

# **FUNDASALUD-LARA: MODELO DE DESCENTRALIZACION HACIA LA SOCIEDAD CIVIL**

**Dr Federico Arteta, Dra. Alda Pérez de Saturno y Lic. Nancy Brandt Landínez**

Palabras Claves: Fundasalud - Lara, Descentralización, Sociedad Civil

La descentralización y la desconcentración de los poderes de los Estados Nacionales ha sido uno de los procesos más relevantes que vive la humanidad a finales de este siglo. Los beneficios de ese proceso son consecuencia de la redistribución de la toma de decisiones. Los riesgos parecen derivarse de la posible dispersión, de la pluralidad atomizada y de la propia crisis y fragmentación del Estado Nacional como forma concreta de poder.

Por otro lado en la experiencia mundial, tal como lo expresó Parejo ha habido un doble proceso "descentralización hacia adentro, recentralización hacia afuera, es decir, integración europea, integración supranacional" (*Parejo, Luciano: La Descentralización Española», cátedra: "Descentralización, Gobierno y Futuro Democrático en Venezuela". Gerencia y Gestión Local*).

En el caso venezolano, ha habido todo un proceso de desconcentración y descentralización muy discutible y discutido (*Uslar Pietri, A: Hacer la nación: El Nacional 7 de Septiembre de 1997. Pag. D - 1*) (*Caldera, R.: "Mi compromiso con Venezuela", Caracas 1993.*), cuyos resultados parecen ambiguos en el momento que vivimos, pero como todo proceso su evaluación probablemente, requerirá de quinquenios.

En el "Sector salud" la necesidad de descentralizar y desconcentrar ha surgido de tres grandes razones: En primer lugar, la gran ineficiencia del Estado para cumplir con las funciones a las cuales está obligado en el área de los servicios de salud, debido entre otras, a la lenta respuesta institucional, de los "lejanos y sordos centros de decisión". Esta actitud "paquidérmica" en servicios de salud, ha provocado multitud de iniciativas de la sociedad, a través de comunidades organizadas, ellas mismas han asumido responsabilidades directas en los servicios, exigiendo los recursos cuantiosos que el Estado venezolano ha tenido y que evidentemente tuvieron destinos distintos a los objetivos institucionales. Ante esta necesidad y ese objetivo de participar del conjunto de la sociedad, se planteó la descentralización como un instrumento que permitiría redistribuir recursos materiales y de decisión y por tanto de por otras instancias.

La segunda razón es atribuida a los cambios universales, consecuencia los avances científicos tecnológicos, que han derivado en una globalización reconstruido las relaciones poder. En lo particular, ese proceso ha sido empujado, los entes públicos del espacio transnacional (FMI, BM, etc.) ha condicionado los flujos financieros y calificaciones, de acuerdo con los avances de descentralización y desconcentración. Bastaría enumerar los distintos acuerdos que la nación ha establecido entre años 80 y 90 con el Fondo Monetario Internacional (FMI) con el y Banco Mundial (BM).

La última razón se debe al desprestigio de la técnica de organización centralizada del Estado, explicada, sólo en parte por el aumento de complejidad de la sociedad y la recomposición del poder mundial. Habrá que añadir prestigio creciente de mecanismos de consenso en democracia, como forma resolución o estabilización los conflictos de la sociedad.

La descentralización ha supuesto, por tanto, una dispersión del dinero, los funcionarios y los bienes del poder central a las regiones. En Venezuela es evidente

que el petróleo y no otro tipo de tributaciones es lo que le sigue concediendo poder al nivel central, pero con un alto desprestigio como camino hacia la solución de la crisis social.

