



Flexibilización Laboral en el sector salud: Una estrategia en la Gobernación del Zulia*

María T. Rincón Becerra
Isabel Rodríguez Colmenares

Lic. en Ciencia Política. Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Docente e Investigadora del CEE de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI) del FONACIT. E-mail: materinbe2@yahoo.com/ materinbe@hotmail.com.
Socióloga. Magíster en Ciencia Política. Investigadora del CEE de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI) del FONACIT. E-mail: isarodri@cantv.net

Resumen

Durante las últimas décadas del siglo veinte, los países de América Latina han sufrido transformaciones en el mundo de las relaciones laborales. Este trabajo tiene como objetivo explorar las modalidades de contratación que han dado paso a la implementación de la flexibilización laboral, por parte de la gobernación del estado Zulia en el sector salud, a partir de la década de los noventa. La investigación es de tipo descriptiva. Se fundamenta en una revisión hemerobibliográfica y documental. La muestra estuvo constituida por la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez; Ambulatorio San Francisco y la Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo. Los resultados revelan que la gobernación del estado Zulia ha dado paso al desarrollo de una estrategia que ha tenido como resultados los siguientes aspectos: 1) flexibilización interna, con predominio de sus vertientes numérica y salarial, afectando el contenido del contrato de trabajo; 2) distintos tipo de contratación; individual, para períodos de tiempo y por produc-

* Este trabajo formó parte de los resultados del proyecto de investigación "Modelos de Gestión de los servicios de salud promovidos por las Gobernaciones en Venezuela", adscrito al Programa Política y Administración Subnacional del Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ).

tividad; 3) flexibilización externa, mediante el empleo de suministradoras de mano de obra; tales como microempresas y outsourcing. Se concluye que el gobierno regional busca reducir los gastos en materia laboral, en detrimento de los derechos individuales y colectivos de los trabajadores del sector público salud bajo su dirección.

Palabras clave: Flexibilización Laboral, precarización, individualización, sub-contratación, sector salud, Venezuela.

Labor Flexibility in the Health Sector: A Strategy of the Zulia State Governor's Office

Abstract

Over the last decades of the 20th century, Latin American countries have suffered transformations in the area of labour relations. The objective of this paper is to explore the labour-contract modalities which have favoured the implementation of labour flexibility on the part of the Zulia State Government in the health sector, over the decade of the 1990s. The research is descriptive, and is based on bibliographical and documentary review. The sample was made up of the Health Assistance Teaching Unit "Luis Sergio Perez", the Ambulatory Hospital in San Francisco, and the Maracaibo Pediatric Specialties Foundation Hospital. The results reveal that the Zulia State Governors Office has developed a strategy composed of the following aspects: 1) internal flexibility resulting in numerical and salary considerations that affect the collective labour contract, 2) different types of contracts, individual contracts for periods of time and productivity, and 3) internal flexibility through labour contracting with small businesses and external sources. The conclusion is that the state government is attempting to reduce labour costs in detriment to the individual and collective rights of the public health sector labour unions under their direction.

Key words: Labour flexibility, precariousness, individualization, sub-contracting, health sector, Venezuela.

1. Introducción

Como la mayoría de los fenómenos sociales e históricos, el globalismo según apunta Ianni (1999) es producto y

condición de múltiples factores que se interconectan con lo económico, así se tiene que se amalgaman lo social, político, cultural y demográfico. En este sentido, se puede hablar de un com-

plejo proceso que ha puesto en evidencia viejos problemas asociados con el desarrollo desigual del sistema capitalista; también han aflorado otros nuevos relacionados con la expansión de empresas globales, el incremento del comercio intraindustrial, el papel jugado por las nuevas tecnologías, la aceleración de las comunicaciones, por efecto de la mayor densidad e interdependencia de las redes, la presencia de los flujos informáticos y, de manera muy especial, el surgimiento de originales formas de organización flexible de producción mediante el empleo de la liberalización, privatización y desregulación (Kuri, 2003) que han incidido en el mundo del trabajo de manera particular y en la sociedad en forma general.

Según Ermida (1999: 136) el proceso de globalización genera para los trabajadores tres dramas; *el primero* alude al desinterés por el desarrollo del mercado interno, que trae aparejado el quiebre que se registra entre el momento en que se efectúa la producción de los bienes y servicios y el sujeto que va a consumir esa producción. En este sentido, el interés por el incremento del poder adquisitivo del trabajador local pasa a ocupar un segundo plano, así como la garantía de la seguridad social de ese trabajador a largo plazo pues él, en definitiva no constituye el objeto de esa producción. En síntesis, se está alterando en el ciclo

productivo la relación: sujeto de la producción (obrero/empleado) con respecto al sujeto de consumo, el cual se encuentra ubicado en otro ámbito geográfico, por lo que se está produciendo “parafantasmáticas sociedades anónimas” (García Canclini, 1999: 57).

El segundo, tiene que ver con el limitado poder del Estado para incidir sobre las variables económicas, pues él ha venido siendo superado por las grandes formas industriales, financieras y comerciales que desdibujan los límites de las fronteras nacionales. Esto ha intensificado la movilidad del capital frente a la imposibilidad del Estado Nacional para controlar, regular e intervenir en el proceso productivo. Proceso éste que ha venido amparado y abrazado al impulso del enfoque neoliberal; pues considera la reducción de la presencia del Estado¹ en todos aquellos asuntos que bloquean el desarrollo del mercado y la dinámica de la acción privada en la economía.

De acuerdo con estas ideas, la otra arista de esta presencia universal del capital tiene que ver con el debilitamiento del poder sindical. En particular, en algunos países latinoamericanos, han tenido que ceder terreno y se han mostrado incapaces para negociar mejores condiciones laborales porque tampoco cuentan con el apoyo del Estado; más aun cuando en Amé-

1 Varios autores han argumentado no solamente sobre la reducción del tamaño del Estado, a consecuencia de la globalización a raíz del impulso del modelo neoliberal, sino sobre la pérdida de significado del mismo, por lo que la globalización plantea el adiós al Estado.

rica Latina se comenzaron a aplicar programas de ajustes y cambios estructurales que promocionaron el estancamiento o disminución del empleo formal (Laurell, 2000).

El tercer drama esta referido a la visibilidad que ha adquirido una nueva contradicción inherente al desarrollo del sistema capitalista, la supremacía de la tecnología que ha provocado el desplazamiento continuo del hombre como trabajador y como obrero asalariado. La introducción progresiva de los sistemas automatizados, la masiva incorporación de la tecnología y la informática, así como la robótica en las grandes industrias ha conducido a un replanteo del sentido del término empleador, que remite al que emplea (Ermida, 1999).

La Globalización de acuerdo a Miren Etxezarreta (2001), es el proceso que se explica por medio del efecto que ha tenido la liberalización del comercio y los flujos de capitales. Esto ha tenido sus consecuencias en el mundo laboral por cuanto se han difundidos sus efectos hacia la búsqueda de flexibilizar el mercado de trabajo². Los procesos de flexibilización laboral, si bien no son ajenos al desarrollo histórico del capitalismo, han venido tomando auge a raíz de la consolidación de la hegemonía ideológica del pensamiento neoliberal que ha adquirido irradiación global, tanto por la vía del predominio de las fuerzas del mercado como por el influjo de la necesidad

de borrar los obstáculos que provienen de la intervención del Estado.

La cristalización de dicho proceso representa una de las aristas más visibles de la globalización, la cual ha creado las condiciones apropiadas para que fragüen los postulados neoliberales en materia laboral, y se reduzca en este sentido la presencia del Estado en las relaciones individuales, para que cada trabajador negocie el precio de su trabajo libremente con el empleador, sin sujeción a topes mínimos; condicionados por el Estado o producto de las convenciones que surjan de las relaciones colectivas a objeto de limitar, restringir y si fuera políticamente posible, eliminar la acción sindical, la negociación colectiva y la huelga; fenómenos éstos que, en la doctrina neoliberal no son vistos como derechos fundamentales ni como instrumentos de equidad, sino como prácticas monopólicas de los vendedores de fuerza de trabajo, que obstaculizan el libre juego de la oferta y la demanda de trabajo (Ermida, 1999). Con esto se apuesta a la destrucción de los beneficios colectivo de la fuerza de trabajo y a la individualización de las relaciones de trabajo.

Para Sotelo (2003: 24-25) este nuevo orden internacional tiende a acortar los ciclos de rotación del capital fijo; lo que conduce al desarrollo de dos fenómenos, la simultaneidad de la producción de un bien o servicio, y la subcontratación. En el contexto de los

2 Ver al respecto los interesantes trabajos realizados por Miren Etxezarreta sobre globalización y sus distintas aristas.

procesos de globalización el mercado tiende a conseguir cada vez mayor importancia a nivel general, y en el sector público adquieren presencia los procesos que conducen hacia la privatización, por cuanto la adopción de los criterios de mercado abraza al sector estatal. Estos planteamientos se refuerzan con lo señalado por Lucena (2004: 52) quien considera "...que la globalización es una imposición del neoliberalismo, entendiéndolo que se trata de la adopción de políticas basadas en la liberación y el libre mercado...", por lo que ese mayor grado de liberalización rompe con las barreras proteccionistas propias del Estado del Bienestar.

De acuerdo a este orden de ideas, los funcionarios que prestan servicios públicos, como los de salud, sufren restricciones en el régimen laboral rígido, al que tradicionalmente se han acogido, tales como: fuertes garantías de empleo, escalas de salarios basadas en la educación y años de servicio, elevadas pensiones, entre otras, además se minimiza el papel desempeñado por los sindicatos.

En atención a la tematización expuesta, este trabajo tiene como objetivo explorar las modalidades de contratación que han dado paso a la im-

plementación de la estrategia de flexibilización laboral, por parte de la gobernación del estado Zulia³ en el sector salud, a partir de la década de los noventa, cuando el proceso de descentralización permitió que los gobiernos regionales asumieran competencias relativas a salud, aunado a la adopción de los lineamientos adoptados por la reforma del Estado que derivó en que los gobiernos subnacionales se desprendieran de ciertas responsabilidades de gestión transfiriéndolas a organizaciones de la sociedad civil o los agentes privados. Este proceso dio paso a la implementación de diversas modalidades de gestión para prestar los servicios de salud.

Se eligió una muestra no probabilística intencional sobre la base de criterios de tipos geográficos, históricos, división política de salud, categoría de establecimientos y por modelo de gestión. En este sentido, se seleccionaron los siguientes establecimientos de salud: La Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez; el ambulatorio San Francisco y La Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, todos adscritos al Sistema Regional de Salud de la Gobernación del estado Zulia. El estudio que se adelantó fue de tipo descriptivo y docu-

3 El Estado Zulia esta situado en la zona Nor-occidental de Venezuela. Limita al Norte con el Mar Caribe; por el este con los Estados Falcón, Lara y Trujillo; por el sur con Mérida y Táchira, y por el Oeste, con la República de Colombia. Su **capital**: Maracaibo, ciudad del noroeste de Venezuela (ubicada en la parte noroeste del Lago de Maracaibo). Tiene una **Superficie de** 63.100 Km²., representando el 6.92 % del territorio nacional, cuenta con una **Población de** 2.553.127 habitantes, constituyendo el 12.4 por ciento de la población del país (MPD, 2005).

mental, pues se realizó una revisión hemerobibliográfica, electrónica y de fuentes oficiales.

2. Flexibilización laboral: una aproximación a su definición y dimensiones

La flexibilización tiene distintos enfoques y características, permitiendo que su conceptualización tenga varias acepciones y valoraciones posibles, lo que hace al término flexibilización polisémico, en ocasiones difuso o sino confuso; sin embargo para efectos de este trabajo se hace el intento por realizar una definición que de cuenta de su significado en el mundo de la gestión del recurso humano en el nuevo contexto productivo.

Los orígenes de la palabra flexibilización, provienen del latín *flexibilis*, que refiere a la disposición de doblarse fácilmente; si extrapolamos dicho significado al mundo de las relaciones laborales, el mismo puede ser entendido como la posibilidad que tienen los trabajadores para ceder o acomodarse al dictamen o decisiones de sus patrones en torno a las relaciones laborales entre ambas partes, conduciendo de esta manera al desdibujamiento de las regulaciones entre los actores laborales (trabajadores, patrono y sindicatos). Desde esta perspectiva, se gesta un proceso de adaptación a las nuevas condiciones de trabajos, obligando al trabajador a "...mantener una relación inestable..." (Lucena, 2004:228).

Las organizaciones públicas están operando en entornos cambiantes, aunque no tan dinámicos como en las empresas; sin embargo por la necesidad de adaptación a sus nuevas nece-

sidades, las mismas se ven obligadas a reconsiderar ciertos elementos de rigidez (Longo, 2001). En este sentido, la flexibilización no es más que una fuente de transformaciones sufridas en las formas de trabajar. Desde esta perspectiva, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), refiere que la flexibilización es "el conjunto de medios destinados a mejorar la eficiencia de las organizaciones y su capacidad de adaptación a las variaciones del contexto en que ella actúa. Implica el abandono de métodos universalistas a favor de una actividad orientada hacia resultados junto a métodos de gestión, recursos humanos y financieros basados en la descentralización de responsabilidades y en la adaptación del contexto" (OCDE citada por Saravia, 1998).

En sí en el mundo del trabajo, la flexibilización se constituye en una estrategia vinculada a la organización del trabajo y a las relaciones laborales. En tal sentido, la flexibilización organizativa, es considerada como el conjunto de prácticas empresariales que se ponen en marcha para adaptar la organización a un entorno cambiante (Coller, 1997:45).

Por su parte, en el campo de la administración pública, sostienen Ochoa y Gamboa (1999: 96), que se trata de un paradigma que intenta superar, tanto los supuestos de la administración científica Taylorista como Fayolista, así como las propuestas adelantadas por Weber, pues intenta romper con la clásica pirámide vertical concentradora del poder en la cúspide. Asimismo, señalan que con la flexibilización organizativa se ha in-

corporado: a) mayor autonomía a las unidades gubernamentales; b) creación de estructuras planas y ambiguas donde se minimizan los niveles jerárquicos; y, c) simplificación de procesos.

De acuerdo al interés que nos ocupa en este trabajo, no se puede perder de vista la referencia hacia la flexibilización laboral, entendida en sentido estricto, de acuerdo a las palabras de Albizu (1997: 17-18) como “la gestión flexible de los recursos humanos”. Para este autor, la flexibilización laboral puede ser presentada desde distintos puntos de vistas, uno de ellos desde *la psicología social*, entendida como la ...capacidad del hombre de adaptarse o acomodarse a las nuevas necesidades, bien por iniciativa propia, por exigencias y requerimientos externos, sobrepasando y venciendo rigideces que, de mantenerse, podrían producir situaciones traumáticas o de ruptura. Desde el punto de vista *sindical*, la flexibilización laboral se identifica con la no regulación laboral⁴; *patronal* “eliminación de obstáculos legales al empleo de mano de obra mediante la extensión o recuperación de las prerrogativas de dirección de la empresa; desde el punto de vista de la *gestión empresarial*, adecuación de los recursos humanos disponibles y la organización del trabajo, a la variaciones de la demanda y diversificación de los

productos y los servicios”. Lo extenso de esta cita se justifica por la necesidad de resaltar las distintas visiones que connota la flexibilización, en su dimensión relacionada con la materia laboral.

Vale destacar, lo planteado por Ochoa y Gamboa (1999: 98), quienes refieren que la flexibilización en la gestión del recurso humano, “pasa por la reducción de personal fijo y la incorporación de funcionarios contratados bajo modalidades que facilitan el despido y la movilidad del personal, intra e inter organizacionales... (además) la flexibilidad del mercado laboral lesiona... la estabilidad en el trabajo”.

Es de señalar que la flexibilización laboral de acuerdo al enfoque de Atkinson citado por Coller (1997:44-45), está formada por dos dimensiones a saber; una interna y otra externa. *La flexibilización interna*, a su vez puede ser abordada a partir de dos orientaciones: una hace referencia a la entrada y salida de los trabajadores de las empresas sin influir en la reducción del costo para el empresario (Boyer citado por Battistini y Montes, 2000: 67), y por la otra vertiente⁵, la flexibilización interna solo da cuenta de la movilidad horizontal y vertical que pueden tener los trabajadores (Pries, 1993).

Siguiendo este enfoque de Atkinson (citado por Coller, 1987), la flexibi-

4 Se refiere a la ausencia de regulaciones legalmente establecidas. Asimismo, con ello se evidencia la pérdida de capacidad de actuación de los sindicatos entre el patrono y los empleados.

5 Hace alusión la organización del trabajo.

lización interna asume cuatro hitos, a saber: funcional, numérica, salarial, y la que afecta el proceso de trabajo o también conocida como el proceso de gestión.

a) *Flexibilidad funcional*: persigue un mayor intercambio de trabajadores entre tareas y puestos diferentes dentro de una organización, se suele considerar la polivalencia y la movilidad funcional como sus principales indicadores. En este sentido, se deberán desarrollar políticas adecuadas que permitan la combinación de puestos directos e indirectos.

b) *Flexibilidad numérica*: permite a la empresa ajustar sus trabajadores a las necesidades de la producción. Dentro de esta dimensión encaja *la flexibilidad temporal* relacionada con la jornada de trabajo, donde se acortan o extienden los horarios en función de las necesidades que expresa la organización o atendiendo a las demandas de crecimiento o no de las empresas.

c) *Flexibilidad salarial*: referida a la variación de los salarios de acuerdo al rendimiento (productividad)⁶ o al cumplimiento de las metas trazadas en la producción, por parte de la empresa.

d) *Flexibilidad del proceso de trabajo*: en esta área es en la que se concentra la mayor variedad de fórmulas fle-

xibilizadoras. La misma está relacionada con las nuevas tecnologías, el enriquecimiento de tareas, sistemas de trabajo pautados justo a tiempo; entre otras (Coller, 1997 y Saravia, 1999).

En cuanto a la *flexibilización externa*, se refiere a las posibilidades de la subcontratación, se da "...La intervención de un tercero que en virtud de un contrato con la empresa usuaria, se obliga a colocar cierto número de trabajadores en ella para que efectúen determinadas tareas por tiempo limitado, para lo que contrata trabajadores que prestan servicios para la empresa contratada, pero que no están laboralmente contratados por la empresa usuaria" (López, 2004: 31). Ahondando aun más en las desventajas que representa para el trabajador y los beneficios que reporta para la empresa.

Con esto se promueve lo que Ermi-da (1999) plantean como la fragmentación de la fuerza de trabajo en un núcleo y una periferia de trabajadores: el segmento central llamado también personal estable, mantienen una relación laboral inalterable, con contratos permanentes⁷; un segundo grupo ubicado en la periferia⁸, denominado a su vez personal contingente, cuya relación laboral es inestable, se contratan a tiempo parcial⁹, subcon-

6 Implica "la intensificación del trabajo, reducción salarial y prolongación de la jornada laboral" (Sotelo, 2003: 68).

7 Facilitan la flexibilidad funcional.

8 Dan paso a la flexibilidad numérica.

9 En este grupo se da cabida a microempresas, outsourcing, y las cooperativas.

tratados, trabajo doméstico, autoempleados.

Esta modalidad se ha impuesto como forma de organización de la producción que permite: a) contrataciones sin expectativas de largo plazo, la llegada de su término no crea tensiones; b) acceder a contratos que facilitan y amplían la oferta de servicio y bienes, sin incurrir en costos; entre otras (Lucena, 2004). Con este tipo de flexibilización se persigue el uso de la fuerza de trabajo más barata y el aumento de la capacidad de adaptar la dotación de personal a las variaciones del mercado a través de la disminución o eliminación de la protección laboral y previsión social.

La adopción de la flexibilización por parte del aparato del Estado ha facilitado la incorporación de lo que Ermida (1999: 139-140), denomina el paradigma de las relaciones laborales postmodernas, cuyas características, son: descentramiento del trabajo, la inestabilidad en el empleo, la individualización y como resultante de lo anterior se produce el abaratamiento del costo de la mano de obra, cuya consecuencia es la reducción del salario real y se refuerza la flexibilización de los horarios en función de las necesidades productivas. Con este paradigma se deja de considerar el trabajo como un hecho social, colocado bajo la protección del Estado.

Refiere Lucena (2004: 81), que los cambios ocurridos en la organización del trabajo, han traído consecuencias sociales que dieron paso a la instauración de procesos de desregulación y por ende de flexibilización, que se reflejan en el costo de la fuerza laboral,

en la protección de los trabajadores, la seguridad social, y en general en el bienestar de la fuerza de trabajo y sus familiares, quedan así exteriorizados de los marcos regulatorios y subordinados a la competitividad.

Se considera que la flexibilización laboral promueve el deterioro de la calidad del empleo, dado que se da la prolongación desmedida de las jornadas de trabajo, la violación de los derechos laborales de los trabajadores, tales como: descanso semanal y vacaciones remuneradas; salario mínimo, igualdad salarial, prestaciones sociales por antigüedad y cesantía, estabilidad en el trabajo; libertad sindical y protección de inamovilidad para promotores y responsables sindicales, negociación colectiva y solución de conflictos laborales, huelga y derecho de crear asociaciones de carácter social y cooperativo.

Este deterioro ha sido denominado por la literatura contemporánea de la sociología del trabajo, como precarización, concepto que aparece destinado a dar cuenta de los problemas que enfrentan los trabajadores, tanto calificados como descalificados de empresas públicas o privadas, del sector formal o informal, y que se traduce en bajos salarios. Estos problemas son vistos de manera descriptiva y coyuntural, sin reparar que, en una economía dependiente en el contexto de la mundialización del capital, ellos configuran situaciones estructurales relacionadas con el ciclo de acumulación de capital, con la explotación del trabajo y la peculiar manera en que se reproduce el valor de la fuerza de trabajo, cuando ésta ha perdido su organización sindical, quedando al libre arbitrio de los empresa-

rios y las burocracias sindicales (Sotelo, 1999: 124-125).

En concordancia con lo antes planteado, también estos problemas re-verten la pérdida de autonomía del trabajador, que se pueden identificar como una de las consecuencias más desafortunadas para éstos, cuando se logran deslizarse elementos de la legislación laboral hacia las formulas del derecho privado.

A partir del enfoque de Atkinson citado por Coller (1997); Ermida (1999)

y Albizu (1997) en el Cuadro 1, se representan las dimensiones, indicadores y consecuencias de la Flexibilización Laboral en forma resumida.

3. La “Cuestión” de la flexibilización en el sector salud en la Gobernación del Zulia

Uno de los ejes de la Reforma del Estado emprendida en Venezuela a finales de la década de los ochenta, se erigió sobre la descentralización. Con este proceso, las gobernaciones se convierten en las “instancias organizati-

Cuadro 1
Dimensiones, indicadores y consecuencias de la flexibilización laboral

Tipos de Flexibilización	Dimensiones	Indicadores	Consecuencias para los trabajadores
Externa	Subcontratación	– Libertad absoluta para subcontratar mano de obra	– Quebranto de la estabilidad en el trabajo – Detrimiento de beneficios y derechos – Precarización de los Salarios – Pérdida de la Libertad sindical – Ausencia de solución de conflictos laborales vía concertación y consenso – Pérdida Derecho a Huelga – Lesión al Derecho de crear asociaciones de carácter social y cooperativo.
Interna	Funcional	– Libre movilidad del trabajador en la empresa a voluntad del patrón (Polivalencia)	
	Numérica	– Contratos individuales, – Contratos temporales, – Contratos eventuales, – Subcontratación, – Contratos por Horas de trabajo (en función de las necesidades de producción de bienes y servicios).	
	Salarial	– Remuneración por productividad – Remuneración por Hora trabajada	
	Proceso de Trabajo	– Eficiencia en la utilización de recursos para alcanzar los objetivos de la organización	

Fuente: Elaboración propia a partir del enfoque de Atkinson citado por Coller (1997); Ermida (1999) y Albizu (1997).

vas responsables de la conducción de los estados” (Fuenmayor y Ochoa, 2003: 189-190). Aspectos que antes estaban exclusivamente a nivel del gobierno nacional adquieren importancia en el nivel subnacional, por lo que los objetivos de las reformas no solamente fueron promovidos por las nuevas condiciones económicas sino que los propios gobernadores asumieron un liderazgo aupado por los actores políticos regionales que vieron en dicho proceso un reposicionamiento de su papel en el ámbito local.

Este proceso dio paso a que los gobiernos regionales asumieran competencias concurrentes, entre las cuales destaca la salud. En el caso del Estado Zulia, el proceso se inicia en 1994, con la firma del convenio de transferencia entre la Gobernación del Estado, el Ministerio de Relaciones Interiores y el Ministerio de Sanidad y Asistencial Social, el cual comienza a operativizarse a mediados de 1996, con el traspaso de los servicios de salud y de la infraestructura asistencial de cuatro centros asistenciales, entre los cuales destacan: el Hospital General del Sur, Hospital de Cabiñas, Los Puertos de Altagracia y Hospital de Machiques, cada uno con su red asistencial. Sin embargo, el traspaso del personal ha sido un tema álgido en el proceso de negociación entre los gobiernos nacional y el regional, dado la carga que generan los pasivos laborales. Es por ello, que en la actualidad el Sistema Regional de Salud cuenta con la adscripción del personal del hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), alre-

dedor del 25% y el resto del personal son de la propia gobernación.

Para el año en el que comienza a materializarse la descentralización, el sector salud enfrentó su primer conflicto laboral, pues el personal exigía reivindicaciones laborales relacionadas con el incremento de sueldos y salarios, y la firma de una nueva contratación colectiva (Colegio de Médicos del Zulia, 1997). Para 1998, el sector salud en materia de personal se caracterizaba por contar con nóminas elevadas, con cabalgamiento de horario; desintegración en el proceso planificador de los recursos humanos; deficiente sistema de supervisión y control; desmotivación del personal en los diferentes niveles; situación laboral (jubilados e incapacitados) con alta carga de pasivos laborales; injerencia político partidista; insuficiencia presupuestaria para atender gastos de personal y funcionamiento; conflictos gremiales y sindicales por incumplimiento de compromisos derivados de las contrataciones colectivas.

Esto conllevó a que el gobierno regional dirigido para aquél entonces por Arias Cárdenas (1996-1998), adelantara un proceso de reconversión laboral enmarcado en la modernización de la dirección de recursos humanos y de los procesos de contratación colectiva, lo que se inauguró con la conversión de los obreros¹⁰ de la secretaría de administración de la gobernación en microempresarios (Fuenmayor y Ochoa, 2003). Es conveniente destacar que este sistema se comenzó a implementar por primera vez en el sector salud en 1993, particularmente en el ambulatorio Luis Sergio Pérez

(parte de la muestra de estudio de este trabajo), centro asistencial que es administrado por una fundación corporativista. Este modelo fue el que dio paso a la incorporación de esta figura en el aparato del Estado; es decir, se acogió la idea del modelo y se transfirió, en primer lugar, a los obreros de la secretaria de administración de la gobernación, y luego a otras secretarías, por lo que originalmente se inició en el sector salud.

En este contexto, se emprende en el estado Zulia el proceso de reconversión de los trabajadores de los ambulatorios y hospitales del Estado, sin considerar las ventajas y desventajas que esta estrategia les imponía; siendo una de las principales consecuencias la desregulación de las relaciones laborales mediante la flexibilización laboral. Se imponen modalidades de contratación que dan paso a la flexibilización como estrategia de transformación de la gestión del recurso humano; que fundamentalmente, venía siendo aplicada por el sector privado; sin embargo, en el caso venezolano, desde mediados la década de los noventa, y particularmente a raíz del

proceso de descentralización, se evidencia marcadamente su implementación en el sector público, siendo una de sus expresiones más visibles el sector salud.

A continuación se analizan las modalidades de contratación implementadas por el gobierno del Estado Zulia en el sector salud, en la muestra seleccionada, la cual esta representada en la Unidad Docente Asistencia Luis Sergio Pérez (1993), el ambulatorio San Francisco (1958); y la Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo (1999). En estos centros asistenciales se registran elementos que dan cuenta de cambios en las relaciones laborales.

Unidad Docente Asistencia de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez¹¹, es un centro de atención primaria, con énfasis en la Medicina Familiar, este funciona desde 1993 bajo un modelo, que pretende contrarrestar la PGS¹², trabaja bajo la modalidad de contratación de microempresas de profesionales, empleados y obreros. El objetivo fundamental de esta alternativa de gestión, no es solamente demostrar que cambiando el

- 10 Se promovió la salida de los trabajadores de las filas del aparato del Estado con el propósito de reducir personal, se le ofreció al trabajador saliente una atractiva y generosa provisión monetaria conocido como cajita feliz, la que pudo convertir al trabajador saliente en pequeño empresario (Lucena, 2004). Esta misma situación se dio en el caso del Zulia.
- 11 La Medicina Familiar comienza en 1980 en el Hospital General del Sur a los dos años se inicia el postgrado en ese mismo hospital y la Fundación de Medicina Familiar quien crea en 1993 el centro asistencial Luis Sergio Pérez.
- 12 PGS, en la formulación de Grüber quiere decir que es la vacuna que combate el clientelismo político y los excesos del gremialismo y del sindicalismo que aspira combatir la baja productividad y la falta de competitividad (Grüber, 1995).

modelo tradicional de prestación de servicios se pueden obtener servicios públicos productivos y de buena calidad, sino también demostrar que se puede alcanzar un desempeño como empresarios, para de esta manera fomentar cambios en la cultura de la administración, mediante la eliminación de cargos a sueldos fijos y transformar a estos profesionales en microempresarios (Grüber, 1995), con la finalidad de hacerlos responsables de sus propias funciones, aumentar la productividad y eliminar las huelgas y paros que afectan históricamente a este tipo de servicio.

Con la introducción de este ensayo por el Estado en el sector salud, se aspiraba a incorporar cambios que contrarrestaran los vicios existentes en el resto de la administración pública de salud. Por lo que el efecto más resaltante, emprendido por ésta administración, se erigió sobre la erradicación de la baja productividad de los funcionarios públicos en la prestación de los servicios de salud; dadas las constantes interrupciones de los programas a consecuencia de las huelgas, paros, y otras paralizaciones, los cuales contaban con el respaldo de los sindicatos y los diversos gremios de la salud.

Así con el propósito de contrarrestar los efectos anteriormente descritos, este centro de salud comienza sus actividades de atención con la adop-

ción de un sistema de contratación de personal bajo la figura de microempresarios para lo cual fueron instruidos legal y administrativamente bajo los lineamientos de Grüber. Actualmente el 80% del personal está bajo la figura de microempresas; mientras que solo el 20% restante actúa bajo la figura de contratación directa por parte de la fundación, y el resto son docentes que pertenecen a la Universidad del Zulia (Zárraga, 2001).

La orientación que ha privado en la FUNVEMEFA¹³, es construir un modelo que ha tendido hacia la privatización, por cuanto la Gobernación del Estado Zulia financia parte de los servicios y ha transferido las funciones administrativas a la misma, sin que exista una normativa que regule su funcionamiento y controle el uso de los recursos aportados por el Estado y los obtenidos mediante el cobro de los servicios médicos, de laboratorio y odontológicos a los usuarios. Emite solamente informes trimestrales a la Gobernación sobre la productividad y calidad de los servicios, y al cierre del año fiscal se dirige uno global a la Contraloría del Estado.

Bajo el gobierno de Francisco Arias Cárdenas en 1996, se nombra como director del Sistema Regional de Salud al Dr. Félix Grüber, especialista en Medicina Familiar, quien, a su vez, había fungido como promotor de esta

13 Fundación venezolana de Medicina Familiar, privada sin fines de lucro con veinte años de creadas, integrada por miembros de la empresa privada; organizaciones y miembros de la sociedad civil; y médicos especialistas en Medicina Familiar. Fue creada con la finalidad de impulsar la especialización de Medicina Familiar y la Unidad Docente Asistencial.

iniciativa, desde mediados de la década de los ochenta, cuando conoce la experiencia Canadiense, éste logra afianzar el modelo de gestión, dado la existencia del escenario de la descentralización, la cual favorecía la formación de alternativas privatizadoras de los servicios de salud.

Esto, aunado a las corrientes neoliberales en boga estimularon el abandono por parte del Estado de ciertas funciones relacionadas con las políticas sociales, así como la reducción del gasto social, lo que también entró en sintonía con el enfoque de la Nueva Gestión Pública que planteo alternativas inscritas dentro de los procesos de flexibilización que venían teniendo acogida en los países miembros de la OCDE, por lo que el efecto globalizador no solamente se ve en el impacto de los procesos comunicacionales sino también en la adopción de estrategias organizativas y laborales.

La implementación del modelo de las microempresas representó un cambio en materia de gestión de personal que afectó directamente a los trabajadores que anteriormente estaban amparados por los beneficios que contempla la Ley Orgánica del Trabajo. Así el trabajador que se acogió a este régimen se vio perjudicado pues la nueva situación laboral a la que está sujeto no contempla el derecho a la antigüedad, estabilidad laboral, entre otros privilegios contemplados en dicha ley o alcanzados en virtud de las luchas sindicales por mejoras contractuales.

Es de significar, por otra parte, que adicionalmente estos trabajadores se encuentran sometidos a unos estándares de productividad previamente

establecidos por la gerencia médica para cada actuación de las microempresas que de no ser alcanzadas no se les garantiza su permanencia dentro de dicha unidad asistencial.

De acuerdo a la información levantada es de hacer notar que el proceso de flexibilización registrado en este caso particular no provino de una imposición promovida directamente por el Estado ni por el gobierno subnacional sino por los directivos de la fundación de Medicina Familiar, que es la organización encargada de la administración del centro asistencial desde sus orígenes¹⁴. Sin embargo, posteriormente en el contexto de la descentralización. Estas ideas se vieron fortalecidas por la necesidad de reducir la participación del Estado en los asuntos públicos sociales y por la búsqueda de alternativas que condujeran a paliar la crisis financiera, por lo que en este sentido, sostenemos que estamos en presencia de un proceso de flexibilización atípico por cuanto aunque no fue promovido por el Estado directa y abiertamente, sino que éste permitió encubiertamente la conversión de sus trabajadores en microempresarios "atípicos".

En palabras de Ochoa y Rodríguez (2001: 79), estas microempresas no se constituyen en el fondo en empresas de salud independientes promovidas sobre la base de la lógica de la economía social, pues son creadas por la Fundación con una finalidad específica que esta dirigida a que el aparato del Estado pueda irse deslastrando de compromisos laborales y asegurarse elevados niveles de productividad.

Como es de ver en el sector salud, existe una errada concepción de las denominadas microempresas, puesto que un microempresario “es un trabajador que combina capital, trabajo, tecnología y una específica capacidad de gestión, sometidos al mercado con condicionamientos de productividad y competitividad” (Iranzo, 1990: 26). En este sentido, los trabajadores de salud convertidos en microempresarios, están lejos de serlo por varias razones: a) No son propietarios de los instrumentos de trabajo; b) Se organizan a partir de información suministrada por el centro asistencial que las promueve, por lo que no están en el mercado; c) Todos los socios deben apegarse a los criterios de selección del centro asistencial; d) No participan en la fijación del precio de su trabajo; e) Algunas microempresas tienen empleados que no son socios y se rigen por la Ley Orgánica del Trabajo; f) el ingreso que perciben es similar al que reciben en el aparato estatal, siempre y cuando cumplan con la productividad esperada para ese salario, no hay estabilidad la-

boral y el ingreso disminuye si no cumple con los estándares esperados (Ochoa y Rodríguez, 2001:77-79).

Además de los aspectos mencionados por las autoras en referencia, es preciso agregar que dichos “microempresarios” son contratados para períodos finitos de tiempo, que no exceden los doce meses, la renovación del contrato está sujeta al cumplimiento de las metas efectivamente alcanzadas; en este sentido, podemos inferir que se advierten algunos elementos de estrategias flexibilizadoras en materia laboral, puesto se establece una flexibilización interna de tipo numérico, esto de acuerdo a los planteamientos señalados por Atkinson citado por Coller (1997).

Ahora bien, estas prácticas evidencian la incorporación de la privatizadoras cuyas consecuencias son sufridas directamente por los usuarios de los servicios de salud, éstos se ven en la obligación de cancelar montos por las consultas, exámenes de laboratorio, rayos x, exámenes especiales, entre otros. Con esto se quebranta el

- 14 La Fundación venezolana de Medicina Familiar (FUNVEMEFA), se creó el 03 de Noviembre de 1981 con sede en la ciudad de Maracaibo, con jurisdicción en todo el país. Es una entidad privada autónoma con personalidad jurídica, sin fines de lucro, que tiene por objeto incorporar el apoyo moral y económico y la participación activa de todos los sectores de la colectividad a favor del desarrollo de la Medicina Familiar en el país, integrando recursos oficiales y privados (Iturbe, 1986). Desde inicios de la década del noventa Félix Grüber ha impulsado la idea de un modelo gerencial que aspira atacar la baja productividad que él le asocia con el problema de las frecuentes huelgas y paros promovidos por los trabajadores de la salud. En el sector salud público venezolano existen o tienen presencia aproximadamente dieciocho organizaciones gremiales, colegios profesionales y sindicatos entre los cuales funcionan el gremio del colegio de médicos y Fetrasalud, con capacidad suficiente para ocasionar la paralización del sistema (Ver Grüber, 1993 y 1995).

principio de la gratuidad del servicio de salud, consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada en 1999.

Ambulatorio San Francisco, es un establecimiento de salud que nació bajo la figura de ambulatorio rural tipo I, y a partir de 1983 es reclasificado como ambulatorio urbano tipo II. Este centro asistencial se ha caracterizado por la aplicabilidad de consultas de tipo preventivas, lo que sugiere una clara orientación de la política del ambulatorio dirigida hacia la atención primaria (Rincón et al., 2002). El caso que representa el ambulatorio San Francisco es importante por cuanto se registró un movimiento de vecinos que condujo hacia la participación ciudadana en el ambulatorio con la intervención de la Sociedad Pro Rescate (ASOPROAMUR), que tenía como finalidad organizar a la comunidad de vecinos del ambulatorio para cooperar en la realización de programas destinados a promover en el individuo, la familia y la comunidad todo aquello que fuera en pro de elevar la calidad de la asistencia médico social (ASOPROAMUR, 1990), en este sentido dicha organización adelantó varias acciones, entre las cuales destacan restituir en sus funciones al director del ambulatorio que había sido destituido por factores de tipo político partidistas. Con lo cual se demuestra el

peso que tuvo esta organización en la selección de ese director.

En 1995 esta asociación promovió la idea de la autogestión¹⁵, la cual perseguía fijar montos para cobrar por el servicio, por lo que tuvo lugar la creación de la Oficina de Recuperación de Costos¹⁶. Esta iniciativa de la asociación permite visualizar la marcada tendencia hacia la privatización del servicio a través del cobro del mismo, lo que implica “la transferencia de la responsabilidad de financiamiento del sector público al usuario para que este pague directamente...” (Homedes y Ugalde, 2001), por los servicios prestados.

Pero posteriormente, con la desaparición de ASOPROAMUR, nace en 1997 la Fundación de Acción Civil Unidad Comunitaria San Francisco (FACUC) como asociación sin fines de lucro, promovida, al igual que la primera, fundamentalmente por mujeres, las cuales sin tener conocimiento ni asesoramiento impulsaron la contratación del personal que se mantenía bajo la figura de voluntarios por la vía de la autogestión. Aspecto por el cual lucharon ante el Sistema Regional de Salud para su contratación, por ello se elevaron las tarifas con el propósito de poder financiar además de materiales y suministros, el pago de personal, el cual ingresa como “colaboradores”, con salarios por debajo del

15 El término connota aquí autofinanciamiento.

16 Esta Oficina estuvo prevista a nivel nacional a comienzos de los ochenta, sin embargo es en este momento cuando se crea en este ambulatorio.

mínimo legalmente establecido, al lado del personal de nómina del Sistema Regional de Salud.

Esta situación del personal como colaboradores por "autogestión" altera la política formal del Sistema Regional de Salud, la cual prohíbe la incorporación de personal utilizando esta modalidad, puesto que al transcurrir tres meses de labores, el empleado tiene el derecho de exigir la solicitud del cargo. Sin embargo la no asignación de recursos para personal se constituye en una medida de freno por parte del Estado para no incrementar la nómina; sin embargo la modalidad autogestionaria ha dado paso a la incorporación de éste personal valiéndose de estrategias que pueden ser definidas como irregulares, las cuales han sido conducidas por la propia comunidad sin proponérselo, pues sean introducido prácticas de flexibilización numérica fuera de la esfera del Estado.

Es conveniente señalar que además de estas contrataciones, un pequeño contingente de personal que antiguamente estaba adscritos al Sistema Regional de Salud pasa a organizarse en microempresarios, este proceso recibió el apoyo de la Junta Socio-Sanitaria del Ambulatorio y del Director quienes impulsaron la creación de microempresas, contando con el respaldo de la comunidad, favorecida esta situación por la necesidad que existía de incorporar personal para lo cual el Estado no proporcionaba los recursos. Desde diciembre de 2001 funcionan las microempresas de enfermería e historias médicas y ecografía, en este caso se da impulso a las

prácticas flexibilizadoras aupadas por la propia sociedad civil con vinculación con la experiencia que venía aconteciendo en el Luís Sergio Pérez.

La instauración de microempresas se vio favorecido por el apoyo del Director del centro asistencial, quien manifestó que es "necesario implantarlas para evitar el caos en el ambulatorio" (Vargas, 2001). Se tuvo previsto que todo el personal que requería el ambulatorio sería contratado en un mediano plazo a través de este sistema, lo mas grave es que la promoción de las microempresas se esta haciendo por solicitud de la propia colectividad, dado que tienen la prohibición de contratación de nuevo personal (Rincón et al., 2002).

Es preciso señalar, que el esquema desarrollado denota la presencia de personal que goza de ciertos beneficios, además de estabilidad laboral, mientras que el grupo bajo la figura de colaboradores no goza de beneficios más allá del salario. Esto conduce a plantear la clasificación de los empleados, siguiendo a Ermida (1999:139) en "dos grupos de trabajadores: a) un núcleo de trabajadores estables, protegido con buenas remuneraciones y calificaciones, y b) una "periferia inestable", precaria, rotativa, tercerizada o informal", lo cual según este autor conduce a "la inestabilidad no sólo en esa periferia precaria y rotativa, sino en todo el conjunto, habida cuenta de la flexibilización o desregulación de la contratación laboral y del despido...".

Los funcionarios de carrera, cuentan con derechos laborales que descansan sobre la base legal que rige las

situaciones y relaciones jurídicas derivadas del trabajo como hecho social, donde éstos tienen derecho al desarrollo de relaciones colectivas con los patronos, a tales fines el Estado garantiza a los trabajadores, patronos y a las organizaciones que ellos constituyen el derecho a negociar colectivamente y a solucionar pacíficamente los conflictos, con lo que los trabajadores gozan del derecho a la huelga y a la organización sindical constituyéndose en un derecho inviolable tanto para trabajadores como para patronos.

En este caso, conviene señalar que las microempresas de salud implementadas por el Sistema Regional de Salud, no respetaron los tres meses de cesantía en las relaciones laborales entre el patrono (Gobernación del estado Zulia) y el trabajador (empleados), situación que hubiese podido arrojar una cadena de demandas laborales al gobierno regional por parte de las personas que fueron contratadas bajo esta modalidad (Rincón et al., 2002). Aspecto éste que hasta el momento no se produjo, lo cual pone de manifiesto que el trabajador aceptó esa modalidad sin medir las consecuencias a futuro de la violación de

sus derechos laborales que puede haberse producido por un desconocimiento de él o por una actitud pasiva y conformista.

Para Ermida (1999), la adopción de este esquema de contratación induce a la precarización del trabajo en la medida en que se fomenta y se desarrolla un proceso en el cual progresivamente se da la pérdida de los derechos de los trabajadores.

En síntesis, puede afirmarse que la concepción asumida en este caso de microempresario guarda más relación con lo que efectivamente debe ser una organización de este tipo, tal como lo plantea Berger (1988), quien considera que las microempresas¹⁷ se encuentran definidas entre otros rasgos específicos como negocios que emplean un máximo de cinco trabajadores; donde se aprecia las características de funcionamiento que existen en el sector informal, en relación a tiempo, operaciones en pequeña escala; utilización de mano de obra de familiares y recursos locales; escasa dotación de capital; tecnología con uso intensivo de mano de obra; limitantes de la definición del monto de los ingresos; alto grado de competencia; uso de

17 En la literatura revisada existe una cierta homogeneidad de criterios con respecto a las características que tiene las microempresas, tales como: uso combinado de capital, trabajo, tecnología, y capacidad de gestión específica. Están sometidas a las fuerzas del mercado y sujetas a los condicionamientos de productividad y competitividad; el empresario es simultáneamente un trabajador que participa en las actividades propias de ellas y no simplemente funge como administrador; su principal rasgo es lleva a cabo actividades que implican autoempleo; y usa más mano de obra, que tecnologías altamente sofisticada; y su expresión es eminentemente local para resolver necesidades mas vinculadas con el trabajo y no con la generación de capital para la acumulación.

fuerza de trabajo no calificada y en la generalidad de los casos se da el uso de conocimientos adquirido fuera del sistema formal.

La Fundación Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, se crea mediante decreto regional como una “entidad autónoma sin fines de lucro, de carácter privado y con personalidad jurídica y patrimonio propio, con el propósito prestar los servicios de salud a la población pediátrica en el estado Zulia” (Gobernación del estado Zulia, 2000).

La FHEP, es relativamente una entidad autónoma, puesto que la misma goza de independencia del ejecutivo regional, para realizar actividades o actos que se consideren estén en beneficio de la gestión del hospital; tiene relativa autonomía en la toma de decisiones; puede auto dirigirse conforme a sus estatutos de creación; se le otorga libertad para obtener recursos para su funcionamiento; pero contrariamente en la práctica dependen de la asignación de la gobernación; en su acta constitutiva, se señala que “la Gobernación del Estado velará por el cumplimiento de sus objetivos y gestionará lo conducente para la obtención de los recursos necesarios” (Gobernación del estado Zulia, 2000), sin embargo el mayor ingreso proviene del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), y prestan servicios gratuitos para su población objetivo que son los infantes, niños y adolescentes.

En 1999, se da inicio a un nuevo modelo de gestión, en el área de salud pública por parte de la gobernación

del estado Zulia, cuando declaró no querer actuar como empleador o patrono directo del personal, muy particularmente en este centro de salud que iniciaba sus labores desde cero. Para la selección de personal contrató los servicios privados de una consultora, la cual debía realizar el reclutamiento y selección del personal (Portillo, 1999).

La fundación realiza un proceso riguroso de reclutamiento y selección del personal administrativo, asistencial y no asistencial (pequeñas y medianas empresas), bajo criterios meritocráticos. Los aspirantes presentan sus credenciales, ante la oficina de recursos humanos de la Fundación (ORH), la cual se encarga de realizar la preselección del personal utilizando la entrevista y se efectúa una presentación del aspirante ante la Gerencia. A este personal se le efectúa evaluaciones psicotécnicas con apoyo externo de la consultora privada, la cual prepara un informe del posible candidato a seleccionar para que finalmente la oficina de recursos humanos conjuntamente con el gerente del área respectiva, para el cual se aspira seleccionar la persona, decidan el ingreso por período de prueba; posteriormente se realiza una evaluación de desempeño, para el ingreso definitivo. En el caso del personal médico, además de las pruebas anteriormente señalados, el criterio adicional es el de ser médico especialista (Rincón y Rodríguez, 2005). La práctica de reclutamiento y selección con participación del sector privado, contribuye a contrarrestar el clientelismo político

como mecanismos de ingreso a la administración pública, propio del modelo tradicional, se evidencia la puesta en práctica de elementos burocráticos y tecnocráticos arraigados en la utilización de criterios meritocráticos.

El hospital para el 2000, contrató 296 personas, distribuidas de la siguiente manera: 213 contratadas como personal fijo a un año, 83 que prestan sus servicios bajo la modalidad de contratación de acuerdo al nivel de productividad; en este caso se ubican los médicos especialistas. Adicionalmente a ello, se contrataron empresas para prestar servicios no asistenciales, relacionados con el mantenimiento del hospital (Rincón y Rodríguez, 2005).

Este caso se considera emblemático, pues en él se conjuga diversas modalidades de contratación que han impulsado el desarrollo de la estrategia de flexibilización laboral, entre ellas se tiene la que corresponde al personal médico especialistas, los cuales son contratados con base en la productividad; y el personal de Admisión, Orientación Diagnóstica, Administración, Cirugía, Hospitalización, Oncohematología, Imágenes, Banco de Sangre y Laboratorio es contratado para períodos fijos de un año con derecho a renovación de acuerdo al desempeño en el cargo, se rigen por la Ley Orgánica del Trabajo (1995) y disfrutan de derechos individuales más no colectivos, como la huelga y la sindicalización.

La fundación contrata personal fijo por un año mediante contratación individual para las áreas de: admisión/orientación diagnóstica, administrativa, quirúrgica, consulta exter-

na, hospitalización, oncohematología ambulatoria, imágenes, banco de sangre y laboratorio. Según Hernández (2002), este personal se rige por la Ley Orgánica del Trabajo (1995), por lo que cuentan con derechos laborales individuales más no gozan de derechos colectivos. A pesar de que son contratados para períodos de un año, tienen derecho a la renovación del contrato de acuerdo a su desempeño.

En este sentido, es importante hacer referencia que la contratación por tiempo determinado está planteada en el artículo 78 de dicha Ley, el cual hace referencia que la contratación podrá celebrarse por tiempo determinado únicamente: a) cuando lo exija la naturaleza del servicio; b) cuando tenga por objeto sustituir provisional y lícitamente a un trabajador; y c) cuando el trabajador preste servicios fuera del país. Sin embargo, el reglamento de la Ley refiere que “se justifican dos o más prórrogas del contrato a tiempo determinado, sin alterar su condición...(si se) extendiere por tiempo superior al previsto al momento de la celebración de aquel contrato, o cuando surgieren nuevas circunstancias de igual naturaleza” (Congreso de la República de Venezuela, 1999).

Esta modalidad de contratación impone la individualización entendida como “el proceso por medio del cual la contribución laboral a la producción se define de forma específica para cada trabajador y para cada una de sus aportaciones, ya sea en forma de trabajo autónomo o asalariado contratado individualmente y en buena parte no reglamentado...la individualización del trabajo deja solo a cada uno de los trabaja-

dores para negociar su destino frente a unas fuerzas del mercado en cambio constante” (Castells, 1999: 97).

Con esto se impone relaciones laborales que evidencia la puesta en práctica de la flexibilización interna, pues se permite la entrada y salida de los trabajadores, sin redundar en costo alguno para la fundación. Este tipo de contratación no es novedad para las legislaciones el detalle se encuentra en la eliminación de la prima por indemnización, esto es a lo que se conoce como flexibilidad numérica. Y permite según Lucena (2004: 193) “que el empleador aplique regulaciones unilaterales... (con lo que se) acentúa la subordinación del trabajador (y se busca) distanciarlo de sus organizaciones colectivas”.

Los médicos especializados son contratados por productividad¹⁸, gozan de remuneración de acuerdo al número de actividades desarrolladas. Cabe destacar, que la mayoría del personal bajo esta forma, están adscritos a las nóminas del Sistema Regional de Salud del estado Zulia (SRS) o en la del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS); empero, estos médicos puede pasar a formar parte de la planta de médicos de la fundación, siguiendo el mismo proceso de selección y reclutamiento de personal, incluso pueden ser transferidos a la fundación por solicitud de la misma con el consentimiento del propio médico espe-

cialista, sin embargo; la desventaja en esos casos serían la pérdida de la prima por antigüedad adquirida durante sus años de trabajo. Esta modalidad de contratación impone un proceso de flexibilidad salarial, referida a la variación de los salarios de acuerdo al rendimiento (productividad) o al cumplimiento de las metas trazadas en la producción (Atkinson citado por Collier, 1987).

Con respecto a los servicios no médicos, se introduce la flexibilización externa, basada en la contratación de servicios bajo la modalidad de outsourcing, por agentes que se encuentran fuera del establecimiento de salud para prestar los servicios de lavandería, jardinería, mantenimiento, vigilancia, entre otros, observándose la presencia de prácticas tradicionales de licitación. Con ello “se establecen contratos precarios de trabajo y subcontrataciones en cascadas caracterizados por una externalización de riesgos y responsabilidades, con reducción de salarios y de empleo” (Minayo y Da Fonseca, 2000: 274). En este caso, la externalización ha sido extendida en la producción de actividades indirectas en la producción del servicio de salud. Afirma (Lucena, 2004: 115, 165) que con la “externalización se ha acentuado la desindustrialización, y consecuentemente el debilitamiento de las relaciones colectivas de trabajo... las empresas de trabajo temporal

18 La productividad es una categoría que normalmente está presente en la valoración de los sistemas productivos y de los mercados laborales... El eje del concepto está relacionado con lo eficiencia con la cual se usen los recursos productivos para producir un bien o servicio (Lucena, 2004: 157).

o de servicio eventuales, suministran trabajadores a quienes les contraten. Es una forma de subcontratación laboral, que no es nueva, pero se ha venido extendiendo al tiempo que se generaliza la flexibilización...con la externalización se la reducción de costos laborales”.

La externalización es un mecanismo al cual se acude para resolver los problemas de los servicios periféricos del eje central de la organización, los cuales son subcontratación a terceros para realizar las actividades que no son fundamentales dentro de esa organización, tales como la administración, contabilidad mantenimiento y limpieza y seguridad. La subcontratación de estas actividades reduce los costos de funcionamiento, los cuales son transferidos a otras organizaciones, por lo que los contrata minimiza los problemas relacionados con las relaciones laborales, tales como: pasivos laborales, contratación colectiva, formación de personal, incrementos salariales y otros beneficios que van relacionados con las aspiraciones sindicales y de seguridad social (Useche y Añez, 2002).

Con la externalización las empresas se forman con los antiguos trabajadores, los cuales desempeñan las funciones que antes mantenían como miembros del personal ordinario o fijo, pasan a tener la condición que las empresas receptoras de servicios (Lucena, 2004). Esta modalidad “Salvaje como la cataloga Lucena (2004) privilegia la reducción del costo laboral;... y de la fuerza de trabajo... y no (permite que) exista la sindicalización”.

Este tipo de contratación pone de manifiesto el perjuicio que representa para los empleados estar bajo el régimen de productividad y contratación externa, puesto que estas prácticas de flexibilización son ejercidas con el propósito de incrementar el control patronal sobre la fuerza del trabajo para debilitar sus derechos colectivos.

De acuerdo con lo planteado por el autor antes mencionado, la externalización se ha impuesto y ha ganado terreno por los beneficios que reportan para el capital, pues reduce costos y concentra actividades en tipos específicos de empleo, la llegada al término de la contratación no crea tensiones, por lo que permite acceder a contratistas que facilitan y amplían la oferta de servicios y bienes, sin incurrir en costosas inversiones fijas en trabajo y se asocia a los ciclos económicos.

Conclusión

En Venezuela, con el proceso de descentralización político territorial, se dio paso a la incorporación de diversos modelos de gestión en materia de salud en los espacios subnacionales; sin embargo, la modalidad de la descentralización que fue adoptada en nuestro país, estimuló la privatización de los servicios de salud, esto condujo a que el sistema tradicional de relaciones laborales entre el patrono y trabajadores, se modificara, dado la incorporación de diversas modalidades de contratación, las cuales dieron paso a la aparición de la flexibilización, y consecuentemente de la precarización laboral.

La flexibilidad laboral ha generado en el aparato del estado regional, un

cambio estructural en las relaciones capital-trabajo, que ha incidido en el resquebrajamiento de los derechos, tanto individuales como colectivos de los trabajadores, afectando el puesto de trabajo, el status contractual, y la protección social, causando como consecuencia la ausencia de todo tipo de regulación. Se ha contribuido con el debilitamiento de la participación de los sindicatos, y se ha cercenado el derecho a la huelga como mecanismo de reclamos por parte de los trabajadores por sus reivindicaciones laborales.

