

Gestión de los servicios de salud en el Hospital General del Sur Dr. Pedro Iturbe

Paz, Johnny Enrique¹
Rincón Becerra, María T.²

Recibido: 22/09/2012
Revisado: 05/06/2013
Aceptado: 09/09/2013

Resumen >>

El objetivo de esta investigación es describir el modelo de gestión en salud promovido por la Gobernación del estado Zulia, en el Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe", durante el período 2004 - 2010. La investigación es de tipo descriptiva, el diseño es documental y de campo, bajo la modalidad estudio de caso. Las fuentes de información se centraron en la revisión de documentos y entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes clave. Los resultados revelan: 1) la implementación de un nuevo modelo de gestión de salud, bajo la modalidad de la privatización y tercerización del servicio, 2) el financiamiento de la prestación de servicio es asumido por el estado y se presta de manera gratuita a los pacientes-usuarios y 3) las modalidades de contratación de capital humano imponen la flexibilización y precarización laboral. Se concluye, que estamos ante un nuevo modelo de gestión de salud, que contradice los principios establecidos en la Constitución de 1999.

Palabras clave: Modelo de gestión, gobernaciones, prestación de servicio, salud.

Abstract >>

HEALTH MANAGEMENT IN THE GENERAL HOSPITAL OF THE SOUTH DR. PEDRO ITURBE

The aim of this research is to describe the model of health management promoted by the Government of the State of Zulia in the General Hospital of the South "Dr. Pedro Iturbe", during the period 2004 - 2010. The research is descriptive, with a field and documentary design, presented as a study case. As sources of information were used a review of documents, and semi-structured interviews conducted to key informants. The results reveal: 1) implementation of a new model of health management in the form of privatization and outsourcing of service, 2) financing costs of the provision of service are assumed by the state and is provided free of charge to patients-users, and 3) The hiring methods of human capital impose flexibility and labor precariousness. It is concluded that this is a new model of health management, which contradicts the principles established in the Constitution of 1999.

Key words: Management model, government, providing service, health.

- 1 Sociólogo, Magister Scientiarum en Gerencia Pública. Profesor del Instituto Universitario Politécnico Santiago Mariño. Maracaibo, Venezuela. Correo: johnnypazseguros@gmail.com
- 2 Licenciada en Ciencias Políticas. Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Doctora en Ciencias Sociales, mención Gerencia. Profesora-Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa (CEE), de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ). Correo: materinbe2@yahoo.com

1. Introducción

En las elecciones realizadas en el 2000, Manuel Rosales es elegido Gobernador del estado Zulia para el período 2000-2004. Este nuevo gobierno regional, se encuentra con un marco normativo plasmado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. Y en función de ello, en mayo de 2001, se decreta la Ley de Reforma Parcial de la Constitución del estado Zulia, con la cual se rigen los destinos de la región.

En este contexto legal, se da la creación de unidades administrativas, ejemplo de ello, es la creación de la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión, órgano rector encargado de llevar a cabo la implementación de un nuevo esquema de gestión para el sector salud denominado Nuevo Modelo de Gestión de Salud, por medio del cual se busca incrementar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de la prestación de los servicios a través de terceros (Chirinos, 2005).

Manuel Rosales es reelegido gobernador para un nuevo período (2004-2008), donde siguió profundizando la implementación del Nuevo Modelo de Gestión de Salud en los diferentes centros asistenciales (ambulatorios y hospitales), adscritos a la Gobernación del estado Zulia. Más adelante en el año 2008, se realizan en el país las elecciones para elegir a alcaldes y gobernadores, comicios donde resulta electo como nuevo gobernador del estado a Pablo Pérez Álvarez, para el período (2008-2012), quien formó parte del gabinete ejecutivo del gobierno de Rosales, siendo éste por demás quien lo forma políticamente, al tiempo que le otorga todo su apoyo para convertirlo en el gobernador ganador de esos comicios; por tales motivos, Pablo Pérez Álvarez, representa la continuidad de la línea de gobierno de su antecesor. Desde el inicio del gobierno de Pérez Álvarez hasta la actualidad, no se evidencian cambios significativos para el sector salud, se sigue profundizando la implementación del Nuevo Modelo de Gestión de Salud en los distintos centros hospitalarios y ambulatorios adscritos al gobierno regional.

