociedad civil-Estado y que a su vez han dado respuestas a las necesidades de salud de la población, pero también ponen en el tapete el concepto de equidad y la discusión entre lo público y lo privado.

En este sentido el objetivo general de esta investigación fue analizar la transformación de las políticas del Estado en salud y su capacidad para dar respuesta a los conflictos sociales y contribuir a generar o disminuir la conflictividad social en el país. Los objetivos específicos fueron identificar los cambios generados con las políticas en salud del Estado y conocer las repercusiones de estas políticas y el proceso de descentralización en la prestación de servicios de salud.

Con el propósito de dar respuestas a tales inquietudes, este trabajo presenta los resultados finales correspondientes al proyecto de investigación “Transformación del Estado y Políticas en Salud en una Sociedad en Conflicto”, amparado por el programa de Jóvenes Becarios financiado por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Está estructurado en cuatro partes. Una primera parte teórico analítica del proceso de Reforma del Sector Salud en Venezuela, donde específicamente se trata la relación existente entre el

proceso de reforma, el proceso de descentralización y la participación comunitaria. Una segunda parte donde se describe detalladamente el proceso metodológico seguido en el transcurso de la investigación. En tercer lugar se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas en profundidad, de acuerdo a las variables establecidas para la investigación, realizadas en cada uno de los centros de salud bajo estudio. Por último, se dedica un espacio para la discusión de los resultados obtenidos en pro de generar un debate en torno a las repercusiones y alcance de las políticas en salud implementadas por el estado Venezolano, a partir del estudio de las experiencias concretas de las atención en salud concernientes a esta investigación: el Hospital de Tucaní, el Hospital Los Samanes y el Ambulatorio de Cerro Gordo.

Es necesario aclarar que a lo largo del informe se utiliza el término “modelos exitosos” para hacer referencia a estos centros de salud. Cabe la salvedad que estas experiencias de prestación de servicios de salud fueron consideradas exitosas previamente por otras organizaciones tanto nacionales cuanto internacionales. En este trabajo no se construye el termino exitoso sobre la base de indicadores médicos como productividad, rendimiento, cantidad de productos y recursos gastados, capacidad presupuestaria, costo cama/día, horas contratados por pacientes atendidos, entre otros. Contrariamente, esta investigación construye el término exitoso bajo la importancia de la participación de la Sociedad Civil en el proceso de Reforma del Sector Salud, como vía para optimizar la prestación de los servicios médicos.

La Reforma del Sector Salud en Venezuela

Al comenzar la década de los ochenta, la mayoría de los países de América Latina enfrentan una profunda crisis económica. En pro de solventar los desequilibrios generados por la crisis, los diversos países de la región, entre ellos Venezuela, implantan procesos de ajustes estructurales, los cuales repercuten en la ya deteriorada situación social, afectando los diferentes sectores sociales de la población, con la elevación de las tasas de desempleo, el crecimiento del sector informal, el deterioro del ingreso real y de los índices nutricionales, la ineficiencia en la prestación de los servicios públicos. En este sentido, se generaron múltiples propuestas y se diseñaron políticas destinadas a mitigar la situación social, pero, la capacidad del Estado para dar respuesta se vio disminuida, y dichas políticas aunque contribuyeron a paliar la situación resultaron insuficientes para revertirla.

Adicionalmente podría decirse que en Venezuela, desde 1958 las políticas sociales no se han caracterizado por ser la primera prioridad de los distintos gobiernos, pero sí un instrumento de importancia para el logro de sus metas más generales. La prioridad durante los primeros diez años del régimen democrático fue su propia estabilización frente a las tensiones surgidas a la derecha y a la izquierda de la política. Para la época una de las formas de lograr dicha estabilización fue mediante el desarrollo de políticas reformistas encaminadas a la elevación del nivel de vida de la población (Alvarez y Wulff, 1989).

Posteriormente, cuando los problemas de estabilización disminuyen su importancia, se hicieron visibles los problemas de eficacia y eficiencia de los organismos públicos, la desigual distribución del ingreso, la corrupción administrativa y la confrontación entre los diversos partidos políticos.

En tal sentido podría afirmarse que durante mucho tiempo la preocupación de los partidos políticos ha sido la búsqueda del apoyo de la población, por lo cual se han visto obligados a ofrecer y a desarrollar políticas de bienestar social que satisfagan algunas de las necesidades populares. De este modo se convirtieron las políticas sociales en un instrumento clave para el logro de los objetivos de los partidos políticos.

Por otra parte, la creencia en valores reformistas ha hecho a las élites políticas de alguna manera sensibles a las demandas de la población de bajos recursos económicos, lo cual unido a la gran capacidad financiera que caracterizó al Estado, producto de la riqueza petrolera, condujo a que los gobiernos hayan intentado realizar hasta la fecha políticas sociales destinadas a atender a una población carente de recursos económicos propios, contribuyendo, a su vez, a subrayar el carácter benefactor del Estado venezolano (Briceño-León, 1993). En lo que respecta al sector salud, el modelo rentista y petrolero permitió adquirir tecnología de avanzada y el desarrollo de grandes campañas de vacunación y saneamiento ambiental, convirtiendo al Estado en el gran benefactor y garante del acceso a la salud. De tal manera que el papel tutelar que ha desempeñado el Estado venezolano sobre el funcionamiento de la economía y la sociedad ha conllevado a un conjunto de distorsiones que se han traducido en un obstáculo para el avance del país en lo económico, político y social. Además el gobierno central se ha caracterizado por concentrar la mayor parte de las funciones del Estado y de su estructura organizativa.

La injerencia de los partidos políticos en los aparatos del Estado también ha jugado un papel importante en el proceso de centralización en Venezuela. Muchas de las instituciones partidistas lograron reclutar militantes a través de la repartición de cargos burocráticos, hecho que contribuyó a aumentar significativamente el número de funcionarios públicos en las tres últimas décadas, pasando de 300.000 empleados públicos en 1973, a aproximadamente 1.200. 000 en 1991 (Rafael de la Cruz, 1992) la vinculación de los partidos con el movimiento obrero terminó partidizando los gremios y sindicatos generando la política del amiguismo y clientelismo dentro del sector salud, con repercusiones nefastas en el tiempo (Feo y Bravo, 1999: p.34).

Debido a que la centralización de la administración pública retenía gran parte de las decisiones y de la capacidad financiera, se despertó en los partidos políticos la necesidad de controlar este nivel del gobierno, y el interés en el fortalecimiento de sus actividades en la capital, contribuyendo al debilitamiento institucional y financiero de la provincia (Rafael de la Cruz, 1992). Esto condujo a que el gobierno central ejerciera durante mucho tiempo funciones pertinentes a los estados. Asimismo, motivado a que los estados no contaban con autonomía política, ni financiera, no se podía conocer realmente los problemas de cada comunidad y, por tanto, dificultaba la gestión de los mismos, y el desarrollo de cada estado.

En suma, el centralismo condujo al Estado a una multiplicidad de actividades que le restaron fuerzas para atender otras de mayor relevancia. Mientras tanto la sociedad venezolana se inclinó hacia la búsqueda de una forma de gobierno que le permitiera mayor participación en las decisiones de su propio desarrollo dando paso al proceso de descentralización, proceso concebido como uno de los ejes de la reforma diseñado para dar respuesta al reclamo social e incrementar la eficiencia de los partidos públicos y la administración (Carlos Matos, 1989)

En lo que respecta al sector salud la tendencia centralizadora ha conducido al sector a enfrentar una profunda crisis organizacional, que se ha traducido en un deterioro de las instalaciones, en la ausencia de mantenimiento, el deterioro de la mística de personal, la anarquía, y la incapacidad gerencial; indicadores del predominio del clientelismo y la corrupción, producto de la partidización de las instituciones.

Por otra parte, una de las soluciones planteadas, el proceso de descentralización, causa ciertas controversias, debido a la posibilidad que tiene de generar problemas como: el control de los servicios por elites locales, aumento de las desigualdades entre diferentes localidades, y la dificultad de integración de organizaciones privadas con organizaciones del sector público (Werna, 1994).

El Proceso de Descentralización

El proceso de descentralización comienza en Venezuela en 1989 con el llamado a lecciones de autoridades regionales en 1989. Seguidamente se aprueba la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias (LOD) que dispone la transferencia progresiva de competencias y de servicios del Poder Nacional a los estados, marcando los primeros pasos del proceso de descentralización en el país.

La descentralización en Venezuela se concibe en un principio no sólo como un proceso meramente político sino como un proceso que permite facilitar la articulación e

implementación de las políticas de desarrollo diseñadas para lograr crecimiento con equidad, fortaleciendo la capacidad de las unidades regionales y subregionales, y capacitando a los líderes políticos para identificar sus propios problemas y prioridades de desarrollo. (Rondinelli, 1983)

Así, la descentralización constituye un proceso mediante el cual se transfiere poder político desde el gobierno central hacia los estados, dotándolos de independencia administrativa y legitimidad política propia, lo que permite al gobierno central concentrarse en decisiones de carácter estratégico y una mayor atención, por parte de los estados, de sus problemas.

Luego de realizarse las primeras elecciones nominales de Gobernadores y Alcaldes, y de la aprobación de la Ley Orgánica de Descentralización (LOD), varios estados comienzan a hacer gestiones para que le sean transferidos competencias y servicios tales como la educación y la salud. De allí que hayan surgido casos ejemplares de administración y gerencia en salud como el Hospital de Tucaní en el estado Mérida, y el Hospital Los Samanes en el estado Aragua y el Ambulatorio de Cerro Gordo en Barquisimeto estado Lara.

Pero, si bien se han gestado estas experiencias exitosas, en cierta manera amparadas por del proceso de Reforma del Sector Salud y el proceso de descentralización, la situación de la salud en Venezuela no ha mejorado significativamente (MSAS, 1997: p.32-44). El sector salud sigue lleno de desaciertos, la población continua insatisfecha y se siguen evidenciando problemas de financiamiento y de administración de recursos tanto económicos cuanto humanos. Por otra parte se continua con un modelo curativo que resulta ineficiente y consecuentemente se abandonan las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Cabe la salvedad que hoy día el Gobierno Nacional propone una nueva salida a los problemas presentados en el sector salud, donde la participación de la sociedad civil organizada se concibe como una necesidad.

Pero, la tensión generada por una constitución que garantiza la gratuidad de la salud, la proliferación de centros bajo fundaciones privadas sin fines de lucro con un financiamiento mixto que incluye el cobro directo al usuario, el cobro solapado en los hospitales públicos del país, el déficit financiero, y un proceso de descentralización lento e inconcluso, hablan de la desorganización del sector y de las dificultades que implica su reforma.