### **Origen de la Propuesta Fundasalud - Lara**

A finales de los años 80, se crea la "Comisión para la Reforma Integral del Estado Lara" (COPREL). Dentro de las distintas iniciativas que establece una subcomisión de salud, que parte de la que: "Las organizaciones responsables de ofrecer atención, cada vez son más incompetentes; fundamentalmente por utilizar un modelo administrativo inadecuado (*Finizola, B y Cols.: Propuesta de Salud para el Estado Lara*". *Coprel - Fundasalud. Barquisimeto - Lara, 1991. P.1*). Se parte de una crítica del modelo de administración del Estado nacional, pero principalmente de una conceptualización de modelos locales exitosos para administrar la salud en el Estado Lara, en especial del modelo de Ascardio (Asociación Civil sin fines de lucro sede del Programa Cardiovascular del M.S.A.S., con más de 20 años de experiencia).

### **Análisis de los Modelos Administrativos.**

Se parte de la premisa de que no sólo un proceso de desconcentración hará necesariamente exitoso un sistema de salud, si en el se conserva el modelo administrativo centralizado del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Es evidente, que con un presupuesto que destina un 85% o más en gastos de personal, del cual la mayoría es "personal no calificado", con compras y contrataciones centralizadas, con multitud de organismos dispensadores de atención médica (IVSS, IPASME, MSAS, etc.), la corrupción y el clientelismo absorbieran el grueso de los recursos que el Estado venezolano destina al sector es eso lo que explica, que en el segundo quinquenio de los años 70, a pesar de que el presupuesto del sector salud se acercó al 10% del presupuesto nacional, la ineficiencia y el debilitamiento de la asistencia médica fue mayor. La política de pleno empleo, recayó en sectores como salud y educación, a expensas del empleo masivo de parte de la población poco capacitada, sin tomar en cuenta los objetivos y misiones \_ propios de estos sectores. Si bien es cierto que esto favoreció la paz social y el aumento del consumo nacional, lo hizo a un costo (gasto público) tan grande, que 10 años más tarde, a finales de los años 80, sumergió al país en una tremenda crisis, donde no era posible mantener el salario real de esos sectores, resquebrajándose así tanto el sector salud, como las razones por las cuales se había ampliado el gasto público, derivándose la crisis política de comienzos de la década del 90.

### **Experiencias locales en administración de servicios de salud.**

El análisis de la subcomisión de salud de COPREL, parte constructivamente de experiencias locales en administración de servicios de salud, tanto mixtos como privados, que contrastaban con la crisis de los grandes hospitales de la región, en especial el Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Esa nueva propuesta administrativa surge por consiguiente de la sistematización de los modelos usados en las experiencias exitosas.

Es sobre esa hipótesis y sobre esa metodología que se construye la propuesta Fundasalud, definida en el marco de una estrategia de descentralización del sector salud en el Estado Lara.

## **Fundasalud como propuesta**

En el documento "Propuesta de Salud para el Estado Lara" COPREL del año 1991 se propone una operación de descentralización y desconcentración que vaya de lo particular a lo general, utilizando a la Fundación para la Promoción de la Salud en el Estado Lara (FUNDASALUD) como instrumento operativo y facilitador del proceso, en coordinación con los organismos responsables del sector a nivel del Estado (Fínizola, B. op cit p. 2 y 3). No se plantea la confrontación con el MSAS ni con los entes desconcentrados, sino un nivel de coordinación que haga factible un proceso de transición en un lapso de mediano plazo, que permita que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social sea un **órgano normativo** y Fundasalud se vaya convirtiendo en un **órgano operativo** con un nuevo modelo administrativo.

En este sentido, el nuevo modelo gerencial es definido como unidades de servicios estrechamente ligadas a la preservación de la salud y la vida del individuo, con un marco normativo emanado del M.S.A.S. y con la participación protagónica de grupos sociales organizados que actúan conjuntamente con los equipos de salud.

## **Fundasalud como nuevo Modelo en Gestión de Salud**

Las características generales de esa proposición surgida del análisis concreto de experiencias exitosas del sector salud de la región son:

**1) La participación activa de la comunidad:** No sólo como espectadora beneficiaria, sino como protagonista, es decir, no como objeto, sino como sujeto del sector. Esto supone definir como componente del sector a las comunidades organizadas. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en su Artículo Zero., incluye a los habitantes del país como objeto de la protección (*Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Gaceta oficial No. 33.745) Caracas. