



Revista de Ciencias Sociales (Ve)  
ISSN: 1315-9518  
cclementz@luz.ve  
Universidad del Zulia  
Venezuela

Fuenmayor, Jennifer; Ochoa Henríquez, Haydée  
Política y gestión en salud de las gobernaciones en Venezuela con el advenimiento de la  
descentralización: tendencias en el neoliberalismo  
Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XIX, núm. 4, octubre-diciembre, 2013, pp. 720-742  
Universidad del Zulia  
Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

## **Política y gestión en salud de las gobernaciones en Venezuela con el advenimiento de la descentralización: tendencias en el neoliberalismo**

**Fuenmayor, Jennifer\***  
**Ochoa Henríquez, Haydée\*\***

### **Resumen**

Con el curso de la descentralización político territorial, se introdujeron prácticas de la empresa privada en ambulatorios y hospitales con el propósito de reducir al Estado. Partimos del supuesto de que en las gobernaciones venezolanas ha predominado una política y gestión en salud, a favor de un modelo de economía de mercado, con rasgos tecnocráticos y con base en las propuestas de la Nueva Gestión Pública (NGP). Esta investigación tiene como propósito, explicar la política y gestión pública para el período 1990-2003, en las gobernaciones de Venezuela, para ello se estudiaron tres casos: Zulia; Lara y Aragua. La investigación se sustentó en documentos oficiales de las gobernaciones seleccionadas y fuentes secundarias. Se concluye que el Estado capitalista, de cuyo aparato forman parte las gobernaciones, se organiza en función de su papel económico para atender los requerimientos de la economía de mercado y de la acumulación de capital. Dan cuenta de ello las siguientes prácticas: a) privatización de los servicios y b) el cobro en la prestación de los servicios; se avanza en el sentido de la lógica del proceso de acumulación de capital, por lo que no hay cabida para una política y gestión pública a favor de las mayorías, de inclusión social ni para la democratización del poder y el bienestar social.

**Palabras clave:** Política y gestión en salud; descentralización; privatización; gobernaciones.

\* Economista. Doctora en Ciencias Políticas por la Universidad del Zulia. MgS en Ciencia Política; MgS en Economía. Profesora de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, adscrita al Instituto de Investigaciones de la Universidad del Zulia. Miembro de la Academia de Ciencias Económicas del Estado Zulia. E-mail: jjfuenmayor@yahoo.com

\*\* Doctora en Estudios del Desarrollo en el CENDES-UCV. Investigadora de la Universidad del Zulia y de la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV). Coordinadora de Investigación y Estudios Avanzados en la sede Zulia de la UBV. E-mail: haydeechoaubv@gmail.com

Recibido: 12-11-15 • Aceptado: 13-04-07

## *Health Policies and Management in Venezuelan Governors' Offices with the Coming of Decentralization: Tendencies in Neoliberalism*

### **Abstract**

Within the course of territorial political decentralization, practices from private businesses were introduced in outpatient clinics and hospitals with the purpose of reducing the State. This study begins with the supposition that, in the Venezuelan Governor's offices, health policies and administration that favor the market economy model, with technocratic traits and based on the proposals of New Public Management (NPM) have predominated. The purpose of this research is to explain public policy and management for the 1990-2003 period in Venezuelan Governors' offices. Three cases were studied: Zulia, Lara and Aragua. The research was supported by official documents from the selected governors' offices and secondary sources. Conclusions are that the capitalist State, whose apparatus formed part of the governors' offices, organized in terms of its economic role to take care of market economy requirements and the accumulation of capital. The following practices are recognized: 1) the privatization of services and b) charging for the services rendered, continuing the process of accumulating capital in the logical sense, due to which there is no room for public policy and management in favor of the majority, for social inclusion nor for the democratization of power and social well-being.

**Key words:** Health policies and management, decentralization, privatization, governors' offices.

### **Introducción**

Los países de América Latina incluyendo a Venezuela acataron fielmente los lineamientos y directrices de lo que se llamó el “Consenso de Washington”, como una estrategia de ajuste económico y reforma estructural con énfasis en la apertura económica y la competitividad internacional. El referido Consenso también ha sido denominado por Santos (2003), como “*Consenso Neoliberal*”, que no es más que la influencia que recibe del neoliberalismo, definido por Monedero (2009:165), como “un nuevo contrato social, ampliamente generalizado desde la década de los ochenta del siglo XX, y que se nutre especialmente de la *falta de alternativas* que él mismo construye. De ahí que su principal éxito sea el discursivo...”. El neoliberalismo cobra fuerza y vigor con el proceso de globalización. “Para la gran mayoría de los autores sólo hay una globalización, la globalización capi-

talista neoliberal...” (Santos, 2003: 213), es por ello que podemos hablar de un modelo de globalización neoliberal, el cual alcanzó auge con el Consenso de Washington.

Con el neoliberalismo se tiene otro estilo de gestión distinto al burocrático y al tecnocrático: El estilo de la Nueva Gestión Pública (NGP), que también considera algunos rasgos de los estilos anteriores, y coincide más con el tecnocrático por pretender buscar la eficiencia, la reducción de costos, la productividad, la competitividad mediante la reducción del Estado y la ampliación del mercado, todo con la verdadera intención de avanzar en el nuevo patrón de acumulación que sustenta al sistema capitalista.

Le tocó a un nuevo gobierno de Acción Democrática, partido político que llevó al poder en 1989 a Carlos Andrés Pérez, realizar todos los cambios a favor del modelo de economía de mercado recogidas en lo que se denominó: El Gran Viraje, con el apoyo de los or-

ganismos multilaterales, en donde el tema económico fue la prioridad aun cuando con un discurso que le asignaba objetivos de profundización de la democracia. El Estado Venezolano da un giro entonces, en cuanto a la manera de promocionar la economía, de un Estado promotor, regulador, planificador y protector, pasamos a un Estado minimizado, que le traslada funciones al sector privado, y utiliza como estrategia para modernizar sus instituciones y organizaciones a favor de un modelo de economía de mercado, a la descentralización. Todo esto ocurre en un contexto de crisis económica, social e institucional.

Esta investigación tiene como propósito, explicar la política y gestión en salud para el período 1990-2003 en las gobernaciones de Venezuela, para ello se estudian tres casos: Zulia; Lara y Aragua. Es una investigación de tipo explicativa, documental y se sustenta en una revisión de los documentos oficiales de las gobernaciones seleccionadas.

## **1. Descentralización político territorial y políticas públicas: Reflexiones teóricas**

Estamos de acuerdo con De Mattos (1989; 1990); Ochoa (1997; 1999) y Coraggio (1989; 1991; 1994), cuando afirman que la descentralización responde a las necesidades de un nuevo modelo de acumulación y por ende a la reestructuración capitalista. Este sería a nuestro criterio el trasfondo del proceso de descentralización, visto como un mecanismo que tiene la intencionalidad de dar respuesta a una nueva fase de acumulación capitalista, la internacional (Esteso, 1986), a consecuencia de una crisis generalizada en todo el sistema capitalista que demanda cambios estructurales en el proceso de acumulación.

El proceso de descentralización político territorial iniciado en Venezuela a finales de los años 80, dio inicio a cambios importantes en las gobernaciones. Las gobernaciones como unidades políticas administrativas del aparato estatal, pasan ahora a manejar cuantiosos recursos y deben adecuar su aparato a las nuevas exigencias del mercado, para ello realizan esfuerzos y desarrollan actividades orientadas a modernizar su administración, fenómeno muy poco estudiado en el país, ya que los estudios se han enmarcados en dar propuestas, y no en explicar esa realidad.

A juicio de Ochoa (1997:181), “el camino real que ha tomado la descentralización se inserta en los requerimientos de conformación de un Estado tecnocrático por parte de la economía neoliberal, es decir, un Estado promotor del crecimiento económico con liderazgo de empresa privada, sobre cuya base debe además ser eficiente”, todo ello atendiendo a los requerimientos del proceso de acumulación capitalista.

Las gobernaciones en el marco de la promoción de un modelo de economía de mercado, para reducir el Estado, promueven una política y gestión en salud que lo que busca es desarrollar eficiencia, para ello se valen de prácticas de la empresa privada como la privatización; la flexibilización laboral; el cobro de los servicios, entre otras prácticas que le dan un perfil tecnocrático a la política y gestión pública.

Para estudiar la realidad de las gobernaciones desde que se inicia la descentralización político territorial, se han escogido las contribuciones que hacen los teóricos marxistas a la administración pública desde la teoría marxista, su principal fortaleza, entre otras, ha sido estudiar el Estado Capitalista y su relación con la acumulación de capital. Para Ho-

Holloway (1982), el Estado es Capitalista en virtud a su relación con el proceso de acumulación, por lo que la dinámica de las formas y funciones del Estado está modelada por los cambios en la acumulación de capital (Jessop, 2008).

Afirmó Therborn (1979), que los modos de producción son los que generan las formas específicas de organización del Estado. Los Estados Capitalistas y Socialistas tendrán su forma específica de organización, ya Poulantzas (1978), en referencia a la relación Estado-Economía plantea que el Estado se organiza en función de su papel económico dando lugar a transformaciones institucionales que afectan el conjunto de los aparatos del Estado, las gobernaciones no están ajena a ello, al contrario están comprometidas con la reestructuración capitalista y con el cambio de patrón de acumulación, son unidades políticas administrativas claves para avanzar en este proceso.

Lo anterior, nos conduce a afirmar que tanto la forma, como el contenido de las políticas públicas y la gestión, está relacionada directamente con la acumulación de capital y están orientadas a las condiciones y requerimientos del mercado, sobre esto se pronuncia Guerrero (1986), cuando señala que la política pública debe ser estudiada a partir de los fundamentos materiales y de las relaciones de producción.

Con el proceso de descentralización político territorial, las gobernaciones asumen nuevas funciones tanto en el ámbito económico como en el social, ahora se involucran en el crecimiento económico para estar a tono con el proceso de globalización en curso. Estamos en presencia de un nuevo Estado, de un Estado que a través de sus prácticas, promueve un modelo de economía de mercado, producto de la reorientación de la economía hacia el mer-

cado, lo cual se expresa en cambios en su política pública y en la gestión, o como dice Jessop (1999; 2008) de un Estado de Trabajo Schumpeteriano (ETS).

Con el ETS, lo que se busca es reorientar las principales funciones económicas del Estado como nuevo espacio temporal que sirve para la acumulación de capital, de lo que se trata es del cambio de la función económica del Estado Capitalista (Jessop, 1999; 2008); Poulantzas (1978); Holloway (1982; 2002); Therborn (1979); Guerrero (1986) y Ochoa (1999). Entre las principales características de este Estado están las siguientes: a) La promoción de innovaciones de productos, de procesos organizacionales y de mercados; b) Mejorar la competitividad estructural de las economías abiertas; c) Subordinación de la política social a las exigencias de flexibilidad del mercado de trabajo y de competitividad estructural (Jessop, 1999; 2008), por lo que el Estado Capitalista se vale de las prácticas de la empresa privada para lograr sus principales objetivos: Eficiencia (del capital); competencia; productividad; reducción de costos; innovación y rentabilidad (Jessop, 1999; 2008).

Es por eso, que Ochoa (1995) y Therborn (1979) coinciden al afirmar que los cambios en el Estado Capitalista han traído como consecuencia un nuevo modo de organizar el Estado, ahora con rasgos tecnocráticos en donde el Estado Capitalista formula e implementa políticas públicas con una mayor racionalidad y énfasis en los criterios técnicos y económicos con la finalidad de dar respuesta a la acumulación de capital y no para responder a otros criterios como la legitimación (Ochoa, 1995). En este sentido se comprende la coexistencia del modelo tecnocrático con la influencia de otro estilo de gestión que proviene de los planteamientos de la Nueva Gestión Pública, propuestas muy similares a las de la reforma administrativa con rasgos tecno-

cráticos, en este sentido Guerrero (2000; 2004), ha señalado que el neoliberalismo se personifica en la administración pública a través de los planteamientos que se recogen con el nombre de Nueva Gestión Pública y las resume en ocho palabras: 1) Orientación al cliente; 2) Privatización; 3) Mercado; 4) Competencia; 5) Enfoque empresarial-gerencial; 6) Gerencia por objetivos y resultados; 7) Agenciación y 8) Reducción de costos. Siguiendo a Guerrero (2004), son prácticas y estrategias de la empresa privada que al trasladarse a la administración pública se transforman en técnicas de gestión pública con el propósito de convertir a los funcionarios públicos en gerentes prestadores de servicios públicos y a los ciudadanos en clientes consumidores de los servicios públicos.

De esta manera es que tiene sentido la descentralización político territorial, como instrumento que obedece a los procesos de reestructuración del sistema capitalista (De Mattos, 1989; 1990; Ochoa, 1999) y se concibe como parte del proyecto económico de gigantesca centralización capitalista del poder económico a escala mundial (Coraggio, 1991), que se ejecuta en todo el aparato estatal y que busca para ello la competencia internacional y la eficiencia del capital es por ello que la descentralización político territorial es un instrumento dirigido al mercado para atender la economía regional, sus actividades económicas y su inserción en la globalización económica (Jessop, 1999; 2008).

Por consiguiente, la descentralización político territorial no es un medio idóneo para lograr los objetivos declarados en el discurso que la promueve, de constituir un instrumento propicio para democratizar los procesos sociales, aumentar la participación popular, reducir la injusticia social y promover el desarrollo en las colectividades locales involucra-

das (De Mattos, 1989; 1990), y esto no es posible, ya que la dinámica del proceso de acumulación de capital va en otro sentido, en donde los propietarios del capital se apoyan en un cálculo económico centrado en la maximización de los beneficios y no de la maximización de las necesidades sociales de la sociedad. Sin duda, siguiendo a De Mattos (1989; 1990), lo que si permite modificar la descentralización político territorial es la distribución territorial del poder en el ámbito de un territorio nacional, ya que no se puede revertir el proceso de acumulación de capital.

Los gobernadores electos<sup>1</sup> con el curso de la descentralización, se convirtieron en agentes promotores de este proceso, a favor de políticas públicas selectivas (Holloway, 1982); con este escenario resulta inviable formular políticas públicas a favor de las mayorías, de la justicia social, del desarrollo local, de la democratización para el bienestar de la sociedad y la participación en la toma de las decisiones de las políticas públicas.

## **2. Privatización y cobro de los servicios de salud: la tendencia dominante en las gobernaciones**

La privatización como estrategia del modelo de economía de mercado, avanza durante la gestión en el Estado Zulia, de los gobiernos de Francisco Arias Cárdenas<sup>2</sup> y luego de Manuel Rosales<sup>3</sup> para reducir el papel del Estado en la economía, este avance no solo lo encontramos en el ámbito económico, sino también en el social, un caso emblemático es la salud, una de las competencias concurrentes transferidas a los Estados, en donde se encuentran rasgos de este modelo a favor del mercado.

Un rasgo del modelo neoliberal presente en el sector salud, con el avance del proceso de descentralización político territorial, ha

sido el traspaso de la administración de los ambulatorios u hospitales por parte de la Gobernación del Estado Zulia a fundaciones. El caso más emblemático, considerado como una experiencia exitosa en salud, es el del Ambulatorio Luis Sergio Pérez<sup>4</sup>. En este ambulatorio se implementó un novedoso modelo de gestión traído de la mano del Dr. Félix Grüber<sup>5</sup>, quien recoge la experiencia del modelo de gestión canadiense en salud, “el cual estimula la competencia entre los prestadores del servicio...” (Grüber, 1995:6).

Para el caso en referencia, la Gobernación del Estado Zulia le traspasa la responsabilidad de la gestión del Ambulatorio Luis Sergio Pérez a la Fundación Venezolana para la Medicina Familiar Dr. Pedro Iturbe (FUNVEMEFA). A juicio de Ochoa y Rodríguez (2001:65), esta fundación es una organización corporativa que no pertenece al tercer sector, sino al cuarto sector, siguiendo la clasificación de Breser y Cunill (citado por Ochoa y Rodríguez, 2001), en donde los intereses corporativos de FUNVEMEFA<sup>6</sup> afectan las necesidades de la sociedad. Para Ochoa y Rodríguez (2001), el nuevo corporativismo se inserta en las nuevas exigencias del Estado neoliberal, por lo que “las organizaciones corporativas están asumiendo la promoción de los principios neoliberales, entre ellos la privatización” (Ochoa y Rodríguez, 2001:70).

La salud se privatiza a mediados de los noventa, con el curso de la descentralización político territorial durante la gestión del socialcristiano Osvaldo Álvarez Paz, primer gobernador en el Estado Zulia electo por votación popular, con el traspaso de la administración del ambulatorio Luis Sergio Pérez a FUNVEMEFA. Hay dos acciones puntuales que se dieron a los inicios del proceso de la descentralización y que facilitaron la implan-

tación de un nuevo modelo de gestión en salud en el Estado Zulia. Una primera acción, fue la creación del Sistema Regional de Salud (SRS) de la Gobernación del Estado Zulia en 1991 y la segunda fue “la aprobación por el gobierno socialcristiano del Estado en 1993, del reglamento autónomo para el funcionamiento del sistema de salud...el reglamento presenta lineamientos estratégicos generales dirigido a configurar un modelo de gestión de la salud en la región...” (Ochoa y Rodríguez, 2001:73).

Paralelamente existía una situación difícil en el sector salud, debido al exceso de inefficiencia, clientelismo y burocracia generados durante el gobierno de Osvaldo Álvarez Paz, de conflictos gremiales y políticos con “la existencia paralela de la administración del sistema nacional de salud, controlada por el gobierno de Acción Democrática, el cual mantuvo el dominio de la red hospitalaria...” (Ochoa y Rodríguez, 2001:73), esta situación se agravó aún más, debido al deterioro de la salud revelado a través de sus indicadores, los cuales no mejoraban, por lo que el momento fue propicio para la introducción de un nuevo modelo de gestión en salud, <diferente y novedoso>, a lo que ya se conocía en la práctica del modelo burocrático populista.

El nuevo modelo en salud, consideraba una mayor participación del mercado y menos del Estado, al predecir que su intervención no estaría directamente involucrada con la prestación de este servicio. En este caso FUNVEMEFA “tiene la libertad de gerenciar la prestación de los servicios de salud en la forma en que lo considere más eficiente” (Grüber, 1995:41). Asimismo la gerencia del modelo se centra en las microempresas. “La gerencia, entonces, contrata con ellas para la prestación de servicios en base a baremos de precios competitivos con empresas similares en la

ciudad. Estas microempresas van desde los servicios de limpieza y mantenimiento hasta el servicio médico” (Grüber, 1995:41).

La eficiencia, la productividad y la competencia son los criterios que acompañan la prestación del servicio en salud. La microempresa de Medicina Familiar la conforman cuatro médicos, “la meta prevista es de 14 pacientes por médico, por sesión de cuatro horas de trabajo” (Grüber, 1995:24). De acuerdo al padre de este modelo en salud, en el año 1994, se constituyeron las primeras microempresas. “De aquí en adelante la productividad ha estado en el 100%, e incluso, ha superado ese porcentaje” (Grüber, 1995:24). La productividad en el modelo va de la mano de la eficiencia, ahora el paciente se convierte en un cliente o usuario del servicio prestado en salud y esto tiene ahora en el nuevo modelo un precio o tarifa. Aquí están presentes rasgos del estilo de gestión tecnocrático. Con la privatización se facilita la incorporación de estrategias propias del sector privado, como la reducción y flexibilización del empleo y el traspaso de funciones a ONG’s y empresas privadas. Lo que se busca es la eficiencia del personal, el énfasis está puesto es en la incorporación de técnicas para la productividad, asimismo, el ciudadano es visto como un cliente económico (Ochoa y Fuenmayor, 2006), estos rasgos coinciden con el estilo de gestión de la NGP.

Para el año 1994 se habían conformado 2 microempresas de medicina familiar, 2 de odontología, 2 de bioanálisis, 1 de mantenimiento y saneamiento y estaban por crearse 2 nuevas especializadas en medicina familiar, 1 de imagenología, 1 de cirugía ambulatoria, 1 de psicología y 2 de educación para la salud, por lo que para ese año el 70% del personal trabaja en el Ambulatorio Luis Sergio Pérez, bajo el esquema de las microempresas (Grüber, 1995). Ahora todo el personal, tanto

los profesionales como los empleados y obreros, conformados en microempresas, son los nuevos empresarios del modelo neoliberal que trabajan en el <negocio> de la salud con los nuevos criterios del mercado, estos empresarios piensan y actúan con los valores de la empresa privada: el principal es el económico. Esta es una concepción privatista de la salud que se desarrolló durante la gestión de los gobiernos neoliberales de Osvaldo Álvarez Paz, Francisco Arias Cárdenas y Manuel Rosales, durante el avance de la descentralización político territorial.

Este modelo durante el gobierno de Arias Cárdenas tomó fuerza y vigor por la presencia del Dr. Félix Grüber, líder y pionero en este modelo, ahora como Director Regional de Salud, es decir dentro del Estado, para replicar la experiencia del modelo de salud llevado a cabo en el referido ambulatorio, a todos los ambulatorios y hospitales del Estado Zulia, así como también implementarlos en otros sectores de la economía, tal como el educativo. Lo que estaba detrás de todo esto, es el avance del proyecto económico neoliberal, con un proyecto de la privatización de la salud a través de la modalidad de la concesión de la gestión, con miras a reducir el aparato estatal.

La privatización en la gestión de Manuel Rosales como estrategia del modelo promotor de una economía de mercado avanzó, a través de la implantación de un nuevo modelo de gestión en salud. Este modelo no es nuevo, es el mismo modelo implementado en el sector salud desde los inicios de la descentralización político territorial y que comenzó en el Ambulatorio Luis Sergio Pérez, con la propuesta considerada exitosa por el Dr. Félix Grüber.

El gobierno de Manuel Rosales describió su modelo de gestión de la siguiente manera: “La concepción del nuevo modelo de gestión está referida a la prestación directa de los

servicios a través de la comunidad organizada en la figura de organizaciones civiles que administren y gestionen la prestación del servicio, la participación del Estado se reduce al financiamiento, control y evaluación de la gestión” (Fundación para la Modernización de las Administraciones Públicas, 2005: s/f).

Se trata del mismo modelo que avanza desde la década de los noventa, en varios sectores de la economía y que promueve el traspaso al llamado tercer sector de funciones que antes eran del Estado, esta es una modalidad de privatización, en donde el Estado se desprende de sus funciones y responsabilidades y se las transfiere a empresas privadas, ya sean estas asociaciones civiles, ONG’s, fundaciones etc. Es el mismo esquema visto en las competencias exclusivas, tal es el caso del puerto y del aeropuerto. También en el sector salud ha tenido notables avances, tal es el caso del Ambulatorio Luis Sergio Pérez, referido por los propulsores del modelo de economía de mercado, como un modelo de gestión exitoso en salud en el Estado Zulia. Se avanza en un estilo de gestión tecnocrático y en un estilo de gestión de la NGP con la transferencia de la provisión de los servicios públicos sociales al espacio público no estatal (Ochoa y Fuenmayor, 2006); CLAD (1998, 1999), esto no es más que la privatización de la política social, utilizando estrategias de la empresa privada.

Este modelo de gestión es liderado en la Gobernación del Estado Zulia por la Fundación de Estado para la Modernización de las Administraciones Públicas, encargada del proceso de modernización promovido durante el año 2004 en la gestión de Manuel Rosales que contempló el diseño de nuevos modelos de gestión. Entre los beneficios del modelo se encuentran los siguientes: “1) Disminución de los pasivos laborales; 2) Disminución de la carga burocrática del ejecutivo; 3) Mayor

efectividad en la gestión de los servicios; 4) Competitividad en la prestación de los servicios y por ende calidad de los mismos y 5) La gobernación ejerce el control y evaluación de la prestación de los servicios...” (Fundación para la Modernización de las Administraciones Públicas, 2005: s/f). El nuevo modelo de gestión recoge las propuestas de la Nueva Gestión Pública para reducir el Estado.

En los primeros años de gestión de Manuel Rosales uno de los sectores con mayores avances para el proyecto económico neoliberal es la salud. En el caso del Hospital General del Sur para buscar eficiencia en la prestación del servicio se continuó con la modalidad del outsourcing en cuanto a los servicios de mantenimiento, saneamiento y vigilancia del hospital, para ello se contrataron los servicios a ex obreros del hospital, quienes constituyeron microempresas. Otro caso es el del Hospital de la Policía Dr. Régulo Pachano Añez, institución que operó bajo la misma modalidad del Hospital General del Sur, con el desarrollo de microempresas (Fundación de Estado para la Modernización de las Administraciones Públicas, 2001).

Este modelo fue propuesto por la Gobernación del Estado Zulia en el 2003, durante la gestión de Manuel Rosales, con el propósito, según la gobernación, de ser eficiente en la prestación de los servicios de salud y educación. Lo que se busca es la privatización de estos servicios, utilizando la figura de la concesión a empresas privadas. La propuesta de la gobernación en el área de salud, consiste en la privatización de la salud, específicamente en el traspaso de funciones de los ambulatorios y hospitales a ONG’s locales, utilizando la modalidad del outsourcing en los ambulatorios y hospitales del Estado Zulia. También se consideró la transferencia del servicio de Atención Primaria en Salud. La política en cuanto a

la introducción de los nuevos modelos de gestión en salud no tiene ninguna novedad, es el mismo modelo de gestión desarrollado durante la gestión de Francisco Arias Cárdenas, quien avanzó en la promoción del modelo a favor del mercado en el sector salud.

Durante el 2003 fueron inaugurados dos centros clínicos de medicina familiar a través del sistema de microempresas y se entregaron cuatro ambulatorios (Corito, Simón Bolívar, Sierra Maestra y Federación), además de la emergencia y los pisos 4, 5, 8 y 9 del Hospital General del Sur a empresas privadas bajo la modalidad de outsourcing. También se avanzó en el nuevo modelo de gestión en otros ambulatorios de los municipios Maracaibo, Cabimas y San Francisco (Gobernación del Estado Zulia, 2004).

La prestación del servicio de la salud no es gratuita, se cobra por la prestación del servicio a los usuarios, para ello se crean en los centros de salud, Oficinas de Recuperación de Costos con el propósito de obtener ingresos por esta vía. A continuación nos referiremos a algunos casos en salud, en donde se evidencia esta estrategia por excelencia del modelo neoliberal, promovida con el avance del proceso de descentralización político territorial.

En el caso de la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez, este centro ambulatorio<sup>7</sup> presenta ingresos por recuperación de fondos en base a “la colaboración voluntaria a los usuarios” (Grüber, 1999:28). A este respecto, señala este autor lo siguiente: “Desde el punto de vista conceptual éste es un cambio cultural importante; la propia comunidad comprende que el Gobierno no puede darlo todo y promueve e implementa políticas de autogestión. Se puede notar que los ingresos por recuperación de fondos han aumentado consistentemente...La

idea es que dicha cuenta siga aumentando hasta convertirse en un capital importante que le genere ingresos a UNIMEFA, para que esta organización pueda cubrir las deficiencias presupuestarias del Gobierno en años venideros” (Grüber, 1999:28).

Lo devengado por el ambulatorio en la fecha indicada, incluye no solo el monto por recuperación de fondos, sino también los intereses generados por este concepto, además del alquiler del cafetín y del auditórium. De lo que se trata es de buscar ingresos propios y la eficiencia en la prestación del servicio para el avance del proyecto neoliberal en salud. Con el cobro del servicio, el ciudadano en el marco de este modelo se convierte en un cliente. Es de hacer notar, que en nombre de la productividad y eficiencia, los médicos, denominados por el nuevo modelo de gestión en salud, microemprendedores “generalmente ven un promedio de dos pacientes más sobre la meta fijada de catorce, a pesar de saber que solamente cobrarán por esa cantidad fijada de pacientes” (Grüber, 1999:24).

Al estar el modelo centrado en la eficiencia en la prestación del servicio, nos alejamos de cualquier planteamiento de equidad, solidaridad y justicia social. Con el avance del modelo neoliberal, desde los inicios del proceso de descentralización político territorial, las posibilidades para el paciente que no tiene como pagar por el servicio, queda limitada al criterio de la institución, por lo que el acceso al servicio se ve restringido para éstos. En este contexto, la responsabilidad de la Gobernación del Estado Zulia se ve reducida al trasladar la administración del servicio a manos privadas, por lo que se ve liberado del compromiso económico y social con los afectados.