La Reforma del Sector Salud, no resulta un problema fácil de resolver no sólo en Venezuela sino en distintos países de la Región, caso como el Colombiano y el Chileno ilustran las dificultades. No obstante, el reto de alcanzar mayor equidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud ha llevado a los distintos países de la región a plantearse procesos de reforma en el sector salud. Los mecanismos de implementación de estas reformas han variado de acuerdo al país, a sus límites y alcances. Algunas son consideradas reformas integrales porque abarcan la organización, el financiamiento y los recursos del sector, otras son parciales y, otras están encaminadas a insertar el sector privado en salud o fortalecer la capacidad de atención de un estado descentralizado y democrático (OPS, 1995).

En Venezuela, como se citó anteriormente, la descentralización fue una de las estrategias utilizadas para llevar a cabo la reforma. Por supuesto, no faltó quien alabara o rechazara el proceso, no faltó quien a través de las distintas conceptualizaciones dadas a la descentralización se hiciese oír, ya fuera para rechazarlo por concebirlo como una proceso

de privatización de la salud, o para incitar a su consolidación considerándolo una forma de propiciar la democracia y la participación.

Así, para algunos, la descentralización en Venezuela fue concebida como una forma de combatir los profundos vicios producto del clientelismo político y la corrupción administrativa que imperaban en el nivel central de la administración (Fernando Rojas, 1990). Para otros, la descentralización se constituyó en un proceso político-administrativo inclinado a promover la toma de decisiones más cerca de las comunidades con la finalidad de obtener su participación en la búsqueda de soluciones (Rondón, 1995). Otros más escépticos lo vieron como una repartición de poder que llevaría a la anarquía.

Se han desarrollado varios conceptos sobre el proceso. Según Preteceille (1987. Cit. por De Mattos, 1991), la descentralización implica aumentar el poder, la autonomía de decisión y de control de los recursos, las responsabilidades y las competencias de las colectividades locales, en detrimento de los órganos del Estado Central. Dennis Rondinelli (1983), percibe el proceso como una forma de facilitar la articulación e implementación de las políticas de desarrollo diseñadas para lograr crecimiento con equidad, fortaleciendo la capacidad de las unidades regionales y subregionales y capacitando a los líderes políticos a identificar sus propios problemas y prioridades de desarrollo.

En suma, el proceso de Reforma del Estado y consecuentemente del Sector Salud, ha implicado redefinir el papel del Gobierno Central, los gobiernos regionales y locales frente a la salud. Sin embargo ha sido un proceso lento, con un alto matiz político, y principalmente caracterizado en lo que respecta a salud, por la transferencia operativa de atención médica, asistencia social, saneamiento ambiental, recursos físicos, humanos y económicos desde el nivel central a los estados.

Los resultados de todo el proceso de reforma no han sido los esperados. El sistema de salud, que para algunos no existe en Venezuela, sigue colapsado. Sin embargo los indicadores señalan mejorías en las condiciones de salud de la población venezolana en lo que respecta a mortalidad general, infantil, neonatal y posneonatal (Cursio, 1999: p.12). Podría afirmarse que un proceso que nació como un “proyecto político” no dejó claro el objetivo la reforma y por tanto varios de los problemas atribuidos al proceso de descentralización en lo que respecta al sector salud se hicieron evidentes: inequidad en el acceso a los servicios; el dominio político donde se recrean nuevos caudillos y burócratas; obstáculos ante la participación de la sociedad civil, ya que bajo el supuesto de su inexperiencia y desconocimiento del área es dominada en ocasiones por las elites locales (Collins y Green, 1993; Werna, 1994).

La Participación Comunitaria en el Proceso de Reforma del Sector Salud

Independientemente de las definiciones dadas al proceso de descentralización, de las desviaciones que ha tenido en la práctica, se vislumbran elementos significativos en la búsqueda de un sistema de salud óptimo. Uno de ellos es la importancia que ha tomado la participación de la sociedad civil en el proceso, por tanto la propuesta hecha por el actual gobierno contempla su participación como un punto clave.

Mucho se comenta sobre lo polisémico del concepto descentralización y de su relación con modalidades de participación (Bronfman, 1999). Se habla de la descentralización como

desconcentración, delegación, devolución, y/o privatización. Pero indistintamente de la inclinación que le demos a este concepto puede decirse que en Venezuela el proceso de descentralización ha ampliado el margen de participación de la sociedad civil.

Algunos estados como Lara presenta una cultura participativa histórica, que de ante mano denota la existencia de un capital social constituido y en cierta forma institucionalizado. En otros estados a raíz del proceso de Reforma del Sector Salud y el proceso de descentralización, la sociedad civil se ha organizado, ha comenzado a movilizarse y a tomar partida, conjuntamente con el gobierno regional, en asuntos que hasta entonces estaban en manos del Estado, como es caso del manejo de centros de salud. Cabe la salvedad que esto no implica disminuir el radio de acción del Estado, por lo cual podría entenderse como privatización, por el contrario implica crea mecanismos de acción-participación entre ambos actores con el propósito de mejorar la prestación del servicio de salud.

Sabemos que la participación comunitaria puede asumir distintas significaciones en cuanto a salud, todas ellas relacionadas directamente con los cambios dados en la sociedad latinoamericana (Briceño-León, 1998). Pero a parte de la significación que se agregue a la participación dentro del proceso de descentralización y Reforma del sector Salud en Venezuela, lo importante es que trae a colación el concepto de Capital Social, entendido este como una forma de organización social que facilita la optimización de recursos y acciones individuales para el logro de objetivos comunes con menores costos y esfuerzos (Coleman, 1990).

La participación comunitaria como capital social

El capital social es definido como una forma de organización social que surge o tiene sus raíces en el hecho de que ciertos actores se interesan en asuntos que están total o parcialmente bajo el control de otros actores. Este concepto ha sido trabajado por distintas autores e incluso por distintas disciplinas dentro de las ciencias sociales. Pero, en este trabajo, por ser de corte sociológico, se toma como referencia el concepto dado por James Coleman en su libro *Foundations of Social Theory* (1990).

El Capital social tiene varias características (Coleman, 1990) y tres palabras claves sirven para definirlo: redes, confianza y normas. El capital social crea relaciones de autoridad, y como en toda estructura social se establecen jerarquías y canales de mando; también crea relaciones de confianza entre los actores, las instituciones y los beneficiarios indirectos de tal organización; siendo estas relaciones de confianza el sustento del capital social. Adicionalmente, conllevan al establecimiento de normas sociales y morales, las cuales permiten hacerlo confiable. Es decir, las relaciones dadas dentro de esta forma de organización más que estar regidas por leyes y reglas gubernamentales se rigen por relaciones de confianza, expectativas y logros. El capital social también es acumulable y esta acumulación se logra a través de los logros obtenidos y el trabajo sustentable de los actores en el proceso.

La sociedad civil como capital social implica la creación de relaciones sociales con cierta persistencia en el tiempo que permite el logro de objetivos que, sin la existencia de esta forma de organización, no podrían ser logrados o serían logrados a mayores costos. Uno de las grandes virtudes del capital social es que permite interconectar instituciones formales como el Estado con instituciones “no formales” como la sociedad civil. Así, a través de las

distintas formas que puede tomar la participación en los nuevos modelos de atención en salud la sociedad civil como forma de capital social se inserta dentro de la prestación de servicios de salud iniciando un nuevo tipo de relación con el Estado.

En suma, el capital social es una forma de organización social que implica transformar esfuerzos individuales en esfuerzos colectivos, con un objetivo común, permitiendo la optimización de recursos al reducir los costos y el esfuerzo, bajo el establecimiento de relaciones de confianza sustentadas en normas sociales y morales y donde la cooperación y la coordinación son esenciales para el logro de objetivos. Por tal motivo los logros alcanzados por la sociedad civil en la administración y gestión de servicios de salud, así como en otras áreas, es considerado un buen ejemplo de las potencialidades del capital social, de su existencia y de las posibilidades de generarlo y acumularlo.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la transformación de las políticas del Estado en salud y su capacidad para dar respuesta a los conflictos sociales y contribuir a generar o disminuir la conflictividad social en el país.

Objetivos Específicos

Identificar los cambios generados en las políticas en salud del Estado en la prestación de los servicios de salud.

Conocer las repercusiones/impacto de las políticas en salud y el proceso de descentralización en la prestación de los servicios de salud.

Método

Tipo de estudio

La investigación desarrollada es de tipo descriptivo-explicativo, pues este tipo de estudio permite identificar características propias del universo de investigación. Además establece comportamientos concretos y vislumbra las asociación entre las variables de la investigación (Briones, 1982/1991). Se utilizó como estrategia metodológica el estudio de casos (Yin, 1990) con la finalidad de describir con profundidad aspectos estructurales y procedimientos del objeto en estudio lo cual permitió obtener información detallada y profunda de los casos estudiados. Para dar cumplimiento a esta investigación se diseñó una guía de entrevista para ser aplicada al personal clave y directivo de los centros de salud. La información concerniente a la Reforma del Estado, el proceso de descentralización y la participación comunitaria, se recogió de un arqueo bibliográfico de distintas fuentes secundarias tales como revistas, libros, prensa. Adicionalmente se utilizó datos e investigaciones existentes en el Laboratorio de Ciencias Sociales sobre el tema.

Diseño de la guía de entrevista

Con el propósito de conocer el funcionamiento y características particulares de los casos bajo estudio. Se elaboró una guía de entrevista que fue aplicada al personal de los centros de salud, específicamente a los jefes de departamento, directivos y algunas personas claves dentro de cada institución que de alguna u otra manera estuvieron o están relacionadas con el funcionamiento y desarrollo de cada centro de salud. Para la elaboración de este instrumento se construyeron algunas variables con sus respectivos indicadores, las cuales se señalan en el cuadro I.

Cuadro I

Variables e Indicadores Establecidos para la Construcción de la Guía de Entrevista.

Variables	Indicadores
Formación del centro de salud	Fines Construcción de redes sociales y relaciones de poder
Administración de recursos económicos	Cobro por servicio Financiamiento Asignación de recursos
Administración de recursos humanos	Reclutamiento y selección Contrato, pagos, beneficios Sindicatos Supervisión y evaluación
Funcionamiento	Dotación Normativa y seguridad
Organización	Estructura Mecanismos de comunicación
Prestación de servicios médicos	Cantidad de servicios Cobertura

Recolección de la información

Se realizó un muestreo exhaustivo de los directivos de los centros de salud y los jefes de departamentos. Adicionalmente se entrevistaron personas claves que estuvieron o están de alguna u otra manera relacionadas con cada centro de salud. El abordaje se hizo previo establecimiento de citas con los entrevistados.

Procesamiento y análisis de la información

Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas bajo la técnica de análisis de contenido. La información recolectada no sólo permitió obtener información respecto al funcionamiento de cada centro sino que permitió indagar en las percepciones de los actores involucrados en el proceso, así como en sus preocupaciones, satisfacción e insatisfacción.

La información recolectada por fuentes textuales relevantes (material documental y bibliográfico) fue seleccionada de acuerdo a los objetivos de la investigación y analizada bajo la técnica de análisis de contenido. Cabe destacar que fueron revisados trabajos y datos existentes en el Laboratorio de Ciencias Sociales en esta área.

Resultados

Formación del centro de salud

El Hospital de Tucaní tiene varias versiones en cuanto a su creación. Algunos de los entrevistados señalan que fue iniciativa del gobernador de turno, quien en vista de la carencia de servicios médicos en la zona y la existencia de una estructura que podía ser utilizada convocó a personas de la comunidad para conformar una fundación sin fines de lucro que se hiciese cargo de la administración y gestión del hospital. Otras personas afirman que la iniciativa fue de un grupo de personas de la comunidad entre las que figuran un médico epidemiólogo y una monja, quienes ante una estructura existente, un presupuesto aprobado se movilizaron para conseguir la administración del hospital. Respecto a la infraestructura del hospital se presentan dos versiones: la construcción no se había terminado y como medio de presión se comenzó a prestar servicio médico en una casita azul ubicada en las cercanías del hospital; por otra parte se comenta que la estructura ya estaba terminada pero no se prestaba el servicio. Adicionalmente se comenta que el hospital fue dotado completamente e inaugurado en el segundo mandato presidencial de Carlos Andrés Pérez, pero no comenzó a prestar servicio hasta septiembre de 1992 cuando fue reinaugurado por el gobernador del estado Mérida el Sr. Rondón Nucette. Esta última versión parece ser la más acertada.

En cuanto a este hospital pueden establecerse dos periodos. Un primer periodo donde entra todo el proceso de construcción y puesta en marcha. En este periodo el hospital adquirió rápidamente reconocimientos no solo en el ámbito nacional sino internacional. Este lapso de tiempo podría denominarse el periodo exitoso 1992-1995. Luego, un segundo periodo que podríamos llamar de crisis y reconstrucción, que comienza en 1995 (siendo su punto máximo en 1997), cuando se confrontan problemas de presupuesto, progresivamente se disminuye la calidad de los servicios, y se generan problemas con el personal no sólo por retrasos en los pagos, sino por el trato recibido del presidente de la fundación, persona que llegó a ser la única autoridad tanto de la fundación como del hospital. Estos inconvenientes llevan a la intervención de la gobernación, se remueven en su totalidad los integrantes de la fundación y se coloca a la iglesia católica como encargada principal del hospital con el fin de retomar la confianza de la población y nuevamente levantar el hospital.

El Hospital Los Samanes está ubicado en Maracay estado Aragua. La iniciativa estuvo en manos del gobernador del estado quien en 1989 decide reunir a un grupo de empresarios del estado para conformar una fundación sin fines de lucro. La estructura ya existía, pero fue necesario hacer algunos arreglos. Luego de las elecciones de gobernadores en diciembre de ese mismo año hubo un cambio en el color del partido de gobierno, pero el proyecto continuó y el centro de salud fue inaugurado en marzo de 1990 Ese mismo año comienza el funcionamiento lo que para entonces comenzó como un ambulatorio tipo I prestando consultas de medicina general. Posteriormente el ambulatorio amplió sus servicios, incrementó el número de consultas, e introdujo otras más especializadas, transformándose en el transcurso de cinco años aproximadamente en un hospital.

El ambulatorio de Cerro Gordo tiene una historia bastante peculiar. El MSAS comenzó la construcción del centro de salud, pero el constante robo de materiales impedía la culminación de la estructura. Ante este problema la comunidad de Cerro Gordo se organizó

y creó grupos de vigilancia con el propósito de evitar el robo de materiales, contribuyendo de esta manera a dar fin a la construcción del ambulatorio. Luego de tal esfuerzo la comunidad se identificó con el lugar y decidió participar en la conducción del ambulatorio. Sus fundadores cuentan que el proceso no fue fácil. Se hicieron varias reuniones con distintas instituciones para tomar una decisión respecto al manejo del ambulatorio. Varias instituciones se plantearon como posibles administradoras del ambulatorio, entre ellas el Rotary Club, pero la comunidad no se sentía segura ante tales propuestas y decidió luchar hasta conseguir el manejo del centro de salud. Ante esta coyuntura FUNDASALUD (organismo encargado de administrar los recursos destinados a la salud en el estado Lara) conjuntamente con Ascardio prestan el apoyo necesario, asesorando y en el caso de FUNDASALUD destinando una partida para el funcionamiento y pago de personal. Con este propósito se conforma en 1992 la Sociedad Civil Amigos de la Salud (SOCIASA) integrada por personas de la misma comunidad de Cerro Gordo (amas de casa y obreros), y bajo un modelo fundacional asumen la conducción del ambulatorio.

Estructura de la organización

El Hospital de Tucaní trabaja con una estructura lineal vertical, en forma piramidal y con desplazamiento de arriba hacia abajo en gradación jerárquica. El Hospital fue ideado con dependencia de la gobernación del estado, seguidamente la Fundación como segunda instancia de mando, luego la dirección de donde se desprenden las coordinaciones de los distintos servicios. Sin embargo, para muchos de los entrevistados la estructura de la organización nunca estuvo clara, pues si bien el ejecutivo debía controlar y supervisar el manejo del centro al parecer la relación de amistad existente entre el gobernador del estado para la época y el presidente de la fundación dejó una libertad de acción a este último que no permitió mantener tales controles, pero mantuvo el flujo de recursos económicos. Esta relación aunada al carácter dominante del Presidente de la Fundación le fue restando peso a las opiniones del resto de los integrantes de la Fundación, hasta el punto de quedar todas las decisiones en manos de una sola persona: el Presidente de la Fundación.

El Hospital los Samanes presenta el mismo tipo de estructura lineal vertical, con la particularidad de contemplar a la esposa del gobernador de turno como vicepresidenta de la fundación, con el propósito de mantener un mayor canal de comunicación hospital-gobernación. Al parecer esta estructura está claramente definida tanto para la fundación, el personal y el ejecutivo regional. Este último cuenta con la potestad de remover el 40% de la junta directiva de la fundación cada dos años.

Por su parte el ambulatorio de Cerro Gordo aun cuando legalmente presenta una estructura lineal vertical, con una definición clara de jerarquías y funciones, en su práctica diaria es una estructura horizontal, altamente participativa, donde todos comparten deberes y derechos. La Junta directiva trabaja conjuntamente con el Coordinador Médico, quien es a su vez el responsable de la coordinación general del ambulatorio. De la coordinación general se desprende la coordinación de enfermería y demás unidades de servicios. Este centro de salud, hasta la fecha, no presenta problemas con su estructura organizativa y los canales de mando.

Características de la población y cobertura

El Municipio Caracciolo Parra Olmedo es la zona destinada para prestar atención del hospital de Tucaní, lo cual representa más de 23.00 mil personas. La población está compuesta básicamente de hacendados dedicados a la ganadería y la siembra del café y por personas de muy bajos recursos desempeñados, en su mayoría, como trabajadores del campo. Aun cuando el Hospital pertenece al estado Mérida atiende a personas de otros estados como Trujillo y Zulia con los cuales tiene límites fronterizos. Por este motivo se pretende llegar a un acuerdo con las gobernaciones de dichos estados para que destinen algún recurso al hospital. Del Hospital de Tucaní dependen seis ambulatorios rurales de la zona con los cuales funciona como un sistema integrado de salud. Cada ambulatorio cuenta con un médico coordinador y semanalmente un médico del hospital debe pasar consulta en el ambulatorio asignado. La dotación de estos ambulatorios depende en parte del hospital y del MSAS. Asimismo, funcionan bajo un sistema de recuperación de costo. Los entrevistados señalan que trabajar conjuntamente con estos ambulatorios permite un mejor conocimiento de la comunidad y al mismo tiempo atender los casos de medicina general en el ambulatorio, evitando el congestionamiento en el hospital, lo cual permite atender a tiempo las posibles enfermedades, y disminuye el gasto por desplazamiento del paciente, ya que algunas de estas comunidades se encuentran distantes del hospital.

Un estudio realizado por el Laboratorio de Ciencias Sociales en 1998, donde se realizó una caracterización sociodemográfica de la población señala que son las personas en edades comprendidas entre 30 y 50 años (47,4%), con predominio del sexo femenino (86,7%), de estado civil soltera/o (40,6%) y como ocupación se destaca oficios del hogar (51%).

El Hospital Los Samanes está ubicado en la zona sur de Maracay, estado Aragua. En un principio los servicios estaban dirigidos a esta parte de la población, por considerarlos de escasos recursos económicos y distantes de un centro de salud. Pero, con el tiempo y el crecimiento que ha tenido el hospital, actualmente los servicios están destinados a toda la población del estado. Cabe la salvedad que a este centro de salud también asisten personas de distintos estados del país.

A diferencia del hospital de Tucaní este hospital no trabaja como un sistema integrado de salud con los distintos ambulatorios de la zona. Los ambulatorios dependen directamente de CORPOSALUD, organismo encargado del manejo de los recursos destinados a salud en el estado Aragua. Al parecer el director del hospital ha intentado negociar el manejo de los ambulatorios con los organismos competentes, pero no se ha logrado concretar nada al respecto.

Los datos que se tienen sobre las características sociodemográficas de la población indican que en su mayoría son personas entre 30 y 50 años de edad (51,1%), con predominio del sexo femenino (81,4%), estado civil casado/a (54,9%) con un nivel de instrucción de bachillerato completo (56,95) y de ocupación oficios del hogar (43,4%). (LACSO, 1998).

Respecto a la población objetivo del ambulatorio de Cerro Gordo se tiene información de que está sobre los 50 mil habitantes, dispersa en 17 comunidades. El ambulatorio está ubicado en la zona norte de Barquisimeto, donde la población se caracteriza por ser de escasos recursos económicos. Quines trabajan en el ambulatorio consideran que en ocasiones se atiende personas de otras comunidades y se sobrepasa la capacidad de

atención, no obstante procuran darle atención médica a todas las personas que asisten. Las características sociodemográficas de esta población indican que las personas se ubican entre 20 y 29 años de edad (40%), predominio del sexo femenino (93%). Además el 66% de la muestra tomada está casado o unido (33% casado, 33% unido). El nivel de instrucción predominante es bachillerato incompleto (38%) y la ocupación oficios del hogar (64%). (LACSO, 1998).

Financiamiento

Los tres casos estudiados presentan un financiamiento mixto que contempla un aporte del estado y un sistema de recuperación de costos basado en el cobro directo a los usuarios. En el caso del Hospital de Tucaní en un principio se pensó que la principal fuente de financiamiento debía provenir del sistema de recuperación de costos y de las gestiones realizadas por la fundación y de esta forma garantizar una entrada permanente de dinero que permitiese cubrir gastos de materiales, insumos, equipos y personal. No obstante, este modelo de financiamiento no funcionó, y consecuentemente la crisis económica del hospital desmejoró la calidad de los servicios y disminuyó la entrada de dinero por cobro de servicios. Asimismo, la falta de recursos generó una deuda de varios millones de bolívares con el personal del hospital. Posteriormente con la intervención del hospital por parte de la gobernación del estado el grueso del financiamiento quedó en el gobierno. Varias son las versiones encontradas respecto a la crisis presentada por este hospital. Algunos la consideran producto de la mala administración del presidente de la Fundación del hospital, pero aun cuando existen rumores de malversación de fondos luego de dos auditorías esto no pudo comprobarse. Otras personas consideran que se perdió el norte de la Fundación el cual consistía entre otras cosas en gestionar ante otras instancias, organismos o entes financieros equipos y materiales o cualquier otro recurso para el hospital. Con la injerencia de la Iglesia se pretende que se retome el modelo de financiamiento mixto con el cual fue pensado el centro de salud.

El criterio para el cobro por servicios es recuperar los gastos ocasionados por el uso de materiales y equipos, pero siempre con precios por debajo de lo estipulado en el mercado, ya que la idea no es obtener ganancias sino tener posibilidad de reposición. Las tarifas son establecidas por la administración del Hospital de acuerdo al costo de los materiales, previa comparación con otros centros de salud. En un principio se establecieron tres tipos de tarifas de acuerdo al nivel económico, pero esta modalidad funcionó por poco tiempo. Actualmente existe una única tarifa. Los criterios de exoneración responden a la disponibilidad que tenga el usuario para pagar. El procedimiento es el siguiente: el usuario del servicio notifica en caja que no está en disposición de pagar y es remitido a la Unidad de Trabajo Social, donde a través de estudio socioeconómico una Trabajadora Social decide si es o no exonerado.

La administración del Hospital es la encargada de manejar los fondos, sin embargo el primer presidente de la Fundación en reiteradas ocasiones decidió sobre el destino de los recursos, sin consultar a otros miembros de la fundación.

En este hospital no se utiliza la planificación según presupuesto, sin embargo actualmente el hospital está obligado a entregar un presupuesto de funcionamiento a la gobernación.

Nunca se ha administrado el dinero según partidas por servicios, sino de acuerdo necesidades de cada unidad o coordinación. Anualmente este hospital debe rendirle cuentas a la Contraloría General y a la gobernación. Los entrevistados informan que este requisito no se cumplió durante el periodo que el Sr. Trino Sulbarán presidió la fundación.

Por su parte el Hospital Los Samanes no presenta problemas con el financiamiento. Su mayor aporte proviene de la gobernación del estado a través de CORPOSALUD (organismo encargado de la administración de los recursos destinados a salud en el estado Aragua) y el cobro directo a los usuarios. También posee otros servicios como comedor, óptica, miscelánea y el cafetín que generan ingresos al hospital. Estos ingresos permiten mantener un fondo de contingencias que es utilizado en los casos donde la asignación presupuestada anualmente por la gobernación se retrasa, esta situación ocurre durante los tres primeros meses del año, fecha en la cual es entregado y discutido el presupuesto. Para establecer la asignación el hospital elabora un presupuesto anualmente y lo presenta a la gobernación quien luego de su revisión y negociación lo aprueba. Generalmente lo aprobado nunca llega al total de lo presupuestado, el promedio de aprobación es de aproximadamente la mitad. El resto es cubierto con el cobro por servicio médico y los distintos servicios ofrecidos. A parte del aporte del estado y la recuperación de costos no existe otra fuente de financiamiento. No obstante el hospital creció considerablemente en poco tiempo tanto en espacio cuanto en servicios ofrecidos.

Este hospital debe rendir cuentas del dinero otorgado tanto a la Contraloría del estado como a CORPOSALUD. Adicionalmente entrega a CORPOSALUD un reporte estadístico de las enfermedades atendidas, cantidad de pacientes, entre otros. El departamento de administración es el encargado principal de la administración de recursos y en cuanto a suministro de materiales y equipos funciona conjuntamente con el almacén y el departamento de compras.

Al igual que en el Hospital de Tucaní el cobro por servicios fue establecido como una forma de recuperar los gastos ocasionados por el uso de materiales y equipos. Las tarifas son discutidas y luego establecidas por la Junta Directiva, administración del hospital y el departamento médico, previa comparación con otros centros de salud como la Cruz Roja y el Cardiológico de Maracay.

Los criterios de exoneración responden a la disponibilidad del paciente. Una vez que el usuario del servicio se dirige a caja y expresa que no dispone de medios, es pasado al departamento de admisión donde es atendido por una Trabajadora Social, quien realiza una encuesta para determinar la situación socioeconómica del paciente. No se hacen visitas domiciliarias para determinar o comprobar la situación del paciente. Existen tres modalidades de exoneración: total, parcial o el crédito. Los fines de semanas prestan consultas de distintas especialidades con costos menos bajos, con la intención de darle atención a aquellas personas que no pueden asistir entre semana. Además del ingreso obtenido por este concepto una parte es destinada a los médicos que atienden dichas consultas.

En el ambulatorio de Cerro Gordo la principal fuente de financiamiento la constituye el estado a través de FUNDASALUD, quien aporta una cantidad de dinero mensual para el pago del personal contratado por SOCIASA. Otra parte del financiamiento proviene del MSAS, el Sistema Integral de Asistencia Médica (SIAM) la UCLA y El PAMI, pues el

ambulatorio tiene personal asignado por estos organismos. Cabe destacar que tanto el SIAM como el PAMI no existen actualmente como instituciones o programas de gobierno. Ambos fueron eliminados.

Por su carácter de ambulatorio tiene servicios menos especializados que los hospitales y por tanto su ingreso por cobro de servicios es menor. Adicionalmente, en ocasiones, reciben donaciones de empresas como Telcell, Rotary Club, Fundación Cisneros, Club del Leones. Otra manera de obtener ingresos es la organización de vendimias. Los recursos obtenidos a través de todas estas fuentes de financiamientos son utilizados para diversos fines en el ambulatorio, pero especialmente para cubrir los gastos de exoneraciones, comprar insumos y equipos médicos, pues la dotación dada por el MSAS no es suficiente para atender a todos los usuarios del ambulatorio.

El ambulatorio mediante SOCIASA administra directamente todos los ingresos. No existe una distribución de ingresos por partidas. Utilizan la figura del “pote” la cual consiste en una cuenta común donde se depositan todos los recursos y se usan de acuerdo a las necesidades. Sólo el gasto correspondiente a personal tiene una partida asignada. SOCIASA rinde cuentas de sus gastos ante la comunidad con la cual hacen reuniones periódicas donde le informan el destino dado a los recursos. Luego rinde cuentas al MSAS a quien le presenta un informe con el movimiento de pacientes, notificación de casos atendidos y por último a FUNDASALUD a quien debe reportar mensualmente el uso dado al dinero aportado. Cabe destacar que luego FUNDASALUD debe reportar directamente a la Contraloría la rendición de cuentas del ambulatorio.

Respecto al cobro por servicios todos los servicios tienen una tarifa mínima llamada colaboración. Odontología y laboratorio presentan las tarifas más altas debido al costo de los insumos y reactivos, pero aun así siguen estando por debajo del precio estipulado en otros centros. Los fines de semanas prestan consultas médicas bajo otra modalidad: mantienen tarifas bajas pero el dinero recaudado se divide en tres partes donde un porcentaje es para el médico, otro para cubrir gastos de insumos y otro para SOCIASA. Antes del establecimiento de tarifa SOCIASA tenía un pote donde la gente debía depositar su colaboración, la cual estaba “a la buena voluntad” del usuario. Esta modalidad tuvo que ser cambiada y colocar personal encargado de la recaudación, porque al abrir el pote consiguieron cantidad de chapas y botones en lugar de dinero.

El sistema de atención es sencillo. Al llegar al ambulatorio el usuario debe pagar en taquilla el monto mínimo estipulado, se le otorga un talón como mecanismo de control de pago y orden para la consulta y luego es atendido por el médico según número de llegada. En cuanto a la exoneración el criterio base es la disponibilidad económica del usuario, es decir, no se hacen estudios socioeconómicos, esto se debe en gran parte a que lo la mayoría de las personas de la comunidad se conocen, así como a los integrantes de SOCIASA y al personal del ambulatorio, cada uno sabe quien es el otro y esto funciona como un mecanismos de control. La decisión de exonerar está en SOCIASA y el personal médico, quienes establecen si la exoneración será total, parcial o sólo un crédito. Las formas de pago también varían, pues muchas personas pagan con trabajo voluntario o medicamentos. A pesar de esto, al parecer el porcentaje de exoneraciones es muy bajo, pues las personas hacen lo posible por colaborar con el ambulatorio.

Manejo de Personal

En el Hospital de Tucaní el personal dependía directamente de la Fundación y como tal ésta se encargaba de remover y nombrar el personal. También existía una empresa de mantenimiento dentro del Hospital llamada SERMECA que se encargaba del personal obrero. Muchos piensan que esta compañía fue una estrategia del Hospital para no actuar como patrón directo y evitar la conformación de sindicatos. Pero, luego de los problemas económicos y de poder presentados, el personal en su totalidad pasó a depender directamente de la gobernación del estado Mérida.

El personal del hospital comenzó a depender formalmente de la gobernación del estado en 1998 pues con la intervención la nómina fue absorbida pasando a ser responsabilidad del ejecutivo del estado. Este cambio trajo como consecuencia una sinceración de la nómina y consecuentemente una reducción de personal. Sin embargo, la Fundación continúa conservando la potestad de nombrar y remover el personal. El paso del personal al ejecutivo del estado implicó a la sindicalización del personal.

En cuanto a la selección del personal se afirma que se hace sobre la base del cumplimiento de los requisitos exigidos por el hospital. Se llama a concurso, se evalúa currículo, se selecciona a la persona y se prueba por un lapso de tres meses. Una vez finalizado el periodo de prueba según el desempeño se toma la decisión de contratar o no contratar. Ninguno de los entrevistados manifestó la injerencia política en la asignación de cargos dentro del hospital.

La remuneración del personal es quincenal. La emisión de cheques es controlada directamente por la administración del hospital. Cuando el personal dependía sólo de la Fundación se regía por la ley del Trabajo, actualmente se rige por la Ley de Carrera Administrativa. Respecto al monto del pago algunos entrevistados consideran que antes cuando no pertenecía a la nómina del ejecutivo del estado la remuneración era mejor, pues estaba por encima de lo estipulado para los empleados de la administración pública. Otros consideran que ahora tienen mayores beneficios socioeconómicos y mayor estabilidad laboral.

La evaluación del personal es continua y está a cargo de cada jefe de departamento o unidad. La evaluación tiene como finalidad evaluar y corregir fallas, mejorar los procesos de trabajo a modo de garantizar mejor atención a los usuarios. La supervisión también es continua y está a cargo del coordinador de cada unidad. La impresión general al respecto es que más que una evaluación se hace supervisión del personal.

Las posibilidades de ascenso son pocas debido a la estructura de la organización y el tamaño del hospital. En cuanto a la motivación del personal algunos piensan que no existen, otros consideran que sí y mencionan la celebración de fechas vinculadas a las profesiones. No obstante la mayoría del personal considera que la mayor motivación es su sueldo y por tanto durante la crisis económica del hospital el personal estaba muy desmotivado.

Existen normas para el personal del hospital. Respecto a estas normas la mayoría de los entrevistados consideran que son las mismas que se cumplen en cualquier institución. No obstante destacan el cumplimiento del horario y la revisión de pertenencias al entrar y salir del hospital.

En el Hospital Los Samanes todo el personal es contratado y removido por la Fundación del Hospital. El departamento de personal es el encargado de reclutar, seleccionar, y contratar al personal, pero cada jefe de departamento se entrevista previamente con el aspirante el cargo con el fin de determinar si está preparado para asumir el cargo. No cuentan con personal obrero todo el personal entran dentro de la categoría empleados y reciben iguales beneficios.

Los pagos se realizan quincenalmente. La mayoría de los empleados perciben que su sueldo está por encima del estipulado a los empleados de la administración pública. Pero más importante que esto consideran que es el hecho de recibirlo puntualmente. La rotación de personal es muy baja, según el jefe de personal es de 10% aproximadamente, del cual 5% se debe a renunciaciones. Este centro de salud se rige en su totalidad por la ley del Trabajo.

Los cargos no se establecen por vinculaciones políticas. Los requisitos varían de acuerdo al cargo, van desde la formación académica hasta la experiencia laboral; sin embargo, un requisito constante es vivir en la zona, aunque esto no siempre se cumple, tiene peso en la selección. Al igual que en el Hospital de Tucaní el personal debe pasar un periodo de prueba de tres meses, durante el cual es remunerado. Durante este lapso de tiempo se evalúa su desempeño, adaptación laboral y a la adaptación a la normativa del hospital. La supervisión y evaluación del personal se realiza en forma continua y está a cargo del jefe de cada departamento. A su vez los jefes de departamentos son evaluados por el director del hospital y el jefe de recursos humanos.

La normativa para el personal es bastante estricta, incluso ha recibido críticas de distintos sectores hasta el punto de ser considerado una institución militar. Se exige el cumplimiento de horario, se revisa al entrar y salir, se controla la dotación según pedidos y en caso de pérdidas todo el departamento es considerado responsable y como tal debe reponer lo perdido. Se exige el uso de uniforme y no se permiten tertulias en el cafetín o el comedor. Para los entrevistados la mayor motivación es su pago puntual, pero adicionalmente reciben bonos, reconocimientos, celebraciones de días festivos.

En el ambulatorio de Cerro Gordo no existe un departamento de selección y reclutamiento de personal. El personal pagado por SOCIASA es directamente contratado por la junta directiva. El resto del personal es contratado por el organismo competente y enviado al centro de salud previa negociación y necesidades. Además, el ambulatorio cuenta con trabajadores voluntarios. El personal contratado por SOCIASA se rige por la Ley del Trabajo, mientras que el resto se rige por la Ley de Carrera Administrativa, los beneficios del personal son estipulados de acuerdo a la normativa que los rige. Un requisito muy importante para SOCIASA es que la persona viva en la zona pues consideran que de esta forma garantizan la identificación con el ambulatorio. Los pagos se realizan mensualmente para el personal de SOCIASA, las personas dependientes de los organismos públicos a veces presentan retrasos en sus pagos, pero se estipula que cobren quincenalmente.

Cada servicio tiene un coordinador responsable de la evaluación y supervisión del personal. Este debe elaborar un informe mensual para ser discutido con el coordinador general del ambulatorio y de esta manera mejorar el rendimiento, controlar las fallas y mejorar funcionamiento del ambulatorio y la atención prestada a los usuarios. En el ambulatorio no existe una política de ascenso, principalmente por las particularidades del lugar. El ascenso depende del organismo al cual dependa el personal. La rotación es muy baja, la mayoría

está ahí desde que el ambulatorio comenzó a prestar servicios y ocupan sus puestos por méritos y capacitación en el área.

La motivación se da a través de la constante relación del personal con SOCIASA, relación que afirman está basada en el respeto. Adicionalmente se celebra cada aniversario del centro de salud y se entregan reconocimientos al personal.

Sindicatos/Gremios

En el Hospital de Tucaní el tema de los sindicatos resulta para los entrevistados un tema delicado. En un principio en este hospital no había posibilidad de conformar un sindicato, pues la normativa existente para ese entonces no lo permitía. Incluso el personal apoyaba esta idea y en un intento de sindicalización del personal, que fue realizado desde afuera, es decir, no fue propuesto por personas del hospital, tanto la fundación del hospital como el personal se defendieron llegando al punto de ofrecer “garrotazos” a quienes pretendían tal sindicalización. Para ese entonces los conflictos con el personal eran resueltos directamente con la dirección del hospital o SERMECA a través del diálogo. Cabe destacar que antes de los problemas por el pago del personal no se presentaron problemas de relevancia con entre ambos actores y esta vía resultó la más idónea.

En los inicios del hospital existía una empresa llamada SERMECA, creada para el manejo del personal obrero. Su existencia en cierta forma impedía la conformación de sindicatos, pues mantener el personal dividido en términos de empresas evitaba tener la cantidad de personal mínimo necesario estipulado según la ley para la conformación de sindicatos. Algunos entrevistados comentan que fue una forma de evadir responsabilidades, pues cuando comenzaron los problemas por el retraso en los pagos tanto SERMECA como la Fundación se desentendían del caso arguyendo que era responsabilidad del otro.

Pero, los problemas de pago al personal y la poca atención prestada por el presidente de la Fundación, así como su carácter autócrata al parecer fueron un detonante. El personal comenzó a reunirse a escondidas y buscaron asesoría con el presidente del sindicato de hospitales y clínicas del estado Mérida. Pero estos esfuerzos se vieron concretados con los cambios políticos en la gobernación del estado y la intervención que hizo en febrero de 1997 la gobernación al hospital, razón por la cual el personal pasó a pertenecer a esta instancia de mando y como tal a ser personal sindicalizado.

Actualmente no existen problemas entre el personal y el hospital. Pero, después de todos los inconvenientes presentados, algunos entrevistados comentan que estar sindicalizados les da mayor seguridad laboral. Al respecto es importante el hecho de que el personal entrevistado no considere al sindicato una forma de evadir responsabilidades laborales, pero sí una organización capaz de responder y defender sus responsabilidades y derechos.

El Hospital Los Samanes también prohíbe desde su inicio la conformación de sindicatos, sustentados en el hecho de que los sindicatos en el país están guiados por intereses individuales y partidistas y como tal una de las causas de la crisis en el sector salud. El Hospital Los Samanes no ha tenido mayores problemas, al parecer sólo han enfrentado un intento de sindicalización en 1995, el cual no tuvo mayores consecuencias, pues el mismo personal se opuso mediante la recolección de firmas. El colegio de médicos del estado Aragua, así como el de bioanalistas y odontólogos tuvieron una fuerte lucha contra el

hospital, llegando al punto de impedir la pronta apertura del servicio de laboratorio mediante el veto a aquellos profesionales de esta área que trabajasen en el hospital. Se comenta que varias bioanalistas entraron y salieron del servicio bajo esta amenaza del gremio, hasta que el hospital logro colocar una profesional que se opuso a los intereses gremiales a pesar del veto y se mantuvo en el cargo. Se comenta que los problemas eran meramente políticos pues estos gremios no lograron colocar mediante listas a su personal en el hospital. El tiempo ha servido para limar estas asperezas. Los resultados obtenidos por este hospital en cierta forma han permitido mantener alejado al sindicato. Además, no existen, hasta el presente, problemas con el personal que le permitan a estas organizaciones entrar en el hospital. Los pequeños inconvenientes son resueltos a través del diálogo, en un primer momento con la coordinadora del servicio y en caso de ameritarlo con la dirección del hospital.

En el ambulatorio de Cerro Gordo no existe sindicato, pero sí personal sindicalizado, específicamente el personal perteneciente al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Conflictos laborales como tal no se han dado en el ambulatorio. No obstante el personal sindicalizado ha sido llamado a paro en varias ocasiones. Los entrevistados comentan que la relación del ambulatorio con el personal y el sentido de pertenencia y de servicio es tan alto que muchas veces no cumplen este llamado paro, a pesar de las presiones del sindicato. Al igual que los otros dos casos los problemas presentados hasta el presente se resuelven a través de reuniones. Algunos entrevistados comentan que en ciertas ocasiones les han enviado personal del Ministerio con la intención de crear conflictos, pero el trabajo que desempeña el ambulatorio y el trato que reciben termina capturando las “buenas intenciones” de quienes se acercan a al grupo de trabajo compuesto por el personal y SOCIASA.

Manejo de Materiales y Equipos

La política de dotación utilizada por el Hospital de Tucaní, se basa principalmente en el pedido que realiza cada coordinador de servicio a la administración. Esta evalúa la solicitud y realiza el pedido. En general la dotación del hospital depende de lo aportado por la gobernación, que al parecer no es mucho, así como de lo que permite la recuperación de costos.

Cuentan con una farmacia dentro del Hospital, donde se almacenan las medicinas, insumos y materiales a través de un inventario computarizado. El hospital ha presentado problemas de dotación debido al retraso en el pago a los proveedores. Con la injerencia de la Iglesia este problema mejoró considerablemente.

Los coordinadores de unidad son los encargados y responsables del material asignado y deben responder por ellos en caso de pérdida. El personal de seguridad también tiene responsabilidad en la pérdida de materiales y equipos pues es su labor revisar a todo el personal antes de entrar y al salir. Adicionalmente para sacar algún equipo del hospital se requiere de la aprobación del director y la administradora, únicas personas autorizadas para firmar la solicitud de salida de equipos y materiales.

Cuando un equipo se daña es reportado al departamento de mantenimiento pues este es el encargado de las reparaciones. En los casos de equipos en garantía o muy especializados

son enviados a reparación con la empresa pertinente. Indistintamente del caso el departamento de mantenimiento es el responsable por la reparación del equipo.

El Hospital Los Samanes presenta mecanismos muy parecidos al Hospital de Tucaní en cuanto al manejo de materiales y equipos. La dotación proviene de dos fuentes: el aporte de CORPOSALUD y el sistema de recuperación de costos, pues no cuenta con dotación directa del MSAS. Las compras de materiales y equipos se realizan anualmente y se llevan bajo inventario computarizado. Estas compras se hacen a través del departamento de compras y se almacenan luego de un cuidadoso inventario por el departamento de almacén. Cada departamento debe hacer la solicitud de material al almacén y posteriormente justificar su utilización (deben ser entregados los vacíos de los materiales, lápices gastados, cuadernos usados, entre otros). En caso de pérdida cada departamento debe responder reponiendo lo extraviado.

El personal de seguridad debe vigilar que no salgan materiales y/o equipos sin la debida autorización del director y la administración del hospital. Cuando un equipo se daña al igual que en el Hospital de Tucaní se debe notificar al departamento de mantenimiento y cuando es necesario dirigirse a otras empresas especializadas en el equipo.

Por su parte el ambulatorio de Cerro Gordo no dispone de un sitio único dedicado al almacenamiento de insumos. La coordinación de enfermería mantiene lo necesario para la atención médica y mantenimiento. Asimismo el ambulatorio cuenta con un lugar denominado farmacia donde almacenan el resto de los medicamentos. Sala de cura es dotada diariamente, y cada departamento hace su solicitud de lo requerido para el desempeño de su labor diaria. El MSAS dota cada tres meses aproximadamente lo necesario para medicina general, odontología y laboratorio. El resto de los medicamentos necesarios son comprados por SOCIASA, con lo recolectado por el sistema de recuperación de costos, en una farmacia de FUNDASALUD. Los equipos han sido financiados por MSAS, FUNDASALUD, Ascardio y empresas privadas como la Fundación Cisneros. Cuando un equipo se daña es enviado al MSAS. El arreglo y mantenimiento de varios equipos son financiados por FUNDASALUD.

Cada unidad es responsable por los materiales y equipos asignados. No poseen un servicio de vigilancia, pero tienen un vigilante en la puerta del ambulatorio. Además cada uno de los que trabaja en el ambulatorio y la comunidad funcionan como vigilantes. Por medidas de seguridad SOCIASA es la única que posee llaves del ambulatorio, el coordinador médico sólo tiene llaves de la coordinación y algunos servicios.

Normativa

El personal entrevistado en el Hospital de Tucaní considera que la normativa es la misma que se cumple en otros centros de salud públicos. Lo que resaltan es un mayor énfasis en el cumplimiento de las normas, que se traduce en un beneficio para el hospital, pues contribuyen al funcionamiento y al extravío de materiales y equipos. Sin embargo, algunas personas comentan que resulta un poco molesto ser revisado.

El Hospital Los Samanes por su parte también considera que sus normas son las mismas del MSAS, pero que la diferencia es el cumplimiento. Cabe destacar que en este Hospital se observa mayor rigurosidad en el cumplimiento de las normas que en el Hospital de Tucaní.

Aunque existe un departamento de seguridad, cada jefe de departamento debe vigilar que su personal cumpla con las normas. Adicionalmente el director del hospital continuamente se desplaza por todo el hospital para velar por cumplimiento de las labores diarias del personal. Algunos de los entrevistados comentan que muchos se van del hospital por las normas, pues como se citó anteriormente les resultan muy estrictas y molestas.

El ambulatorio de Cerro Gordo a pesar de regirse por las normas del MSAS, ha desarrollado una serie de normas propias que van desde una adecuada vestimenta hasta el buen trato al paciente. La coordinadora de enfermería es la encargada de controlar el cumplimiento del horario del personal, lo cual se controla con la firma diaria de asistencia. En general no han presentado mayores problemas con el personal por el cumplimiento de las normas.

En lo que respecta al personal en los tres casos estudiados (Tucaní, Samanes, Cerro Gordo) la normativa tiene más que ver con el proceso a seguir durante su estadía en el centro de salud, por tanto incluyen desde la repartición de números, el mantenerse en su sitio, no comer dentro de las instalaciones y, en el caso de Tucaní y los Samanes dejarse revisar al entrar y salir, entre otros.

Comunicación Hospital-Comunidad

Algunos entrevistados del Hospital de Tucaní afirman que la comunidad es apática, otros afirman que el hospital no ha tomado en cuenta las opiniones y sugerencias de la comunidad y la comunicación entre ambos no existe. Por otra parte se señala la interacción paciente-médico como una forma de conocer las inquietudes de la comunidad. Pero no queda claro la injerencia de tales opiniones y/o sugerencias. También se mencionan asambleas generales con la comunidad pero su regularidad no pudo concretarse, algunos hablan de una por año y otros de más de un año. El motivo principal al parecer ha sido informar de las actividades realizadas y los objetivos cumplidos. No obstante, se habla de varias reuniones efectuadas con la comunidad antes de abrir el hospital.

El Hospital Los Samanes tiene entre sus mecanismos de participación la existencia de un buzón de sugerencias donde los usuarios y todo aquel que asiste al hospital puede depositar su opinión, además atienden quejas directamente en la dirección del hospital y se busca inmediatamente resolver el problema presentado. Otro mecanismo es la reunión periódica con las juntas de vecino de la zona, así como todo lo recogido en el intercambio del personal con quienes asisten al hospital.

El ambulatorio de Cerro Gordo desde un principio, con la intención de educar a la comunidad en el uso del ambulatorio y sus normas, elaboró campañas informativas. Constantemente informan a los usuarios, a través de carteleros, sobre las actividades a realizar, los horarios de consulta, días de atención, campañas de vacunación, información epidemiológica, entre otros.

Los entrevistados de este centro de salud consideran que la comunidad siempre es tomada en cuenta y que se realizan asambleas generales con ella cada seis meses, donde se discute todo lo referente al ambulatorio y se toman decisiones en cuanto a las tarifas. En un principio cuando los problemas a tratar eran mayores, las reuniones con la comunidad eran más frecuentes. Además el hecho de que SOCIASA esté conformada por personas que

habitan en la misma comunidad permite mantener un mejor intercambio entre el ambulatorio y la comunidad.

Tanto el Hospital de Tucaní como el Hospital Los Samanes realizan actividades con la comunidad como campañas de vacunación y de saneamiento ambiental. Sin embargo, de los tres centros el ambulatorio de Cerro Gordo es el que las realiza con mayor regularidad,. Incluso se comenta que antes de iniciar el ambulatorio formalmente el personal médico y SOCIASA realizaban actividades en las calles entre las que figuran obras de teatro orientadas a educar a la comunidad en cuanto a prevención de enfermedades.

Discusión

El proceso de descentralización emprendido en 1989 a raíz de la Reforma del Estado y consecuente la ley de descentralización, delimitación y transferencia de competencia, contribuyeron a una alianza entre el Gobierno Central, Gobierno Regional y la Sociedad Civil y como resultado se gestaron experiencias innovadoras en la prestación de servicios de salud como el Hospital de Tucaní, Hospital Los Samanes, el Ambulatorio de Cerro Gordo.

Estas experiencias gestadas con el proceso de reforma en Venezuela muestran como las relaciones y los roles cambian al insertar nuevos actores en el proceso y revelan la capacidad de la sociedad civil organizada como constructora de realidades posibles. En suma, el proceso de reforma, indistintamente de sus orientaciones implicó, un cambio en las relaciones de poder que facilitó el acceso de la población en la toma de decisiones (Campana, 1997).

La Construcción de Redes Sociales

Uno de los grandes logros del proceso de reforma, el cual puede asumirse como un objetivo positivo no previsto, es la generación de un cambio social marcado por una nueva relación de la Sociedad Civil-Estado. Las tres experiencias estudiadas sostienen esta afirmación.

En estos casos la participación comunitaria se pasea por las distintas clasificaciones o modalidades existentes (Briceño-León, 1998), pues incluye intereses individuales y colectivos en cierta forma distintos, pero interconectados por un mismo fin: un sistema de salud integral, en el sentido que incorpora distintos actores para responder a las necesidades de salud de la población.

Los resultados de este tipo de organización parecen moverse conjuntamente con las relaciones de poder y estas últimas parecen ser las primeras responsables del éxito o fracaso de los nuevos modelos de atención en salud. Es decir, este tipo de modelo genera redes sociales (Kammersgaard, 1999), con acciones delimitadas en la teoría, pero que se desdibujan en la práctica. El ejecutivo se concibe como un organismo financiero, de regulación y control, mientras la sociedad civil se encarga del manejo de los recursos tanto humanos cuanto económicos y como tal de la prestación del servicio. Pero, esta división depende en gran medida de las relaciones políticas estables entre la gobernación del estado y el centro de salud. Dos de los casos estudiados (Tucaní y Samanes) ilustran esta posición.

La construcción de redes sociales y las relaciones de poder dadas en este tipo de experiencias llevan a otra característica que por sus implicaciones es un punto clave: la autogestión y cogestión. El hecho de ser concebidas como fundaciones privadas sin fines de lucro las dota de cierto nivel de autonomía específicamente en lo que respecta al manejo de los recursos asignados por la gobernación del estado. Esto nos lleva a la delimitación de funciones de ambos actores, pues las funciones son distribuidas a modo de separar el financiamiento de la prestación del servicio. La atribución del estado es supervisar, controlar y normar, mientras la sociedad civil se encarga de administrar y gestionar el centro de salud y es la responsable principal del servicio médico.

Estos modelos de atención en salud son entendidos no sólo como instituciones autogestionarias, sino también congestionadas, pues su desarrollo implica la conjugación de diversos actores y el fortalecimiento de redes de atención en salud (MSAS, 1997). De los casos estudiados presentó mayores problemas con esta concepción el Hospital de Tucaní, pues el Hospital Los Samanes y el ambulatorio de Cerro Gordo trabajan conjuntamente, aunque de maneras distintas, tanto con el gobierno como con la comunidad. Ambos tienen mecanismos de participación de la comunidad, entendida ésta más allá de los integrantes de la fundación que los dirige, y mantienen relaciones estables y claras con el ejecutivo del estado, lo cual permite prestar servicios acordes a las necesidades de la comunidad pero conservando, en cierta medida el principio de accesibilidad.

Las relaciones de poder

La práctica deja entrever que realmente estas experiencias siempre están expuestas a ser golpeada en su autonomía institucional por el Estado (Cunill, 1996). El problema radica en que no siempre las funciones están definidas claramente y el papel tanto del gobierno central como del gobierno regional se reduce al punto de ser un simple órgano financiero. En otras ocasiones el radio de acción de las fundaciones se ve limitado ante presiones políticas que, aunadas al tipo de financiamiento, ponen en peligro el desarrollo exitoso del modelo gerencial y administrativo.

El Hospital de Tucaní y el Hospital Los Samanes trabajan con el mismo tipo de estructura jerárquica y responden en teoría al modelo fundacional privado sin fines de lucro (Viveros y otros, 1993). En general pueden concebirse como modelos idénticos en cuanto a funcionamiento (normas, manejo de recursos) pero han tenido resultados distintos. El Hospital de Tucaní debe su inicio y éxito, en lo que podemos denominar un primer periodo (1992-1995), a las inclinaciones políticas de sus dirigentes, específicamente del presidente de la Fundación, aunada a la existencia de lazos familiares de esta figura con el gobernador del estado. La relación existente contribuyó a mantener un flujo constante de dinero que permitió un desarrollo rápido del hospital. La posición del presidente de la Fundación ante el ejecutivo del estado le permitió mantener un control total sobre el centro de salud, desplazar a otros miembros de la fundación, mantener con un director que funcionó más como figura simbólica que real, y una rendir cuenta verbalmente a la gobernación de los recursos asignados.

Respecto al Hospital Los Samanes varias inquietudes podrían surgir, ya que resulta interesante que siendo costumbre entre los dirigentes políticos debilitar todo proyecto del partido anterior, el hospital fue inaugurado. Puede pensarse que la participación de la sociedad civil le imprimió una particularidad distinta al proyecto e hizo presión por concretarlo. También podría pensarse que por ser la primera vez que ese partido político llega al poder, electo por votación popular, directa y secreta, llevó a la necesidad de mantener un proyecto que en cierta forma ya había calado en la población, por tanto era conveniente mantenerlo a manera de demostrar las buenas intenciones del gobierno regional. Por otra parte podría decirse que el Capital Social existente y fortalecido en el tiempo (Coleman, 1990), logró crear y mantener redes sociales y de poder con el gobierno regional que le han permitido salvaguardar el hospital ante los problemas políticos y económicos.

En tal sentido aunque El Hospital Los Samanes también debe su inicio a una propuesta del gobierno regional, su desarrollo sostenido en el tiempo no parece basarse en relaciones directas de poder, aunque estas existen. Al respecto algunos hechos resultan curiosos: la inauguración del hospital a pesar del cambio de partido de gobierno regional; la continuidad política que mantiene el estado Aragua desde esa fecha; el puesto de vicepresidenta otorgado a la esposa del gobernador de turno.

Por su parte el estado Lara no ha tenido continuidad política desde la creación del ambulatorio de Cerro Gordo, sin embargo, a diferencia del Hospital de Tucaní ha funcionado sin mayores problemas, lo cual puede deberse a que las relaciones establecidas de SOCIASA con otras instituciones y con el ejecutivo del estado van más allá de las inclinaciones políticas de sus integrantes.

Al igual que los otros dos centros de salud estudiados el Ambulatorio de Cerro Gordo se ve favorecido por el proceso de descentralización de la salud. En 1990 el ejecutivo del estado Lara ante la ley de delimitación y transferencia de servicios, crea la Fundación para la Promoción de la Salud (FUNDASALUD). Esta figura funge como órgano intermediario y de enlace, abriendo canales de comunicación entre el estado y las organizaciones sociales dedicadas a la prestación de servicios de salud. La necesidad de los gobiernos regionales por demostrar su capacidad para manejar servicios que hasta esa fecha pertenecían al gobierno central facilitó en cierta medida la creación de estas instituciones y consecuentemente de fundaciones privadas sin fines de lucro como SOCIASA que se encargasen del manejo de centros de salud. Si bien se le hizo difícil a la comunidad organizada de Cerro Gordo tener participación en el manejo del ambulatorio, su desempeño los ha hecho merecedores de reconocimientos.

También se encuentran experiencias, como el caso del Hospital de Tucaní, donde la fundación no rinde cuentas al ejecutivo del estado, ni se apega a sus exigencias. El carácter autogestionario que implica la negociación de la fundación con otras instituciones para conseguir fondos (Rondon, 1996: p-199-209) se desvía y se concibe como una fundación totalmente anómica ante el Estado. El resultado, experiencias como Tucaní desvían su objetivo de funcionar como adjuntos del Estado en términos de prestación de servicios de salud, para convertirse en centros privados de salud (Collins y Green, 1993). No obstante, no hay que dejar de lado el hecho de que muchos de los problemas presentados en el Hospital de Tucaní son atribuidos según las personas entrevistadas al carácter del entonces Presidente de la Fundación.

Otro de los casos estudiados, el Hospital Los Samanes, pone en entre dicho la hipótesis planteada, pues si bien está concebido con la misma estructura organizativa que Tucaní, el desarrollo ha sido otro y el carácter autogestionario le ha servido para mantenerse funcionando y en ocasiones defenderse de los ataques gremiales y políticos. El Hospital Los Samanes ha contado con continuidad política y no ha tenido problemas con el ejecutivo del estado, sin embargo, las diferencias han existido, pero lejos de influir en la prestación del servicio, han servido para consolidar al hospital. Quizás en este caso la descentralización ha funcionado con mayor tendencia a la devolución y planeación abierta (Bronfman, 1999) formas que aparentemente democratizan el proceso, facilitan la participación y abren los canales de comunicación entre los actores involucrados.

En cuanto al estado Lara las discontinuidades y rupturas políticas no han incidido negativamente en el proceso de gestión de los servicios desarrollados por centros de salud como el Ambulatorio de Cerro Gordo. Las relaciones establecidas y la capacidad de negociación que mantiene SOCIASA desde su inicio les ha permitido mantenerse trabajando ininterrumpidamente y mejorar sus instalaciones y el servicio prestado.

El Proceso de Socialización: el financiamiento y la normativa

A través del proceso de descentralización se promueve la participación de organizaciones privadas sin fines de lucros, y de organizaciones no gubernamentales. Sin embargo la integración de las mismas dentro del proceso de descentralización resulta dificultosa debido a los objetivos y naturaleza de estas organizaciones, ya que sus modelos exigen una nueva forma de legislación, regulaciones, subsidios financieros y control (Werna, 1995).

El financiamiento es uno de los puntos de mayor discusión y desacuerdos en lo que respecta a estas experiencias. Para algunos el hecho de recibir un aporte del Estado las clasifica como entidades públicas y por tanto arguyen que deberían prestar servicios gratuitos. En otras ocasiones son considerados como centros privados.

Adicionalmente, el desfinanciamiento del sector salud influye en que estas experiencias nazcan bajo la necesidad de reponer costos como forma de mantenerse trabajando en el tiempo. Esta dicotomía deja entrever la tensión creada con estas modelos de prestación de servicios de salud dentro del proceso de descentralización de la salud y Reforma del Estado, pues es difícil ubicarlas si partimos de que la descentralización debe moverse dentro del sector público y no entre lo público y lo privado (Bronfman, 1999), por tanto muchas veces se ha entendido el proceso, incluso en la práctica, como desestatizar o privatizar.

Hay quienes afirman que el clientelismo generado por los partidos mediante la formación de gremios y asociaciones sindicales es en parte responsable del deterioro sostenido de los centros de salud, convirtiendo al sector en un espacio donde se privilegian los negocios en detrimento de las necesidades de los usuarios (Feo y Bravo, 1999).

En este sentido el sistema de normas se transforma en punto de discusión, pues estas experiencias tienen entre sus objetivos la socialización de sus miembros. Puede afirmarse que las normas implantadas por estos centro de salud y su carácter estricto en algunos responde a la necesidad de despojar al personal de todo “estatus” y en ocasiones “vicios” adquiridos con anterioridad y reglamentar nuevamente su comportamiento, buscando acabar con los vicios producto del clientelismo y la burocracia. En esta línea podría hablarse de la figura de los sindicatos y gremios en el sector salud. En estas experiencias la figura del sindicato es vista en dos direcciones. Por una parte se concibe como un obstáculo para la prestación de los servicios de salud y como una de las causas de la crisis del sector. Por otra, en el caso del Hospital de Tucaní esta visión del sindicato cambió, pues los problemas presentados con la fundación encargada del hospital convirtieron al sindicato en una protección para el personal. Cabe destacar que en este caso no es utilizado como una forma de evadir responsabilidades ni de propiciar comportamientos impropios.

El proceso de socialización de estas experiencias implica el aprendizaje de valores, creencias y actitudes, pero a su vez implica la formación de las destrezas necesarias para el

funcionamiento del centro de salud. Esto permite demostrar que aun existiendo valores predominantes en la sociedad, en lo que respecta al comportamiento de los empleados del sector salud, se pueden desarrollar otros sistemas de valores con características propias de la organización (Abarbanel y otros, 1992) que se traducen en la optimización del servicio.

Adicionalmente, no sólo crear un sistema normativo y un sistema de valores resulta importante, la participación de todos los miembros debe ser estimulada, pues permitir la participación del personal, involucrarlo en sus situaciones de trabajo y con la institución contribuye en la obtención de metas (Davis y Newstrom, 1991). Así vemos como en el Hospital los Samanes y el Ambulatorio de Cerro Gordo donde existen canales de comunicación con el personal el trabajo y el entendimiento entre el hospital y el personal ha sido más satisfactorio, a diferencia del Hospital de Tucaní.

Estas experiencias tienen la particularidad de inaugurar un cambio social y en gran parte deben su desarrollo no sólo al proceso de Reforma del Sector, sino a la unión de esfuerzos individuales convertidos en un esfuerzo colectivo que funciona bajo redes sociales establecidas.

A modo de Conclusión

La Reforma del Sector Salud y el proceso de descentralización en Venezuela generaron una serie de experiencias exitosas de prestación de servicios de salud que involucran distintos actores en la prestación del servicio tales como el Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Sociedad Civil. Estas experiencias funcionan básicamente bajo un modelo de fundación privada sin fines de lucro con financiamiento mixto. Sin embargo, aun cuando funcionen bajo una misma concepción en la práctica han tenido desarrollos distintos, pero un resultado en común: la participación de la sociedad civil como generadora y producto del capital social.

Los cambios desde una perspectiva sociológica

Varias podrían ser las características que diferencian estas organizaciones y que las catalogan como modelos innovadores en la prestación de servicios médicos. Una de ellas es el hecho de nacer como movimientos sociales, con un grupo de personas comprometidas, que desarrollan un sentido de pertenencia y se institucionalizan para dar respuestas a necesidades sentidas. Otra característica, producto de la primera, es que insertan a la sociedad civil en asuntos anteriormente concernientes al Estado, resaltando la necesidad de participación de diversos actores en el proceso de reforma del sector salud. En suma generan y fortalecen el capital social existente en el país y permite la creación de redes entre los distintos organismos con un fin en común, mejorar la prestación de servicios de salud.

El modelo organizacional de estas nuevos modelos de atención puede variar, pero en líneas generales se caracterizan por establecer estructuras verticales de mando con cierta tendencia a la horizontalidad en cuanto a la comunicación institución-personal. Además trabajan como pequeñas redes interconectadas en una gran red, donde la comunicación se visualiza como un factor clave en la generación de confianza entre los miembros de la organización. La acción socializadora ejercida por estas organizaciones implica nuevos aprendizajes, creencias y actitudes.

Otra característica de estas experiencias es el desarrollo de un sistema de normas y el desarrollo de una cultura organizacional que refuerzan la identificación y comportamiento del personal con la institución, asegurando en cierta manera la continuidad y dirección de la institución. Pero su característica mas sobresaliente es la relación entre sus objetivos y resultados, donde juegan factores importantes como la existencia de valores compartidos y el sentido de pertenencia, dejando entrever los beneficios o virtudes de la sociedad civil como capital social. No obstante, aunque desarrollan un trabajo conjunto, en ellos se observa la presencia de un líder como conductor principal colocando el liderazgo como otro factor clave en el proceso seguido por estas instituciones.

La construcción de un modelo teórico de las experiencias estudiadas conlleva a las tres palabras claves para la existencia del capital social: redes, confianza y normas. Se coloca al Estado como el órgano rector, regulador y financiero bajo una visión responsable en cuanto a sus deberes con las instituciones y necesidades de la población. Los centros de salud por su parte deben administrar y gestionar creando alianzas estratégicas, con claros canales de comunicación con los distintos actores en el proceso y crear diversas fuentes de

financiamiento que permita ofrecer un servicio bajo los criterios de eficacia, eficiencia, y calidad. El personal debe caracterizarse por la lealtad, identificación y sentido de pertenencia hacia la institución apegándose a su cultura organizacional. Por último el usuario como beneficiario del proceso actúa como termómetro a través de sus expectativas y necesidades cumplidas.

Los logros en el proceso

Estas experiencias han resuelto problemas de atención primaria en salud en el ámbito local y se visualizan a escala nacional como ejemplos de atención y como respuesta ante la crisis confrontada en el sector salud. Pero el logro más importante se presenta como un objetivo positivo no previsto: la generación de un cambio social.

El desarrollo de estas experiencias ha generado un cambio social y una nueva relación sociedad civil-Estado, dando cuenta de la existencia de un capital social que se fortalece con sus acciones en el tiempo. De allí que deban parte de su éxito a la introducción de nuevas formas de negociación y la creación de espacios de participación para la producción de un bien público. En fin, gran parte del éxito radica en la construcción de redes sociales y de poder que permiten la conjugación de distintos actores. El desarrollo sostenido en el tiempo por estos centros de salud deja entrever que el problema del sector salud trasciende lo financiero demostrando la funcionalidad de nuevos actores en el proceso y la necesidad de organizarse en base a intereses comunes pero con campos de acción preestablecidos y delimitados.

Un cambio significativo en estos modelos es la distribución de funciones entre el Estado y la Sociedad Civil. Esta división si bien mejora la calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud, puede devenir en un efecto perverso, pues permite el desarrollo de relaciones de poder distorsionadas que se traducen en la exclusión de los sectores más pobres de la población. Por otra parte, el modelo fundacional permite cierto nivel de autonomía, que para algunos puede resultar falsa, pues la dependencia financiera de estos centros de salud respecto al Estado las hace vulnerables a los cambios de gobierno y a la estabilidad de las relaciones entre ambos actores. Experiencias como Tucaní vislumbran la necesidad de definir claramente las funciones, límites y alcances de estos modelos teniendo siempre como prioridad las necesidades de salud de la población.

En estas experiencias la participación comunitaria se institucionaliza a través de un proceso de reforma que permitió, aunque con ciertos obstáculos, la inserción de la sociedad civil de una manera activa en la prestación de servicios. Sin embargo, puede afirmarse que la experiencia nos conduce a pensar que estas instituciones seguirán existiendo solamente en cuanto continúen funcionando como redes sociales, donde exista una relación de utilidad de dos o más vías con funciones y responsabilidades bien definidas.

El resultado de estas experiencias fundamenta la necesidad de una relación de interdependencia entre el Estado y la sociedad civil, pues señalan que existe un capital social capaz de aportar soluciones a las necesidades de salud de la población, que puede fortalecerse en el tiempo y que origina un tipo de participación que va más allá de la acción en un tiempo y espacio determinado, entre otras razones, porque es una participación construida desde la transformación de intereses individuales a un interés colectivo.

Referencias Bibliográficas

ABARBANEL, Harry, ALLAIRE, Yvan, FIRSIROTU, Michaela y otros 1992 *Cultura organizacional. Aspectos Teóricos, Prácticos y Metodológicos*. (Colombia: Editorial LEGIS)

ALVAREZ, Angel., y WULFF Reinaldo 1982 “Evaluación de la eficacia de las políticas de salud y educación en Venezuela 1958-1982”, en *Revista Politeia*. (Caracas), N° 11.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto 1998 “El Contexto Político de la Participación Comunitaria en América Latina”, en *Cuadernos de Salud Pública*. (Río de Janeiro) Sup. 2, No. 14.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto 1993 “Salud no rentistas y postmoderna para el desarrollo humano”, en *Cuadernos Médicos Sociales*. (México) No. 64.

BRIONES, Guillermo 1982 *Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales* (México: Editorial Trillas).

BRIONES, Guillermo 1991 *Evaluación de Programas Sociales* (México: Editorial Trillas).

BRONFMAN, Mario 1999 “Descentralización y Participación en Salud: nuevos aportes para la discusión”. Papel de Trabajo presentado en el V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Venezuela. Isla de Margarita del 7 al 11 de junio de 1999.

CAMPANA, Arturo 1997 Salud y Reforma: reflexiones para la defensa de lo humano, en *Reforma en Salud: Lo privado o lo solidario* (Quito: Editorial CEAS).

COLEMAN, James 1990 *Foundations of Social Theory*. Harvard University Press.

COLLINS, C. y GREEN Andrew 1993 Descentralización y Atención Médico Primaria en los países en vías de desarrollo: Diez preguntas claves”, en *Journal of Management in Medicine*. (MCB. University Press) Vol 7. N° 2.

CUNILL, Nuria 1996 La rearticulación de las relaciones Estado-sociedad: en búsqueda de sentidos, en *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. (Caracas).Vol.12, No. 4.

CURSIO, Pascualina 1999 “Análisis del gasto en salud y su impacto sobre los indicadores de salud”. Papel de Trabajo presentado en el V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Venezuela. Isla de Margarita del 7 al 11 de junio de 1999.

DAVIS, Keith y NEWSTROM, John 1991 *Comportamiento Humano en el Trabajo* (México: Editorial McGraw Hill)

DE LA CRUZ, Rafael 1992 La Descentralización en Venezuela: un reto para la gestión del Estado. Antecedentes y Perspectivas, en *Cuadernos Cátedra Abierta*. (Caracas) FEGS.

DE MATTOS, Carlos 1991 La Descentralización, una panacea para impulsar el desarrollo local. Centro de Estudios Municipales y de Cooperación Interprovincial, en *Cuadernos de descentralización e información*. (Caracas) N° 50.

FEO, Oscar y BRAVO, Elizabeth 1999 “Ética, Salud y Asociaciones Gremiales y Sindicales”, en *Ética e Institucionalidad en Venezuela. Una Reflexión Previa al Año 2000*. (Caracas) Cátedra Fundación Sivenza.

KAMMERGAARD, Jesper 1999 *Causalities Between Social Capital and Social Funds*. World Bank. Discussion Paper No. 9908.

MATOS, Carlos 1989 “Falsas expectativas ante la descentralización”, en *Revista Nueva Sociedad*. (Caracas) N° 104.

MENDEZ, Carlos 1988 *Metodología: Guía para la elaboración de diseños de investigación en las ciencias económicas, contables y administrativas* (México: Editorial Mc. Graw Hill).

MSAS 1997 Es Tiempo de Reforma, en *Cuadernos para la Reforma del Sector Salud*. (Caracas) Vol. 1, No. 1.

OPS 1995 *Hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud*.

ROJAS, Fernando 1990 *Visión Panorámica de la Descentralización del Estado en Venezuela*. (Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales).

RONDINELLI, Cheema 1983 *Descentralization and Development. Policy Implementation in Developing Countries*. (London: Sage Publications).

RONDON, Roberto A 1996. *La Descentralización de la Salud en Venezuela*. (Caracas)

VIVEROS, N. Montilla M. y KRIES, R 1993 *Una Política Integral para el Sector Salud: autonomía hospitalaria y descentralización de los servicios de salud*. (Caracas: Asociación Venezolana Sociedad y Economía).

WERNER, Edmundo., 1994. “El Rol del Gobierno Central en la Descentralización de Servicios de Salud en Países en Desarrollo”. Ponencia para el IV Congreso Venezolano de Sociología y Antropología.

WERNER, Edmundo 1996 *The Role of Government in Adjusting Economies. The Health Sector in Venezuela*. (University of Birmingham) Paper 5.

YIN, R 1990 *Case Study Research. Design and Methods*. (Sage Publications).