Esta investigación tiene como objetivo describir el modelo de gestión promovido por la Gobernación del estado Zulia, en el Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”, durante el período 2004 – 2010, razón por la cual, el objeto de estudio se enfoca en los procesos administrativos relacionados con la prestación del servicio y la administración de capital humano. Se trabaja con una muestra intencional, constituida por un grupo de gerentes y coordinadores de diferentes unidades administrativas de las empresas; Operadora de Servicios Médicos (OSM) e Intelligent for Health Care (IHC), las cuales gerencian respectivamente la emergencia de adultos y pediátrica, así como la torre de hospitalización. De igual forma, fue elegido un grupo de gerentes de la Dirección del Hospital, quienes dependen directamente del Ejecutivo regional; y por último, un informante clave de la Dirección de un Nuevo Modelo de Gestión en Salud.

2. Generalidades del nuevo modelo de gestión de salud: inicios y actualidad

El Nuevo Modelo de Gestión de Salud, surge a través de la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión, la cual llama a licitación a empresas privadas de salud para la prestación de los servicios. Asimismo, la empresa debe asumir la contratación de personal: médicos, enfermeras, asistentes de traslado, administrativo y, a su vez, la subcontratación de otras empresas, para ejecutar los servicios de mantenimiento (personal obrero – camareras) y seguridad. En otras palabras, el modelo estudiado, según Jiménez (2010), “...consiste en la desconcentración de los servicios de salud del sistema regional de salud, tiene como objetivo brindar una mejor calidad de atención y prestación del servicio en salud. El criterio en que se basa el modelo es hacer más manejable y efectiva la prestación del servicio de salud, descargando en las operadoras la supervisión y control del personal del hospital, así como también de los equipos médicos, insumos y medicamentos, además de descargar de pasivos laborales a la Gobernación del Estado Zulia...”

Es preciso aclarar, que antes de la creación de la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión, el modelo comenzó a funcio-

nar en algunos centros ambulatorios como prueba piloto y la contratación de las operadoras se hacía directamente con la Gobernación del estado, y donde se vislumbraron algunas características en la prestación del servicio, como por ejemplo, tímidas acciones encaminadas no solo hacia la apertura de un proceso de tercerización del servicio, sino también de una privatización del mismo, en tanto, se logró evidenciar en varios centros asistenciales traspasados a empresas privadas u organizaciones del tercer sector, la creación de tarifas o la solicitud de colaboraciones en dinero a los usuarios. Un ejemplo de ellos son dos casos puntuales; el Ambulatorio Urbano Tipo I, de la carretera H de Cabimas, el cual funcionaba bajo la modalidad de autogestión, y el Ambulatorio Urbano Tipo II, denominado Unidad Asistencial de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez, administrado por una organización del tercer sector, denominada Fundación Venezolana de Medicina Familiar “Dr. Pedro Iturbe” (FUNVEMEFA), donde se conoció que aparte del ingreso que recibía la institución de la gobernación, “...la unidad se autofinancia con las colaboraciones... y promueve e implementa políticas de autogestión” (Zárraga, 2001 citado por Rincón, 2004: 112).

En el caso del Hospital General del Sur, “Dr. Pedro Iturbe”, la implementación del Nuevo Modelo de Gestión en Salud, se pone en marcha en diciembre de 2003, con la llegada de la operadora; Servicio de Gerencia Hospitalaria, C.A. (SGH) para gerenciar la emergencia pediátrica y de adultos (Valencia, 2010). En el 2005, ingresa la empresa Operadora de Servicios Médicos (OSM) para prestar sus servicios tanto en la torre de hospitalización como en la emergencia pediátrica y de adultos. Luego en el año 2007, se selecciona a la empresa Intelligent for Health Care (IHC) para prestar sus servicios en la torre de hospitalización, manteniéndose la operadora (OSM) en la emergencia pediátrica y de adultos hasta el 2010.

3. Gestión de los servicios de salud en el Hospital General del Sur Dr. Pedro Iturbe

El Nuevo Modelo de Gestión de Salud se rige bajo parámetros contradictorios a la Constitución de 1999, ya que se fomenta la tercerización de los servicios públicos. Se pone en práctica la prestación de los servicios vía *outsourcing*, quebrantando el artículo 84 de la Constitución de 1999, el cual establece que las funciones a nivel de la prestación del servicio de salud, deben ser asumidas de manera obligatoria por el Estado, y no por éste a través de terceros.

La prestación del servicio, es ejecutada por dos vías; por un lado se encuentra la gestión de las operadoras de servicios médicos; Intelligent for Health Care (IHC), la cual se encarga de gerenciar la Torre de Hospitalización, mientras que el área de emergencia pediátrica y de adultos, es gerenciada por la empresa Operadora de Servicios Médicos (OSM). La segunda vía es la administración del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”, a través de su junta directiva y personal asistencial. Al respecto Chirinos (2010) explica que el servicio de salud es prestado básicamente por responsabilidad directa del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”, en responsabilidad con las operadoras de servicios médicos.

Se comparte la idea de Chirinos (2010), en tanto nos encontramos frente a un modelo de gestión que si bien se maneja bajo los estándares de la tercerización del servicio, también es cierto que la responsabilidad es compartida, partiendo del hecho que el Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”, posee su propia estructura y dirección, que se rige según parámetros del Sistema Regional de Salud, ente adscrito al Ejecutivo regional, a través del cual recibe recursos, insumos, medicamentos y el pago de la nómina de empleados asistenciales, administrativos y obreros, funcionarios dependientes del Sistema Regional de Salud.

Al mismo tiempo se identificó que esta dinámica coexiste, con las actividades gerenciales de las operadoras de servicios médicos; (IHC) en la Torre de Hospitalización y (OSM) en la emergencia pediátrica y de adultos, las cuales reciben transferencia de recursos

de la Gobernación del estado Zulia a través de la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión para la compra y suministro de insumos, medicamentos y contratación de personal asistencial, administrativo, obrero y seguridad.

Tal situación nos ubica, indiscutiblemente en una mixtura gerencial dentro de la misma institución, donde la balanza se inclina predominantemente hacia la tercerización en la prestación del servicio, con la implantación del nuevo modelo de gestión de salud, en las áreas de mayor demanda por parte de los usuarios, como lo son la Torre de Hospitalización y las emergencias pediátrica y de adultos, evidenciándose un retiro del Ejecutivo estatal de sus funciones como prestatario directo del servicio, volcando esta responsabilidad en manos de terceros.

La puesta en marcha de estas prácticas de *outsourcing* en la prestación del servicio de salud, quebranta el marco normativo constitucional nacional y paradójicamente el estatal, donde se establece entre otras cosas, que las funciones relativas a la prestación como al financiamiento del servicio de salud, deben ser asumidas de manera obligatoria y gratuita por el Estado.

En cuanto a los alcances de la gestión de las operadoras en la prestación del servicio, se identificó que en ambas áreas (Torre de Hospitalización y emergencia pediátrica, y de adultos) las acciones se centran en dar respuesta oportuna a todos aquellos requerimientos de los pacientes en relación al suministro de medicamentos, insumos, ejecución de estudios de diagnóstico, exámenes especiales y atención en las áreas de apoyo emocional; psicología, sociología y trabajo social. Al tiempo que deben cubrir los servicios de mantenimiento de las instalaciones y equipos médicos del hospital a través de la sub-contratación vía *outsourcing* de microempresas especialistas en estos trabajos (Chirinos 2010). Esto evidencia que el modelo objeto de estudio, está enfocado en la atención de salud netamente curativa, cuestión que va en detrimento de los principios de promoción y prevención de la salud, tal cual se prevé en la Constitución de 1999.

La prestación del servicio se brinda de manera gratuita a todos los pacientes; sin embargo Chirinos (2010), expone que si bien la empresa tiene el compromiso de dar cobertura a la mayoría de las necesidades que requiera el paciente; no obstante, se han dado casos donde el paciente necesita algún tipo de estudio que se encuentra fuera del baremo (presupuesto) que maneja cada operadora o un medicamento que está fuera del petitorio, la responsabilidad de suministrarlo recae sobre la administración del hospital, que en la mayoría de los casos no los puede asumir y en consecuencia los gastos son cubiertos por los familiares. Esta situación da cuenta, que el modelo viola los principios constitucionales establecidos en los artículos 83 y 84 donde, entre otras cosas se señala que, el Estado debe ser el garante del derecho a los servicios de salud demandados por los ciudadanos, en otras palabras, el modelo no garantiza la prestación del servicio en su totalidad.

Chirinos (2010) afirma que la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión demanda a las operadoras el manejo de un presupuesto cerrado, fijando montos por partidas, preestableciendo precios específicos para la compra de medicamentos, insumos y mantenimiento de las instalaciones, en tanto la administración eficiente de estos recursos garantizará no solo utilidad a la operadora, sino la adeudada atención y servicio de salud para la cual fue contratada. Sin embargo, esta realidad se contrapone al criterio manejado por el personal de la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión encargados de la supervisión y control de gestión a las operadoras, quienes consideran que todas las necesidades deben ser cubiertas, indistintamente de que el requerimiento asistencial se realice bajo criterio médico evidenciado o no, frente a la existencia de un presupuesto limitado y cerrado.

Otra realidad, son las consideraciones emanadas desde la directiva del Hospital General del Sur, quienes parten de la premisa, que ante todas aquellas deficiencias que se generen en la dinámica del hospital, las operadoras deben responder, por encima del criterio y competencias a partir de las cuales fueron contratadas, no siendo otro que la atención y gestión en áreas específicas y legalmente convenidas, debido a que existen áreas del hospital donde las opera-

doras no tienen inherencia; por ejemplo, pabellón de planta ubicado en la Torre de Hospitalización, farmacia de hospital, entre otras, cuestión que afecta seriamente el presupuesto que manejan las operadoras para gerenciar sus áreas de acción (Chirinos, 2010).

En el Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”, labora una significativa cantidad de personal, que no todo depende patronalmente de las operadoras, ya que son empleados fijos (funcionarios), adscritos al Sistema Regional de Salud, y otros al Ministerio del Poder Popular para la Salud. En relación a los procesos de reclutamiento y selección de capital humano, Parada (2010), expone que en el caso de la operadora Intelligent for Health Care (IHC), al momento de reclutar personal se toma en consideración la plantilla de trabajadores adscritos a la mencionada operadora; es decir, tanto el reclutamiento como la selección inicialmente se realizan de forma interna “...a manera de realizar movimiento y promoción de empleados, brindándoles la oportunidad de desarrollar su carrera con el objeto de que puedan crecer laboralmente, partiendo del hecho que la mayoría de los empleados son jóvenes...”; por lo general este es el procedimiento utilizado para cuando se requiere cubrir vacantes para cargos de tipo administrativo (analistas de atención al paciente, secretarías, asistentes en general, analistas de farmacia, personal de auditoría), de tipo asistencial (asistentes de traslado), personal obrero y de seguridad.

Cuando no se cuenta con la cantidad de personal suficiente en las áreas antes descritas (para realizar movimiento y/o promociones de forma interna), se da paso al reclutamiento y selección externo donde las pautas para la realización de dicho proceso quedan a criterio de cada gerencia o coordinación, según las competencias que requiera el cargo de la inmediatez con la cual se requiera a dicho personal. En este sentido, no existe un procedimiento único; estas prácticas, corresponden con rasgos propios de un nuevo modelo de gestión que contradice y quebranta los derechos de los trabajadores.

Para los cargos administrativos-gerenciales vacantes, el reclutamiento se realiza fundamentalmente de forma externa, el proceso radica en preseleccionar a cinco (5) candidatos, quienes se someten

a una primera entrevista de manera que puedan identificar competencias técnicas y genéricas; personales o individuales y el valor al conocimiento; a posterior, se seleccionan tres (3) candidatos acordes a la descripción del cargo, quienes son sometidos a una prueba técnica de conocimiento. De allí, finalmente, se selecciona un candidato, a quien se le presentan las condiciones salariales-laborales y de contrato, así como también las condiciones/funciones inherentes al cargo (Parada, 2010).

La persona seleccionada para el cargo administrativo-gerencial, es inmersa en un proceso de socialización, el cual consiste en un recorrido por toda la institución para conocer las instalaciones y ser presentado(a) a todo el personal que labora en el hospital, luego se da un proceso de inducción relacionado con el cargo que ocupará, donde se le entrega información, archivos y ubicación física del cargo.

Todo aquel personal seleccionado independientemente del tipo de cargo que vaya a ocupar dentro de la operadora de salud, debe pasar por un período de prueba de 90 días, para lo cual se le elabora un contrato, donde la empresa (patrono) no está obligada al término del mismo a realizar una nueva contratación. Durante los 90 días la persona en cuestión será evaluada por su superior inmediato, en este caso la evaluación es mutua, la empresa evalúa al trabajador y éste a su vez a la empresa donde él decide si quedarse o no. En la evaluación, se toma en cuenta el desempeño, la actitud, rendimiento, adaptación, factores intrínsecos y externos (Parada, 2010).

No obstante, con respecto al personal asistencial, la responsabilidad es compartida entre las operadoras y el hospital, según Valencia (2009), el proceso de reclutamiento y selección se hace de acuerdo a las necesidades de cada servicio médico, siguiendo los requerimientos de la plantilla de personal preestablecida por la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión, por su parte el hospital a través de la Gerencia de Enfermería, postula los aspirantes al cargo, en el caso del personal médico, éstos son postulados por los jefes de cada servicio. De no haber algún candidato postulado, se abre un proceso de reclutamiento y selección externo.

Asimismo, Valencia (2010), Coordinador de Capital Humano de la empresa Operadora de Servicios Médicos (OSM), sostiene que el personal administrativo y gerencial, "...es reclutado por la propia empresa vía Internet a través de la página *empleate*, y en algunos casos por referencias de los mismos trabajadores, también se toma en cuenta la gente de la comunidad a través de la contraloría social de la comunidad, pero sí solo sí, cumplen con los requisitos que exige la empresa o la necesidad que se tenga. Se hacen pruebas psicotécnicas, entrevistas iniciales y dependiendo de los resultados el psicólogo los postula".

En cuanto al criterio de reclutamiento y selección de capital humano independientemente para el tipo de cargo que se requiera, Parada (2010), explica que no se cuenta con una política formal en este ámbito, pero dentro de los procedimientos preestablecidos por la empresa (IHC) se estipula la preferencia de seleccionar personal interno. Esto está asociado a la idea de que la coordinación de capital humano está en conocimiento de las competencias que posee el personal que labora para la operadora, según sus aficiones o profesiones; es decir, el reclutamiento interno es una práctica común desarrollada por la empresa. Se promueve las oportunidades de mejoras a través del movimiento del personal a través de los ascensos y promociones. Esta dinámica hace referencia al uso de la meritocracia, como criterio elemental para el ingreso del personal.

En el caso de la operadora (OSM) los criterios de reclutamiento y selección se basan, en que los aspirantes pertenezcan a una carrera afín al cargo vacante, por ejemplo: independientemente que sea personal administrativo se exige o prefiere que tenga experiencia laboral en el sector salud, debido a la dinámica tan particular de los procesos, esto con la intención de que la adaptación sea más fácil. Por ello, se realizan pruebas de pre-empleo con la intención de verificar vacantes de las referencias laborales anteriores, a la vez que se investigan los antecedentes penales (Valencia, 2010).

Con respecto a las modalidades de ingreso, ambas operadoras (IHC y OSM) coinciden que el 80% de los trabajadores ingresaron fundamentalmente a través de la sustitución patronal, a consecuen-

cia del cambio de operadora e inicio de actividades de éstas en el hospital. Por medio del proceso de reclutamiento y selección interno y externo, y en casos aislados, el ingreso de personal se dio atendiendo a requerimientos de carácter netamente político y de poder, asociados a los cargos por recomendación (Parada, 2010; Valencia, 2010), pero que de igual forma a estos aspirantes se le practican las pruebas psicotécnicas, se someten a un período de prueba en el transcurso del cual de comprobarse que su rendimiento laboral es insuficiente, la persona es despedida de su cargo (Valencia, 2010).

Las modalidades de contratación se basan fundamentalmente en la elaboración de contrato por 90 días para el personal de nuevo ingreso a todo nivel, período en el cual se realiza una evaluación de desempeño donde se decide si dar o no continuidad a ese contrato por un período de tiempo determinado de seis (6) meses más; de igual forma se realiza una evaluación de desempeño durante este lapso, y dependiendo del resultado se decide dar o no continuidad a través de un tercer contrato por tiempo indefinido (Parada, 2010; Valencia, 2010). Ésta última modalidad de contrato es la que ha prevalecido durante la gestión de las operadoras en el hospital, pues según se logró identificar, la rotación de capital humano ha sido considerablemente baja.

Con esta modalidad de contratación, la Gobernación busca reducir la nómina de personal y por ende los pasivos laborales que se derivan de ella, estas prácticas de contratación laboral se contraponen a lo estipulado en el 37 de la Ley del Estatuto de la Función Pública, donde aparte de esto, bajo ninguna circunstancia se considera la contratación de personal bajo la modalidad del *outsourcing*, estas prácticas van en detrimento de las condiciones y beneficios laborales del trabajador, obedecen a las experiencias tecnocráticas y al enfoque de la nueva gerencia pública en materia de contratación de capital humano.

El criterio utilizado para la contratación del capital humano, tiene sus bases en la Ley Orgánica del Trabajo, en tanto así lo establece el contrato inicial de servicio que firma la operadora con la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión, ente que regula dicha

contratación. Paralelo a esto, Parada (2010), apunta que dentro del criterio de contratación también se toma en cuenta las funciones a desempeñar por el aspirante, independientemente de que sea un cargo a nivel gerencial, operativo o administrativo, pues cada uno de éstos tiene un impacto diferente sobre la gestión desarrollada por la operadora dentro de la institución.

Con este criterio de contratación, en primer lugar, el Ejecutivo regional busca deslastrarse de los compromisos laborales que deben ser asumidos ante los cargos públicos, situación que conlleva a una flexibilización laboral; en segundo lugar, por la necesidad de contratar personal altamente calificado para cargos específicos, cuyo costo no es igual al del funcionario público, y que a veces solo se requiere de este personal por períodos de tiempo; y en tercer lugar, porque se necesita conocer el desenvolvimiento y capacidad laboral del capital humano, antes de que obtenga una contratación por tiempo indefinida.

Por su parte, Chirinos (2005) comenta que en la administración de los centros asistenciales sin la participación del Estado, con la dirección a cargo de las operadoras, de identificarse que el personal administrativo u obrero no trabaja o si el personal asistencial no está prestando sus servicios con calidad, las operadoras pueden prescindir de sus servicios para contratar otro personal más calificado para esos cargos, a objeto de cumplir con los objetivos previstos en los indicadores de gestión, que a su vez dan respuesta a los parámetros establecidos por la Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión, a través de los cuales se evalúa si se está cumpliendo o no de manera óptima con las actividades pautadas. Caso contrario ocurre cuando la administración se encuentra a cargo del Estado, donde se ha evidenciado, entre otras cosas, fuertes debilidades en el control de la nómina, ausencia de evaluación del personal, y si éste labora o no, igualmente se le paga su salario.

La gestión de las operadoras dentro del Hospital presenta sus desventajas en tanto se enfrentan a las perversidades aupadas en el sistema hospitalario venezolano. Al respecto, Parada (2010), explica que la operadora en su carácter de empresa privada, pero que a la

vez funciona dentro de una institución pública, es vulnerable a los vicios que han sido creados en este tipo de institución, tales como, la ausencia de control por parte de la institución que se antepone a los controles ejecutados por la operadora a su personal. Esto sucede debido a que en algunos casos el mismo personal asistencial contratado por las operadoras, también pertenece a la nómina del Hospital o de otros hospitales.

Asimismo, la singular coexistencia de la gestión privada dentro de una institución pública donde convergen una significativa cantidad de trabajadores pertenecientes a ambas gestiones con iguales responsabilidades, pero con marcadas diferencias en sus condiciones salariales-contractuales, dan cuenta de una serie de conflictos que se generan en las labores diarias entre algunos de los empleados del Hospital y los contratados por las operadoras; y reclamos por parte de éstos últimos, hacia las empresas, debido que el personal del hospital llámese asistencial, administrativo, obrero; entre otros; se rigen por una contratación colectiva de la cual van a depender sus sueldos y beneficios, pero que en común disfrutan de estabilidad laboral, pago de 45 días de vacaciones, tres meses de utilidades, cesta ticket de bs.f. 27,50 c/u, bonos, beneficio de jubilación, negociación colectiva y sindicato.

Mientras, el personal de las operadoras es contratado según la Ley del Trabajo, donde en algunos casos los sueldos podrían ser superiores a los devengados por el personal del Hospital, en el caso específico de los cargos gerenciales, pero con diferentes condiciones, pues solo disfrutan del pago de treinta días de vacaciones, treinta días de utilidades, cesta ticket de bs.f. 16,00 con completa ausencia de los beneficios de jubilación, negociación colectiva, sindicato, estabilidad laboral, entre otros. Causando tal situación, profunda inconformidad entre los empleados, lo cual termina por reflejarse de manera negativa en el desempeño laboral de ambos grupos. Sin duda, este escenario obedece a los modos utilizados por la tecnocracia y la nueva gerencia pública en materia de contratación de capital humano vía *outsourcing*, los cuales van en detrimento de las condiciones laborales de los trabajadores, pues están encausados hacia la flexibilización laboral, lo que en consecuencia precariza la situación laboral para el trabajador.

4. Conclusión

Esto deja ver que, el nuevo modelo de gestión de salud, se encuentra configurado a favor de los lineamientos del mercado, es decir, busca establecer vínculos entre el Estado y el sector privado, donde grupos de poder por medio de los parámetros de la prestación del servicio a través de terceros, puedan obtener un beneficio producto de una utilidad. Cuestión que sin duda explica, que el modelo estudiado se encuentra fuertemente influenciado por los elementos que componen al modelo tecnocrático y de la nueva gerencia pública.

Con relación a la prestación del servicio, el financiamiento se ejecuta a través del gobierno regional, prestándose de manera gratuita, pero bajo los esquemas tecnocráticos y de la nueva gerencia pública en relación a los lineamientos de privatización y tercerización de los servicios públicos, por la vía del *outsourcing*, en tanto, la prestación del servicio en las áreas de la torre de hospitalización y de las emergencias de adultos y pediátrica, son transferidas a la empresa privada. Esta modalidad a través de terceros, ciertamente resulta novedosa para el sector salud, pero lejos de beneficiar la prestación del servicio como tal, se convierte en un beneficio que genera utilidades para las empresas (operadoras de salud), donde entran en juego elementos de tipo político, y donde más allá de una inversión social, podría representar un alto gasto para el Estado, el cual a través de la implementación de esta modalidad ha pretendido deslastrarse de pasivos laborales.

En relación a la gratuidad del servicio, el modelo no ofrece la cobertura de todas las demandas de salud que se pueden generar en sus áreas de acción, por cuanto se trabaja con un presupuesto cerrado, que incluye sólo el suministro de medicamentos, insumos, y la realización de algunos exámenes y estudios especiales, es decir, no se cubre todo tipo de exámenes, y si algún estudio sobrepasa el monto estipulado en el presupuesto para éste rubro, simplemente no se cubre, razón por la cual debe ser cubierto por los familiares del paciente. Cuestión que termina por violar los principios constitucionales referidos a que el Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos para que reciban el servicio de salud, en tanto bajo la

modalidad del nuevo modelo de gestión de salud, no se garantizan a los ciudadanos la prestación de todos los servicios inherentes a la hospitalización.

Con relación a la administración de capital humano, en el ámbito de los procesos de reclutamiento y selección, se observa que las tendencias se inclinan hacia el modelo tecnocrático y de la nueva gerencia pública, con algunos matices de las viejas prácticas del modelo burocrático-populista relacionadas al uso del clientelismo político en la selección de personal. Se impone la modalidad de contratación por tiempo indeterminado, seguida de la contratación por período de tiempo finito, a través de la figura del *outsourcing*, la cual se traduce en situaciones que imponen prácticas de flexibilización y precarización de las condiciones laborales de los trabajadores, pues éstos, no gozan de los beneficios tales como: jubilación, estabilidad laboral, entre otros.

5. Bibliografía >>

- Asamblea Nacional Constituyente (2000). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial N° 5.453, de fecha 24 de marzo.
- Chirinos, José Manuel (2005). Fundación de Estado para la Modernización de las Administraciones Públicas. Entrevista Personal. Analista de Programas y Proyectos, 21 de noviembre. Maracaibo, estado Zulia. Entrevista realizada por Johnny Paz.
- Chirinos, Mónica (2010). Inteligent for Health Care (IHC). Entrevista Personal. Gerente Médico. 22 de febrero. Maracaibo, estado Zulia. Entrevista realizada por Johnny Paz.
- Gobernación Del Estado Zulia. (2003). Decreto 135. Mediante el cual se ratifica la gratuidad de los servicios de salud pública. Gaceta Oficial extraordinaria N° 786, de fecha 11 de octubre.
- Gobernación Del Estado Zulia. (s/f a). Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”. Papel de trabajo. Maracaibo.

- Gobernación Del Estado Zulia. (s/f b). En un nuevo modelo de gestión en salud. (Tríptico).
- GOBERNACIÓN DEL ESTADO ZULIA. Dirección de Proyectos y Nuevos Modelos de Gestión Gobernación Del Estado Zulia (2009). Manual del Proceso de la Gerencia de Seguimiento y Control. 27 de abril.
- Jiménez, Reynaldo (2010). Intelligent for Health Care (IHC). Entrevista Personal. Gerente General. 28 de abril. Maracaibo, estado Zulia. Entrevista realizada por Johnny Paz.
- Parada, Jovanka (2010). Intelligent for Health Care (IHC). Entrevista Personal. Coordinadora de Capital Humano. 29 de abril. Maracaibo, estado Zulia. Entrevista realizada por Johnny Paz.
- Pirela, Edith (2006). Adscrita nominalmente al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y de adscripción funcional al Sistema Regional de Salud. Entrevista Personal. Médico, 24 de marzo. Maracaibo, estado Zulia. Entrevista realizada por Johnny Paz.
- Rincón, María Teresa (2004). *Modelos de gestión de los servicios de salud promovidos por las gobernaciones venezolanas (1989-2003)*. Maracaibo. Trabajo final del Programa de Investigador Novel (CEE-LUZ-FONACIT).
- Valencia, Omar (2010). Operadora de Servicios Médicos (OSM). Entrevista Personal. Coordinador de Capital Humano. 18 de febrero. Maracaibo, estado Zulia. Entrevista realizada por Johnny Paz.