Esta estrategia laboral implementada en el sector salud del estado Zulia, busca reducir el gasto en materia de personal y los conflictos laborales. Pareciera que esta nueva modalidad de relación laboral no enfrentarse a ningún tipo de adversarios, por el contrario parece ser acogida por parte de los trabajadores, ante "la necesidad indispensable de trabajar".

Referencias Bibliográficas

- ALBIZU, Eneka. **Flexibilidad Laboral y Gestión de los Recursos Humanos**. Editorial Ariel, S.A. Barcelona España. 1997.
- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**. Gaceta Oficial Extraordinaria No. 5453 del 24 de marzo de 2000. Caracas, Venezuela. 2000.
- BATTISTINI, Osvaldo y MONTES CATO, Juan. "Flexibilización laboral en Argentina". En: **Revista Venezolana de Gerencia**. Año. 5 No. 10. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. 2000.
- CASTELLS, Manuel. **La era de la información: La Sociedad Red**. Vol. 1, Ediciones Siglo XXI, 1er Edición en Español. México. 1999.
- COLEGIO DE MÉDICOS DEL ZULIA. **Convenio Colectivo del Estado Zulia**. Maracaibo, Edo. Zulia. 1997.
- COLLER, Xavier. **La empresa flexible. Estudio sociológico del impacto de la flexibilidad en el proceso de trabajo**. No. 155 CIS. Madrid, España. 1997.
- CONGRESO DE LA REPUBLICA DE VENEZUELA. **Ley Orgánica del Trabajo**. Caracas, Venezuela. 1995.
- ERMIDA, Oscar. "Globalización y Relaciones laborales". En: **Revista Venezolana de Gerencia**. Año 4. No. 9. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. 1999.
- ETXEZARRETA, Miren. "¿Qué es la Globalización?". En <http://www.globalizate.org>, fecha de consulta 15 de abril de 2005. 2001.
- FUENMAYOR, Jennifer y OCHOA, Haydée. "Descentralización y Modernización Administrativa de las Gobernaciones en Venezuela: El caso del Estado Zulia". En: **Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales**, Vol. 9 No. 1. Enero-Abril. Caracas, Venezuela. Pp.185-210. 2003.
- GARCÍA CANCLINI, Néstor. "Globalismo o defender la identidad". En **Revista Nueva Sociedad**, No. 163. Septiembre-Octubre, Caracas, Venezuela, pp. 56-70. 1999.
- GOBERNACIÓN DEL ESTADO ZULIA. **Acta Constitutiva de creación de la Fundación Hospital de Es-**

pecialidades pediátricas de Maracaibo. 2000.

GRÚBER, Félix. "Un modelo gerencial para los servicios públicos de salud basados en la participación comunitaria". En: **Revista Internacional de Medicina Familiar**. Vol. 5, No. 1. LUZ. pp. 143-145. 1993.

GRÚBER, Félix. **Una nueva gerencia en los servicios públicos de salud en Venezuela**. Fundación Popular. Maracaibo, Venezuela. 1995.

HOMEDES, Nuria y UGALDE, Antonio. "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica". En: www.clad.org.ve Fecha de Consulta 20-05-2002. 2001.

IANNI, Octavio. "La era del globalismo". En: **Revista Nueva Sociedad**. No. 163, Septiembre-Octubre. Caracas, Venezuela, pp. 92-108. 1999.

IRANZO, Mauricio. **Líneas Estratégicas de Promoción y Apoyo a la Economía Popular. Caso Venezuela**. I Seminario Internacional de Economía Popular, 26-29 de Noviembre. Caracas, Venezuela. 1990.

ITURBE, Pedro. En: **Revista de la Fundación de Medicina Familiar**. (Entrevista). Argentina. 1986.

KURI, Armando. "La Globalización en perspectiva histórica". En: **Revista Comercio Exterior**. Vol. 53, No. 1. Enero. México. Pp. 4-12. 2003.

LAURELL, Asa Cristina. "Globalización, Políticas Neoliberales y Salud". En: BRICEÑO, R., DE SOUZA MINAYO, M. y COIMBRA, C. (coord.). **Salud y equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales**. Editora FIOCRUZ. Caracas. Venezuela. 2000.

LONGO, Francisco. "Modernizar la gestión pública de las personas: los desafíos de la flexibilidad". En: **Revista Reforma y Democracia**. No. 19. Febrero. CLAD. Caracas, Venezuela, pp. 195-218. 2001.

LÓPEZ, Diego. "¿Derecho del trabajo o derecho del empleo? La nueva función de la legislación laboral y la reducción de los derechos en el trabajo?". En: **Gaceta Laboral**. Vol. 10. No. 1. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. 2004.

LUCENA, Héctor. **Relaciones de Trabajo en el Nuevo Siglo**. Fondo editorial Tropykos. Caracas, Venezuela. 2004.

MINAYO, Carlos y DA FONSECA, Sonia. "Descentralización y Participación en salud: nuevos aportes para al discusión". En BRICEÑO, R, DE SOUZA Minayo, M y COIMBRA, C (coord.). **Salud y equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales**. Editora FIOCRUZ. Caracas. 2000.

OCHOA, Haydée y GAMBOA, Teresa. "Hacia la Gerencia Pública en Venezuela: el caso de la administración tributaria". En: **Revista Centroamericana de Administración Pública**. No. 37. Instituto Centroamericano de Administración Pública. San José de Costa Rica, pp. 93-116. 1999.

OCHOA, Haydée y RODRÍGUEZ, Isabel. "Descentralización y Privatización de la Salud en Venezuela. Estudio de un caso". En: **Tendencia**. Vol II, No. 2. Pasto, Colombia. pp. 65-88. 2001.

PORTILLO, Alexis. Sin título Panorama. 25-08. Maracaibo-Venezuela. 1999.

PRIES, Ludger. "El Reto de la flexibilidad y las relaciones obrero-patronales en México". En: DOMBOIS, Rainer y, PRIES, Ludger. **Trabajo industrial en la transición: experiencias de América Latina y Europa**. Nueva Sociedad. Caracas, Venezuela. 1993.

RINCÓN, M.; OCHOA, H.; RODRÍGUEZ, I.; Y TARAZONA, A. "Descentralización y Participación Ciudadana en Salud: Un caso de estudio". En: **Ciencias de Gobierno**. No. 12 IZEPES. Maracaibo, Venezuela, pp.63-83. 2002.

RINCÓN, María T. y RODRÍGUEZ, Isabel. "Gobernación y gestión de los servicios de salud en el estado Zulia: estudio de caso". En: **Revista Venezolana de Ciencias Sociales**. Vol. 9. No. 1. UNERMB. Cabimas, Venezuela. pp. 115-139. 2005.

SARAVIA, Enrique. **La Situación del Personal de la Administración Pública**. Documento del CLAD. Caracas- Venezuela. 1998.

MPD. **Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela**. En: www.sisov.mpd.gov.ve, fecha de consulta 10-03-2005.

SOTELO, Adrián. **Globalización y Precariedad del Trabajo en México**. Ediciones El Caballito. S.A. México. 1999.

SOTELO, Adrián. **La Reestructuración del mundo del trabajo. Superexplotación y nuevo paradigma de la organización del trabajo**. Universidad Obrera de México, Escuela Nacional para Trabajadores. Editorial Itaca. México. 2003.

USECHE, María y AÑEZ, Carmen. "La organización del trabajo en las franquicias de comida rápida". En: **Revista de Ciencias Sociales**. UNERMB, Vol. 6. No. 2. Cabimas, Venezuela. pp. 195-210. 2002.

VARGAS, Luis. "Existen ciertas dudas con respecto a la implantación de microempresas". En: **La Verdad**. 26-07. Maracaibo, Venezuela. 2001.

ZÁRRAGA, Pedro. **20 Experiencias Exitosas en Gestión de Salud Pública**. Fundación Polar, Caracas. Venezuela. 2001.

Entrevista

HERNÁNDEZ, Carol. Gerente de Operaciones del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo. Entrevista realizada el 26 de Abril. 2002.