Dentro de este mismo orden de ideas, la Gobernación del Estado Lara<sup>8</sup>, transfiere el servicio de salud a organizaciones de la comu-

nidad, con aporte del Estado y autofinanciamiento a través del pago del servicio por los usuarios, el cual superó el aporte gubernamental, es decir se produce la privatización del servicio con apoyo de las comunidades (Fuenmayor *et al.*, 2007:84-85). La propuesta del nuevo modelo administrativo para descentralizar y desconcentrar los servicios de salud es definida por la subcomisión de salud de la COPRE LARA<sup>9</sup> (COPREL) en el año 1991. Desde esta subcomisión se propone que FUNDASALUD<sup>10</sup> se convierta en el órgano operativo que impulse el nuevo modelo<sup>11</sup>.

Es por ello que en el nuevo modelo administrativo FUNDASALUD sirve “como organización de enlace, que permite la relación entre las instancias gubernamentales (en este caso el Gobierno Regional) y las organizaciones no gubernamentales (ONG’S) que trabajan en el sector” (Arteta *et al.*, 1998:4), y que son receptoras de los recursos transferidos por FUNDASALUD, quien recibe los recursos por parte de la Gobernación del Estado Lara, el cual le transfiere el 95% para dar apoyo financiero a los ambulatorios y hospitales, entre otras funciones y el 5% para gastos operativos de FUNDASALUD.

Un ejemplo de descentralización y privatización de la salud en el Estado Lara, es la alianza que se establece “entre la Asociación Cardiovascular (ASCARDIO), ONG’S de mayor desarrollo que recibe apoyo de la Gobernación y que aporta el conocimiento administrativo, el recurso humano y la capacitación; FUNDASALUD que aporta los recursos para el mantenimiento y el control administrativo y la Gobernación que aporta los vehículos y radios” para el programa Sistema Integrado de Ambulancias del Estado Lara (SIAEL) (Arteta, 1998:12). Sobran los ejemplos en este sector que dan cuenta de la privatización del servicio de la salud a través del traspaso de

este servicio a la sociedad civil (Asociaciones civiles y ONG’S)

“Por lo descrito anteriormente, estamos en presencia de la descentralización y la privatización de los servicios de salud en el Estado Lara que lo que busca no es más que la reducción del aparato público y del gasto social, para conformar un Estado neoliberal” (Fuenmayor *et al.*, 2007:85). La privatización no puede solo entenderse como la modalidad tradicional de la venta de empresas, sino también tiene que ver con el traspaso de la prestación de los servicios sociales a organizaciones del tercer sector (ONG’S). De esta manera el Estado Lara se logra insertar en una economía de mercado. Las llamadas ONG’S forman parte del tercer sector y se definen como “el espacio organizativo distinto del Estado y del Mercado, es por lo tanto un espacio difuso en el cual hay que insertar organizaciones con objetivos tan diferentes como la iglesia, los colegios profesionales y entre otras, organizaciones privadas que se asignan fines públicos, mejor conocidas como Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) o espacios de la esfera pública no estatal” (Ochoa, 2001:111).

La privatización del servicio de salud, es presentada a juicio de Digna Luna (2002), por los directivos de una ONG investigada por la autora, como un proyecto hermoso, tal es el caso del Ambulatorio del Sur<sup>12</sup>, administrado por una asociación sin fines de lucro, denominada “Centro Comunitario de salud y bienestar Cuesta Santa Bárbara” creada para dirigir dicho ambulatorio antes de nacer, “con la finalidad de contribuir a través de programas organizativos, formativos y de investigación a la prevención y atención de salud, así como al bienestar integral de las personas residentes en las comunidades adyacentes al ambulatorio del sur y/o dentro de su área de influencia” (Luna, 2002:6).

El ambulatorio llegó a tener los siguientes servicios: “Pediatría, medicina general, traumatología, cirugía infantil, cirugía general, odontología, cirugía oral, ortodoncia interceptiva, nutrición, ecosonografía, ginecología, otorrinolaringología, electrocardiografía, medicina interna, laboratorio, medicina familiar, cardiología, gastroenterología y emergencia” (Luna, 2002: 10).

En la práctica además de efectos negativos a los trabajadores, la prestación del servicio mejoró sólo para quienes tienen recursos, ya que el paciente se convierte en cliente al tener posibilidades de ser atendido sólo en la medida en que tenga recursos para pagar el servicio (Fuenmayor *et al.*, 2007:86-87), según Luna (2002), en las entrevistas a los usuarios y vecinos éstos revelaron que se “maltratan a los usuarios cuando no tienen para pagar la colaboración por la consulta médica”, lo cual unido a que el Estado deja de prestar el servicio directamente, da cuenta de un proceso de prestación del servicio privatizado.

Hay en definitiva exigencia de eficiencia, mejoras en la productividad y en la calidad del servicio, es por ello que “se les van imponiendo criterios de autofinanciamiento, esto se expresa en la reducción paulatina de los aportes que reciben las ONG'S, para atender un servicio que han recibido del Estado, esto conduce a incrementar las tarifas, que comienzan siendo una colaboración y terminan siendo tarifas que si bien podrían ser competitivas con las del mercado, la gran mayoría de la población no tiene acceso a ellas, esto está sucediendo con el servicio de salud en algunas regiones del país...” (Ochoa, 2001:116).

La situación anteriormente descrita siguiendo a Ochoa (2001:118), “no ha cambiado con el gobierno de Chávez, el cual le ha dado continuidad desde el aparato central a la política de promoción del tercer sector, aun-

que acompañada de políticas de prestación de servicios sociales gratuitos”. Sobre esto Therborn (1979), dice que en los procesos de transformación del Estado, una de las cuestiones más difíciles de cambiar lo constituye el aparato público, éste adquiere tal autonomía lo que dificulta su transformación. Para Therborn (1979:57), “la tecnocracia ejecutiva complementa y, en algunos casos, hace sombra a la burocracia legal, pero no la sustituye. Ambas coexisten dentro del moderno Estado burgués, con frecuencia en una difícil relación de competencia, procedimientos y rango conflictivos”.

En los primeros años de la gestión del gobernador Luis Reyes Reyes<sup>13</sup> se verifica esta tendencia, por más que se intente un modelo alternativo para el Estado Lara, persiste el modelo de descentralización anteriormente descrito, este modelo está instalado en todo el aparato subnacional con la estrategia de desconcentración administrativa para descentralizar este servicio como parte de la política neoliberal promovida en Venezuela a partir del proceso de descentralización político-territorial.

Desde el comienzo de su gestión, FUNDASALUD “asumió la responsabilidad de contribuir con la ejecución presupuestaria para gastos de funcionamiento de los hospitales del Estado Lara, mediante la modalidad de fondos en avances sujetos a rendición de cuentas, a fin de transferir las competencias a los establecimientos dispensadores de salud y sus organizaciones no gubernamentales” (Gobernación del Estado Lara, 2001), el modelo de gestión de salud de los noventa avanza a pesar de cambios en la política de salud a partir de la Constitución de 1999.

En este sector intervienen setenta y un asociaciones civiles en la gestión y en la calidad del servicio de la red ambulatoria del Estado y las ONG'S hospitalarias que apoyan la

atención secundaria y terciaria de salud y manejan recursos financieros con el apoyo de trece asociaciones civiles hospitalarias en la gerencia de los Hospitales<sup>14</sup> (Gobernación del Estado Lara, 2001). Para el año 2002, FUNDASALUD le transfirió recursos a sesenta y nueve ONG'S que apoyan a sesenta y nueve ambulatorios y contribuyó con los hospitales del Estado Lara, “mediante la adopción de un modelo de gestión participativa por parte de las ONG'S hospitalarias...” (Gobernación del Estado Lara, 2002).

El Estado Lara desde los inicios del proceso de descentralización político territorial, transfiere sus servicios a organizaciones de la comunidad, mayoritariamente a las ONGs, con aporte del estado y autofinanciamiento mediante el pago del servicio por los usuarios. Un caso emblemático es el sector salud. En este sector intervienen setenta y un asociaciones civiles que administran la red ambulatoria del Estado Lara y las ONGs hospitalarias que apoyan la atención secundaria y terciaria de la salud y manejan recursos financieros con el apoyo de trece asociaciones civiles hospitalarias en la gerencia de los hospitales (Gobernación del Estado Lara citado por Fuenmayor, 2007:245-246).

Como ejemplo de ello se tiene el caso del Ambulatorio de Cerro Gordo. En este ambulatorio la principal fuente de financiamiento proviene de la Gobernación del Estado Lara a través de FUNDASALUD, sin embargo, todos los servicios que presta el ambulatorio tiene una tarifa mínima denominada “colaboración”. Plantea Rodríguez (2000:19), que el usuario al llegar al ambulatorio:

“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 el 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 la mayoría de las personas de la comunidad se conocen, así como a los integrantes de SOCIASA y al personal del ambulatorio... 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”.

Refiere el autor que la tarifa de los servicios de odontología y laboratorio es más alta en comparación con la tarifa mínima que pagan los usuarios por el resto de los servicios, entre las razones para esta diferencia de precio, está el costo de los insumos y de los reactivos, no obstante, a pesar de ello, “siguen estando por debajo del precio estipulado en otros centros” (Rodríguez, 2000:19). El ambulatorio también tiene su estrategia para bajar el precio de la tarifa y es que los fines de semana el personal médico presta sus servicios a una tarifa menor que la establecida, “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” (Rodríguez, 2000:19).

El cobro del servicio al usuario a partir de la aprobación de la Constitución de 1999, se cuestiona seriamente al contemplar la gratuidad de los servicios sociales. Como se puede apreciar, la principal fuente de financia-

miento que tiene el Ambulatorio de Cerro Gordo proviene de los aportes de la Gobernación del Estado Lara a través de FUNDASALUD y de los ingresos propios generados mediante el cobro de las consultas a los usuarios, no obstante, al parecer, dado su carácter de ambulatorio, los servicios que ofrece son menos especializados que los hospitales y por lo tanto sus ingresos por la vía del cobro de las consultas es menor (Rodríguez, 2000), asimismo, el MSAS suministra los insumos, equipos y materiales necesarios para el área de medicina general, odontología y laboratorio y parte de los medicamentos 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 el MSAS, FUNDASALUD, ASCARDIO y empresas privadas como la Fundación Cisneros” (Rodríguez, 2000:24).

La Fundación Cisneros, estuvo involucrada activamente con la salud del Estado Lara durante el curso de la descentralización político territorial en los noventa. Para el año 1993, organizó un evento referido a la descentralización de la salud, en un reconocido hotel de Barquisimeto (Romero, 1995).

La participación de ONG's, Asociaciones Civiles y empresas privadas es fundamental para el funcionamiento de este ambulatorio a través de sus donaciones. Además de las ya consideradas, están otras tales como TELCELL, el Rotary Club y el Club de Leones (Rodríguez, 2000). De esta manera se descentraliza y al mismo tiempo se privatiza el servicio con apoyo de las ONGs y de Asociaciones Civiles, que lo que busca con esta modalidad es la reducción del Estado. Es una práctica del modelo neoliberal que consiste en el traspaso de la prestación de los servicios sociales al tercer sector, con la finalidad que la prestación del servicio mejore.

Dentro de la lógica del modelo neoliberal, la salud se mercantiliza cuando el individuo quien utiliza el servicio, tiene que pagar el servicio, el cual ya no es gratuito, generando exclusión para aquellas personas que no lo pueden pagar. Asimismo, el individuo ya no es tratado como paciente sino como cliente. Estas ONGs se ven sometidas a presiones en pro de mejorar el servicio que prestan, por lo que se manejan en base a criterios económicos, ya que en nombre del neoliberalismo, se les exige el mejoramiento de la calidad de los servicios, la eficiencia e incrementos de la productividad.

Esta vieja práctica heredada del modelo neoliberal, aún persiste, inclusive se le ha dado continuidad en el Estado Lara, a pesar de que Venezuela intenta un modelo alternativo, con otra orientación opuesta a las prácticas del modelo neoliberal y con un gobernador perteneciente al partido que llevó al poder al Presidente Hugo Chávez Frías, alineado y comprometido con el proyecto de transformación social y las políticas del gobierno nacional.

Dentro de este mismo orden de ideas, en el Estado Aragua el gobernador Tablante<sup>15</sup>, solicita la transferencia de los servicios de salud, la cual comienza a ser efectiva a partir del año 1993. Con el proceso de descentralización se transfirieron a la gobernación de Aragua los establecimientos y programas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), como parte de este proceso se creó provisoriamente el Servicio Autónomo de Salud de Aragua (SASEA), “que a partir de 1996 se transformó en un Instituto Autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio, denominado Corporación de la Salud del Estado Aragua (CORPOSALUD)” (Rincón y Rodríguez, 2005: 108). En materia social también se avanza en las propuestas de la Nueva Gestión Pública con la privatización de los servicios de salud para reducir el Estado.

Con la descentralización incursionaron <nuevos modelos de gestión en salud>, denominados así, por los partidarios de la descentralización político territorial, y que no es más que introducir prácticas del sector privado, como lo es la privatización de los servicios sociales, con el propósito de reducir al Estado. Destacamos el caso del Hospital Los Samanes<sup>16</sup>, administrado por la Fundación Materno Infantil Los Samanes, el cual nace “como modelo coparticipativo, entre el Estado y la sociedad civil, siendo propuesto por el propio ejecutivo regional, con el propósito de traspassar las funciones de salud a la sociedad civil mediante documento en el que se garantiza el apoyo financiero del ejecutivo regional al Hospital” (Zárraga citado por Rincón y Rodríguez, 2005: 121).

Este Hospital cuenta con las siguientes áreas de atención: “Observación, sala de cura, sala de hidratación, cirugía menor, emergencia pediátrica, quirófanos, radiología, inmunización de lactancia materna, bacteriología, laboratorios, electroencefalograma, neurología, oftalmología, odontología, ginecología, otorrinolaringología, pediatría, cardiología infantil, neurología infantil, farmacia, neumonología, hospitalización, cirugía pediátrica, ultrasonido, ecosonograma, dermatología, medicina general y otros servicios<sup>17</sup> (comedor, cafetín, galería de arte, óptica y ortopedia)” (Gobernación del Estado Aragua, 1994: 54).

La prestación del servicio en el referido hospital no es gratuita. “...La comunidad aporta pagos en función de sus disponibilidades presupuestarias, lo cual ha involucrado a los beneficiarios del servicio, sensibilizando a la comunidad y fomentando la participación vecinal...” (Gobernación del Estado Aragua, 1994: 53). Este es el modelo novedoso de gestión solidaria de salud, o “modelo de cogestión” denominado así en la memoria

y cuenta de la gobernación del año 1994, durante el gobierno de Tablante, su rasgo fundamental en el marco del modelo de economía de mercado, es el cobro del servicio a los usuarios. La experiencia de este modelo de gestión fue replicada en otros centros de salud, tales como el Hospital José María Benítez y el Centro Clínico La Morita, entre otros, donde la comunidad aporta pagos en función de sus posibilidades. El cobro de los servicios sociales es un rasgo del estilo de gestión tecnocrático y de las propuestas de la Nueva Gestión Pública, en donde el ciudadano es considerado un cliente económico o consumidor de los servicios públicos.

Se cobra al usuario para garantizar la prestación y al mismo tiempo la calidad del servicio. La principal fuente de financiamiento de este Hospital lo constituyen los aportes de la Gobernación y los ingresos propios del hospital, debido al cobro de las consultas a los usuarios, por lo que el servicio prestado no es gratuito, esto atenta contra la gratuitidad de los servicios sociales contemplado en la CRBV de 1999. El ciudadano es visto bajo este esquema como un usuario del servicio, como un cliente y no como paciente, “...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, la administración del hospital y el departamento médico, previa comparación con otros centros de salud como la Cruz Roja y el Cardiológico de Maracay” (Rodríguez, 2000: 18). Con este sistema mejora la prestación del servicio pero para quienes pueden pagarlos, los que no, quedan excluidos del servicio de salud, se reduce la población atendida, porque no todos disponen de los recursos para pagar.

“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” (Rodríguez, 2000:18). La exoneración del pago es total, parcial o a crédito, según el autor citado, asimismo, parte del ingreso obtenido a través del cobro al usuario, es para el pago a los médicos por las consultas realizadas.

Por otra parte, el Gobernador Tablante en su discurso sobre la salud, afirma que “El cambio debe continuar para darle más a la sociedad civil y a las comunidades organizadas para que asuman su responsabilidad...El cambio se ha iniciado en el rescate del Hospital Central de Maracay y del Hospital José María Benítez de la Victoria con el apoyo de la sociedad civil. De FUNDAPIEDIATRÍA, FUNDAMAMÁ, la Cámara de Industriales de Aragua, la Cámara de la Construcción, las Damas Voluntarias, FUNDAEMERGENCIA, entre muchas organizaciones sociales. El cambio está en marcha con ASODIAM, uno de los más modernos servicios de tomografía computarizada de Venezuela, gerenciado por el sector privado, pero con el apoyo financiero del Gobierno Regional” (Tablante, 1995:10).

Se trata de la transferencia de los servicios de la salud al sector privado, de esta manera se privatiza y se cobra el servicio de la salud. De acuerdo al gobernador Tablante “El cambio en salud ha comenzado porque tenemos un modelo regional, nuestro querido Hospital Los Samanes, que es ejemplo para toda Venezuela. Un Hospital cuyo único interés es el paciente. Que ha hecho más de un millón de consultas en cinco años y tiene regis-

tradas más de 300 mil historias médicas... Un hospital público, sometido por el Estado, donde los usuarios colaboran modestamente porque la salud no es un negocio, pero para preservarla como un derecho de todos, debemos participar...El cambio debe continuar para profundizar la descentralización...Para que le demos autonomía a un sistema regional de salud moderno, basado en la autogestión y la co-gestión” (Tablante, 1995: 11-12). La participación, es entendida por la gobernación como la autogestión económica, es decir el cobro de los servicios a los pacientes, vistos ahora como un usuario del servicio.

En un discurso del entonces gobernador Didalco Bolívar<sup>18</sup>, en el año 1999, ya en el gobierno de Hugo Chávez Frías muestra también su orientación a favor del proceso de descentralización político territorial y al modelo de economía de mercado, aún no se había aprobado la Constitución de 1999, pero el modelo a seguir para ese entonces en el Estado Aragua era el mismo promovido por Tablante y luego por Bolívar, durante la década de la descentralización de los años noventa. Ya como gobernador reelecto del Estado Aragua, en su segundo período de gobierno, le dirige su discurso al Presidente Chávez y le manifiesta lo siguiente:

“...Apóyenos para avanzar lo más rápido posible en la privatización del sector eléctrico en Aragua, para darle con este servicio un impulso decisivo a la inversión, y por lo tanto al empleo, en nuestro estado...hemos hecho un esfuerzo en materia de salud innegable. Estamos rescatando la red ambulatoria. Reestructurando los hospitales y creando, con la participación de la sociedad civil, nuevos modelos de centros especializados. Estos

centros funcionan con alta tecnología, bajo criterios de eficiencia y participación de la comunidad... Así trabajan el Cardiológico de Maracay ASODIAM, El Hospital los Samanes, El Centro Clínico La Morita, y el Centro Clínico Industrial Santa Cruz, entre otros.... Con recursos multilaterales y aportes propios, se rehabilitaron y abrieron los ambulatorios de El Consejo, Las Tejerías, Bella Vista, Colonia Tovar.... así como el Hospital del Sur de Aragua, en Camatagua... Aragua quiere ser el reflejo de un nuevo modelo de asociación entre el sector público y privado..." (Bolívar, 1999:6-16).

Está claro en el discurso y en la práctica el tipo de modelo de gestión que fue promovido en el Estado Aragua con el avance del proceso de descentralización político territorial, la privatización de los servicios de salud, son rasgos del modelo de economía de mercado, con claro avance de los planteamientos de la NGP.

### **3. Reflexiones finales**

La descentralización político territorial en Venezuela, surge para atender las exigencias del modelo de economía de mercado en curso en los noventa, se convierte en su instrumento por excelencia, de la mano de la privatización, para ello fue fundamental la participación del sector privado y del tercer sector. En un contexto en donde se promueven prácticas a favor del mercado, las exigencias se centraron en la búsqueda de eficiencia, productividad y competitividad, lejos de prácticas de democratización del poder.

Las propuestas de la NGP fueron acogidas con entusiasmo por las gobernaciones,

quienes de inmediato acataron los lineamientos de los organismos multilaterales, presentes en las gobernaciones con su capacitación y asistencia financiera en proyectos de gran envergadura para los Estados, selectivos en las áreas de interés en el campo de la salud. Para ello se crearon entes descentralizados administrativamente con el propósito de recibir a la descentralización y la privatización, como prácticas a favor de la eficiencia en la prestación de los servicios públicos y así estar a tono con la globalización neoliberal y con las exigencias del nuevo patrón de acumulación internacional que demanda un cambio a favor de la reestructuración del sistema capitalista.

La privatización facilitó prácticas de flexibilización laboral que lesionaron los intereses de los trabajadores en el sector de la salud, quienes se vieron vulnerables ante las nuevas condiciones del contrato de trabajo, ya no con el Estado, sino con empresas privadas, perdiendo beneficios laborales.

La práctica en las gobernaciones revela el carácter tecnocrático de la descentralización político territorial que continuó avanzando, incluso en las gobernaciones adeptas al proyecto político alternativo que se promueve desde el Gobierno Nacional con la aprobación de la Constitución de 1999, la cual contempla un rico articulado a favor de un modelo alternativo al neoliberal y que declara la gratuidad de los servicios en salud. La búsqueda de eficiencia durante el avance del proceso de descentralización político territorial vino acompañada en el sector salud del cobro del servicio al paciente, visto como cliente. Esto es un rasgo del modelo tecnocrático y de las propuestas de la Nueva Gestión Pública.

Prácticas tecnocráticas con base en las propuestas de la Nueva Gestión Pública, se aliaron con las viejas prácticas enquistadas en las gobernaciones, del modelo burocrático po-

pulista, lo cual impiden o se convierten en obstáculos para avanzar en la gestión de un proyecto alternativo a favor de la democratización de la sociedad y de la inclusión de las mayorías sociales.

## Notas

1. El proceso de descentralización se realiza bajo la dirección de gobernadores electos, “en el primer proceso electoral, la mayoría de los gobernadores electos fueron de Acción Democrática (AD), partido que llevó a Carlos Andrés Pérez al gobierno. De un total de 20 gobernadores electos, 11 pertenecían a este partido, es decir un 55%, del resto, 7, un 35%, pertenecían al Partido Social Cristiano COPEI, significa que un 90% pertenecían a los partidos tradicionales de derecha, sólo dos gobernadores, el 10% representaban partidos políticos emergentes identificados para entonces como partidos de izquierda: Uno del Movimiento al Socialismo y otro de la Causa Radical” (CNE citado por Ochoa, 2005:4). Ante este escenario político estaban dadas las condiciones para recibir en las gobernaciones a la descentralización. El panorama político no fue modificado en las elecciones siguientes en 1992, en donde el 77% de las gobernaciones, seguían en poder de los partidos políticos tradicionales, de las 22 gobernaciones, 11, las gana el partido político COPEI, es decir cerca de un 50%, 6 gobernaciones las gana el partido AD, es decir, un 27%, a diferencia los grupos de izquierda ganaron en 5 gobernaciones, lo que representa un 23% (CNE, citado por Ochoa, 2005). Para Ochoa (2005), en estas elecciones la oposición se organizó para desplazar a AD de los gobiernos estadales, a consecuencia de las dos intentonas golpistas en 1992, situación que favoreció al entonces líder del partido COPEI. Bajo un clima de conflicto político avanza la descentralización en Venezuela; después del caracazo, los dos intentos golpistas, y la salida de Pérez de la Presidencia de la República, resulta victorioso en las elecciones presidenciales de diciembre de 1993, Rafael Caldera, apoyado por un nuevo partido denominado CONVERGENCIA, quien pretende marcar distancia con las políticas neoliberales de su antecesor con un discurso de crítica al neoliberalismo, en este contexto se realizan las elecciones de gobernadores en 1995. “De un total de 22 gobernaciones, AD triunfa en 12, es decir el 54%, COPEI baja considerablemente al obtener 3 gobernaciones, es decir un 13% del total, pero dos nuevos grupos políticos vinculados a COPEI: CONVERGENCIA y Proyecto Carabobo, obtienen cada uno, una gobernación; los partidos de izquierda el MAS y La Causa Radical, obtuvieron 5 gobernaciones, es decir un 23%. En definitiva estamos en presencia de 17 gobernaciones respaldados por partidos claramente de derecha y 5 gobernaciones apoyados por partidos considerados de izquierda pero en camino hacia la derecha” (Ochoa, 2005:4). La crisis política, económica y fiscal, y la presión de los organismos multilaterales, incorporan a Venezuela a un modelo de economía de mercado a fines de la década de los ochenta en un contexto de protesta colectiva y espontánea, por lo que el conflicto político fue una oportunidad para avanzar en la descentralización (Ochoa, 2005).
2. En las elecciones de 1995 resultó electo Francisco Arias Cárdenas, quien participó en el intento de golpe en 1992, acontecimiento político que le otorgó suficientes méritos para su posterior triunfo en las elecciones para gobernadores. Arias Cárdenas fue apoyado por La Causa R, principal partido político que lo llevó al poder. Posteriormente fue reelecto en las elecciones de 1998 para gobernar por un período de tres años, esta vez apoyado por otros partidos además de la Causa R, tales como el Movimiento V República (MVR), principal partido que llevó a Hugo Chávez al poder en las elecciones presidenciales de 1998; el partido Movimiento al Socialismo (MAS); el Partido Comunista de Venezuela (PCV); el partido socialcristiano COPEI, IRENE, entre otros partidos minoritarios; no obstante, dada sus aspiraciones políticas para postularse como candidato en las elecciones presidenciales del año 2000, lo obliga a renunciar y es por ello que se adelantan las elecciones para goberna-

- dores en el año 2000 resultando ganador Manuel Rosales.
3. Manuel Rosales es el gobernador electo en el año 2000 y reelecto en el 2004, fue apoyado principalmente por el partido político: Un Nuevo Tiempo y se convierte posteriormente en el principal candidato de oposición del Presidente Hugo Chávez en las elecciones presidenciales de 2006.
  4. Su construcción fue impulsada por parte de la comunidad, por el líder Luis Sergio Pérez, quien pertenecía al Barrio Sierra Maestra y luchó por su construcción y dotación, al mismo tiempo que el Dr. Pedro Iturbe solicitaba un espacio para la formación de médicos de familia (Ochoa y Rodríguez, 2001).
  5. Lidera el equipo de medicina familiar en el Estado Zulia, puesto que ocupó su fundador, el Dr. Pedro Iturbe, quien fuera Presidente del Centro Internacional para la Medicina Familiar en los ochenta. Según Ochoa y Rodríguez (2001:69), “la medicina familiar es presentada como la especialidad médica que puede darle respuesta a los requerimientos de la implantación del modelo de atención primaria, lo que ha sido justificado con la falta de preparación adecuada por la medicina general...”. La Universidad del Zulia, señala tres etapas en el proceso de desarrollo de la Medicina Familiar en el Zulia y a nivel nacional. “La primera, la más difícil, fue la fase política, orientada al logro de cambio de actitud de la gente directiva del país en pro de la atención primaria y de la medicina general y familiar” (Universidad del Zulia citado por Ochoa y Rodríguez, 2001:69); esta etapa predominó en los setenta. Siguiendo a las autoras en referencia, la segunda fase se inicia con la creación de la Fundación Venezolana de Medicina Familiar a fines de 1981, así como también la creación de la primera Unidad de Medicina Familiar de Venezuela, ubicada en el Hospital General del Sur de Maracaibo. La última etapa, “es la fase de la docencia iniciada en 1982 en Maracaibo con la Primera Residencia de Postgrado de Medicina Familiar. Estos programas fueron llevados rápidamente a otros centros docentes del país” (Ochoa y Rodríguez, 2001:69).
  6. “Entidad privada autónoma, con personalidad jurídica, sin fines de lucro, que tiene por objeto incorporar el apoyo moral y económico y la participación activa de todos los sectores de la colectividad a favor del desarrollo de la medicina familiar en el país, integrando recursos oficiales y privados” (Iturbe citado por Ochoa y Rodríguez, 2001: 70).
  7. Ubicado en el Barrio Sierra Maestra del Municipio San Francisco.
  8. En el primer proceso para elegir gobernador en el Estado Lara, triunfó José Mariano Navarro, del partido Acción Democrática, con lo cual se crean condiciones para que en este Estado se impulsen las nuevas políticas públicas con orientación neoliberal. Después de dos períodos de gobierno de Navarro, triunfa Orlando Fernández. Su gestión se divide en dos períodos de gobierno. El primero de ello fue apoyado por el Movimiento al Socialismo (MAS), el Movimiento Electoral del Pueblo (MEP), Partido Comunista de Venezuela (PCV), entre otros partidos y ya en un segundo gobierno fue apoyado por el Partido Movimiento Quinta República (MVR), el MAS y otros. En ambos períodos de gobierno recibió apoyo del Partido CONVERGENCIA, partido que también llevó al poder al entonces Presidente de la República Rafael Caldera (CNE, 2003).
  9. La Comisión para la Reforma Integral del Estado Lara se crea a finales de los años 80. La primera COPRE se creó en el Estado Zulia (COPRE-Zulia), a través de un decreto en marzo de 1990, por el gobernador socialcristiano Oswaldo Álvarez Paz “quien emprende un conjunto de acciones dirigidas a diagnosticar la situación administrativa de la gobernación, así como a proyectar cambios” con asesoría del PNUD (Fuenmayor y Ochoa, 2003:192). El propósito de su creación se centró en “diseñar y ejecutar los estudios requeridos para la modernización de las estructuras administrativas e infraestructura legales de la entidad, de acuerdo con las demandas de la sociedad venezolana y en referencia con los cambios que se vienen operando en el país desde 1990 con el auge de la descentralización” (Gobernación del Estado Zulia, 1999). La segunda COPRE se creó en el país en el Estado Lara, para asesorar a la gobernación en materia de Reforma del Estado y descentralización.

10. “FUNDASALUD surge en 1991 por decreto del Gobierno Regional del Estado Lara, es una institución de derecho privado, sin fines de lucro, con personalidad jurídica y patrimonio propio que recibe su presupuesto del Estado; su misión se orienta en última instancia a la promoción de la salud” (FUNDASALUD-Lara citado por Arteta *et al.*, 1998: 4).
11. Las características de ese nuevo modelo serían de acuerdo a la propuesta de la COPREL las siguientes: 1) La participación activa de la comunidad, como protagonista del sector salud, 2) Una administración participativa, 3) Sistemas de información como base para la toma de decisiones, 4) Selección, estímulo al personal y la adquisición de equipos en pro de la calidad técnica y 5) Atención primaria en salud (Arteta *et al.*, 1998).
12. Otros autores tales como Arteta *et al* (1998), califican las experiencias de algunos ambulatorios del Estado Lara como exitosas bajo el modelo de descentralización de los servicios de salud. Estos ambulatorios son: El ambulatorio de Cerro Gordo y Santos Luzardo, ambos han merecido elogios y reconocimientos, una vez evaluados con parámetros neoliberales por instituciones y organismos como el IESA, el BID, el Banco Mundial, la Fundación Cisneros, entre otros, “siendo considerado el ambulatorio de Cerro Gordo como prototipo a nivel nacional”.
13. Para el año 2000, en las elecciones para gobernadores triunfa en el Estado Lara el Teniente Coronel Luis Reyes Reyes. El gobernador Luis Reyes estuvo apoyado principalmente por el Movimiento V República y por otros partidos de izquierda. Antes de lanzarse a la gobernación, participó en febrero de 1992 en el intento de golpe de Estado. Fue reelecto en las elecciones de 2004.
14. En los Hospitales Tipo I de Duaca, Quibor, El Tocuyo, Hospitales Tipo III de Carora, Dr. Luis Gómez López y el Hospital Tipo IV Dr. Antonio María Pineda, Rotario y la Maternidad de la Carucieña (Gobernación del Estado Lara, 2001).
15. En las primeras elecciones de gobernadores en el Estado Aragua paralelo al proceso de descentralización político-territorial, resultó ganador en el año 1989 Carlos Tablante, apoyado por partidos de la izquierda, principalmente por el partido político Movimiento al Socialismo (MAS), y por otros partidos con la misma orientación ideológica tales como el Partido Comunista de Venezuela (PCV) y el partido Movimiento Electoral del Pueblo (MEP).
16. Ubicado en la zona sur de 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” (Rodríguez, 2000:14). Por su ubicación, sus servicios en un primer momento estuvieron orientados a atender fundamentalmente a la población de escasos recursos ubicada alrededor de la zona, pero posteriormente, dado a su crecimiento, el hospital atiende a la población en general del Estado Aragua y a personas de otros estados del país (Rodríguez, 2000).
17. Los ingresos generados por el funcionamiento del cafetín, óptica, comedor y miscelánea permiten mantener un fondo para contingencias que se utiliza cuando hay retrasos en la entrega de la asignación presupuestaria que casi siempre ocurre durante los primeros meses del año (Rodríguez, 2000).
18. En el año 1995 triunfa en las elecciones a gobernadores apoyado por los principales partidos de la izquierda, que llevaron a Tablante al poder. Desde ese entonces Didalco Bolívar se mantuvo en el poder, ganando las elecciones de 1998, 2000 y 2004. En 1998 dio apoyo a la po-

lítica alternativa del Presidente Chávez, sin embargo, desde 1995 realizó acciones con su política y gestión, a favor de la descentralización político territorial y del proyecto económico neoliberal en curso en todas las gobernaciones.

### Bibliografía citada

- Asamblea Nacional Constituyente (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.453, de fecha 24 de marzo. Caracas.
- Arteta, Federico; Pérez de Saturno, Alda y Brandt Landínez, Nancy (1998). FUNDASA-LUD-LARA: Modelo de Descentralización hacia la Sociedad Civil. En: Provincia Revista Venezolana de Estudios Territoriales. N° 5 y 6 I etapa. Centro Iberoamericano de Estudios Provinciales y Locales (Cieprol). Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. Disponible en: [www.Saber.ula.ve](http://www.Saber.ula.ve). Consulta realizada el 06 de junio de 2011.
- Bolívar Graterol, Didalco (1999). Discurso de Didalco Bolívar Graterol en el Acto de Juramentación como Gobernador Reelecto del Estado Aragua. Gobernación del Estado Aragua. Maracay, 23 de enero de 1999. Venezuela.
- Consejo Nacional Electoral (CNE) (2003). Cuadro comparativo de gobernadores electos por entidad. Elecciones 1989-1992-1995-1998-2000. Secretaría General. Dirección de Estadísticas Electorales. División de Geografía Electoral. Disponible en: [www.cne.gov.ve](http://www.cne.gov.ve). Consulta realizada el 06 de junio de 2011.
- CLAD (1998). Una Nueva Gestión Pública para América Latina. CLAD. Caracas.
- CLAD (1999). “Una Nueva Gestión Pública para América Latina”. En Revista: **Reforma y Democracia**. N° 13. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Caracas. Pp. 249-274.
- Coraggio, José Luis (1989). “La propuesta de descentralización: en busca de un sentido popular”. En: **Descentralización del Estado, requerimientos y políticas en la crisis**. Elsa Laurelli y Alejandro Rofman (Compiladores). F.F: Ebert CEUR, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: [www.coraggioeconomia.org/jlc/archivos%20para%20descargar/La%20propuesta%20de%20descentralizaci%F3n\\_1988.pdf](http://www.coraggioeconomia.org/jlc/archivos%20para%20descargar/La%20propuesta%20de%20descentralizaci%F3n_1988.pdf). Consulta realizada el 16 de agosto de 2011.
- Coraggio, José Luis (1991). “Las dos corrientes de descentralización en América Latina”. En: **Ciudades sin Rumbo. Investigación Urbana y Proyecto Popular**. SIAP-CIUDAD Centro de Investigaciones. Quito. Ecuador. Disponible en: [www.coraggioeconomia.org/jlc/archivos%20para%20descargar/DESCENTRUBA.pdf](http://www.coraggioeconomia.org/jlc/archivos%20para%20descargar/DESCENTRUBA.pdf) Consulta realizada el 03 de agosto de 2011.
- Coraggio, José Luis (1994). “La propuesta descentralizadora: Límites y posibilidades”. En: **Ciudad Alternativa**, N° 10; Época II; Ciudad Centro de Investigaciones. Quito. Ecuador. Disponible en: [www.coraggioeconomia.org/jlc/archivos%20para%20descargar/DESCENTRMOZ.pdf](http://www.coraggioeconomia.org/jlc/archivos%20para%20descargar/DESCENTRMOZ.pdf). Consulta realizada el 03 de agosto de 2011.
- De Mattos, Carlos (1989). “Falsas expectativas ante la descentralización. Localistas y neoliberales en contradicción” En **Revista Nueva Sociedad**. No. 104. Disponible en: [www.bibliotecajb.org/portals/0/docs/Maestrias/Alta\\_Direccion-publica/13.%20Falsas%20expectativas%20ante%20la%20descentralizacion%20\(Mattos\).pdf](http://www.bibliotecajb.org/portals/0/docs/Maestrias/Alta_Direccion-publica/13.%20Falsas%20expectativas%20ante%20la%20descentralizacion%20(Mattos).pdf). Consulta realizada el 29 de diciembre de 2011.

- De Mattos, Carlos (1990). “La Descentralización, ¿Una nueva panacea para impulsar el desarrollo local?”. En: **Revista Economía y Sociedad**. No 3, Universidad Católica de Chile. Instituto de Estudios Urbanos. Santiago de Chile.
- Esteso, Roberto (1986). Estado y Economía: Reflexiones sobre las tendencias de la intervención y la burocracia estatal. Ponencia presentada en el XVI Congreso Latinoamericano de Sociología. Río de Janeiro, Brasil, del 02 al 07 de marzo.
- Fuenmayor, Jennifer y Ochoa Henríquez, Haydée (2003). Descentralización y Modernización Administrativa de las Gobernaciones en Venezuela: El caso del Estado Zulia. En: Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales. Vol. 9, N° 1, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela. Caracas. Pp. 185-210.
- Fuenmayor, Jennifer; Ochoa, Haydée y Henríquez, Deyanira (2007). “Política y Gestión de las Gobernaciones en Venezuela en el contexto de la descentralización”. En: **Revista Frónesis**. Vol.14. No.3 Instituto de Filosofía del Derecho “Dr. José Manuel Delgado Ocando. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. Pp. 75-117.
- Fuenmayor, Jennifer (2007). “Una mirada a la participación ciudadana en las gobernaciones de Venezuela a partir del proceso de descentralización”. En: **Voces y Letras en Insumisión**. Movimientos sociales y reflexiones sobre América Latina. Ediciones Insumisos Latinoamericanos. Robinson Salazar (director del proyecto), Alejandra Chávez y Luis E Ocampo (Coordinadores). Primera edición. Elaleph.com. Buenos Aires, Argentina. Pp. 231-284.
- Fundación de Estado para la Modernización de las Administraciones Públicas (2001). Plan Operativo. Ejercicio Fiscal 2002. Gobernación del Estado Zulia. Maracaibo. Venezuela. 17 p.
- Fundación para la Modernización de las Administraciones Públicas (2005). Memoria y Cuenta 2004. Gobernación del Estado Zulia. Maracaibo. Venezuela.
- Gobernación del Estado Zulia (1999). Gobierno del Zulia. En: [www.diariodelzulia.com](http://www.diariodelzulia.com). Consulta: Septiembre de 1999.
- Gobernación del Estado Zulia (2004). Memoria y Cuenta 2003. Maracaibo. Venezuela.
- Gobernación del Estado Lara (2001). Memoria y Cuenta del año 2000. Gobierno de Lara. Gestión Financiera. Tomo I. Volumen I. Barquisimeto. Venezuela.
- Gobernación del Estado Lara (2002). Memoria y Cuenta del año 2001. Gobierno de Lara. Gestión Financiera. Tomo I. Volumen I. Barquisimeto. Venezuela.
- Gobernación del Estado Lara (2003). Memoria y Cuenta del año 2002. Gobierno de Lara. Gestión Financiera. Tomo I. Volumen I. Barquisimeto. Venezuela.
- Gobernación del Estado Aragua (1994). Informe Anual 1993, presentado ante la Asamblea Legislativa por el gobernador del Estado Aragua Carlos Tablante Hidalgo. Maracay. Venezuela.
- Gobernación del Estado Aragua (2004). Folleto de la fundación CRAID. Gobernación del Estado Aragua. Maracay. Venezuela.
- Gobernación del Estado Aragua (2007a). Portal Oficial del Gobierno de Aragua. Sección Salud. Disponible en: [www.aragua.gob.ve](http://www.aragua.gob.ve). Fecha de consulta el 02 de julio de 2007.
- Gobernación del Estado Aragua (2007b). Folleto informativo sobre las obras del gobierno de Aragua. Gobernación del Estado Aragua. Maracay. Venezuela.

- Grüber, Félix J. (1995). **Una Nueva Gerencia en los Servicios Públicos de Salud en Venezuela.** Fundación Polar. Caracas. Venezuela. 47 p.
- Grüber, Félix J. (1999). Experiencia de Privatización de la Gestión del Ambulatorio Luis Sergio Pérez. Documento. Maracaibo. Venezuela.
- Guerrero Orozco, Omar (1986). **La Teoría de la Administración Pública.** Editorial Harla. Universidad Nacional Autónoma de México. México. D.F. 398 p.
- Guerrero Orozco, Omar (2000). “**Teoría Administrativa del Estado**”. Universidad Nacional Autónoma de México. México; Oxford University Press. Disponible en: [www.omarguerrero.org/libros/TAE.pdf](http://www.omarguerrero.org/libros/TAE.pdf) Consulta realizada el 20 de enero de 2011.
- Guerrero Orozco, Omar (2004). **La Nueva Gerencia Pública.** Distribuciones Fontamara, S.A, primera edición. México. D.F.
- Holloway, John (1982). **Fundamentos Teóricos para una Crítica Marxista de la Administración Pública.** Instituto Nacional de Administración Pública. México. 89p.
- Holloway, John (2002). **Cambiar el mundo sin tomar el poder.** El significado de la revolución hoy. Universidad Autónoma de Puebla. Buenos Aires, Argentina. 320 p.
- Jessop, Bob (1999). ¿Hacia un Estado de Trabajo Schumpeteriano? En: **Crisis del Estado de Bienestar. Hacia una nueva teoría del Estado y sus consecuencias sociales.** Siglo del Hombre Editores. Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá. 214 p.
- Jessop, Bob (2008). **El Futuro del Estado Capitalista.** Trad. de Antonio de Cabo y Aniza García. Editorial Catarata. Madrid. 337 p.
- Luna, Digna América (2002). Acerca de la gestión compartida sociedad civil-Estado. Documento Libre del VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires.
- Monedero, Juan Carlos (2009). **Disfraces del Leviatán.** El papel del Estado en la globalización neoliberal. Ediciones Akal Universitaria. Madrid. España. 288 p.
- Ochoa Henríquez, Haydée (1995). “**Tecnocracia y Empresas Públicas en Venezuela (1948-1991)**”. EdiLUZ. Vicerrectorado Académico. Universidad del Zulia. 263 p.
- Ochoa Henríquez, Haydée (1997). “La Reforma de la Administración Pública en Venezuela –Proyectos y Realidad–”. En: **Revista Gestión y Política Pública**. N° 7-8. España. Pp. 177-188.
- Ochoa Henríquez, Haydée (1999). “Elementos teóricos para el estudio de la modernización administrativa de las gobernaciones en Venezuela”. En: **Revista Venezolana de Ciencias Sociales**. Vol. 3. No 1. Vicerrectorado Académico. Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt, Maracaibo. Venezuela. Pp. 69-91.
- Ochoa Henríquez, Haydée (2001). “Descentralización y retiro del Estado de la prestación de servicios en Venezuela”. En: **Revista Ciencias de Gobierno**, año 5, N° 9. Instituto Zuliano de Estudios Políticos, Económicos y Sociales. Gobernación del Estado Zulia. Maracaibo. Venezuela. Pp. 99-121.
- Ochoa Henríquez, Haydée y Rodríguez Colmenares, Isabel (2001). “Descentralización y Privatización de la Salud en Venezuela. Estudio de un caso”. En: **Revista Tendencias**. Vol. II. No. 2. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad de Nariño. Colombia. Pp. 65-87.

- Ochoa Henríquez, Haydée (2005). Políticas Públicas y Administración en las Gobernaciones Venezolanas: Tendencias y Contratendencias. Ponencia presentada en el XXV Congreso de ALAS en Porto Alegre del 22 al 26 de agosto.
- Ochoa Henríquez, Haydée y Fuenmayor Carroz, Jennifer (2006). “Ni Tecnocracia Ni Populismo: Hacia una Gestión Pública para la Transformación en Venezuela”. En: **El Poder de los Expertos: Para comprender la tecnocracia**. Haydée Ochoa Henríquez y Alejandro Estévez (Coordinadores). Centro de Estudios de la Empresa. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. Pp.145 -189.
- Poulantzas, Nicos (1978). **Estado, Poder y Socialismo**. Siglo Veintiuno Editores. México.
- Romero Milano, Antonio (1995). **4 Estilos de Gerencia en Lara**. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato de Administración y Contaduría. Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico. Barquisimeto. 89p.
- Rincón Becerra, María T y Rodríguez Colmenares, Isabel (2005). “Descentralización y gestión de los servicios de salud en el Estado Aragua”. En: **Revista Venezolana de Gerencia** (RVG). Año 10. No. 29. Universidad del Zulia. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Centro de Estudios de la Empresa. Maracaibo, Venezuela. Pp. 106-131.
- Rodríguez García, Virginia (2000). La Transformación del Estado y las políticas en salud en una sociedad en conflicto. Programa Regional de Becas CLACSO, Buenos Aires. Argentina. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/1999/rodriguez.pdf>. Consulta realizada el 17 de julio de 2011.
- Santos, Boaventura De Sousa (2003). **La Caída del Angelus Novus**: Ensayos para una nueva teoría social y una nueva práctica política. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales/ Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos ILSA. Ediciones Antropos, Bogotá, Colombia. 305 p.
- Tablante, Carlos (1995). El cambio continúa. Aragua no se devuelve. Discurso del Gobernador de Aragua, Carlos Tablante, en el acto de presentación de la Memoria y Cuenta de 1994 ante la Asamblea Legislativa del Estado Aragua el 6 de abril de 1995. En: Informe Anual 1994, Gobernación del Estado Aragua, Maracay. Venezuela.
- Therborn, Göran (1979). **¿Cómo domina la clase dominante?** Editorial Siglo XXI Editores. México.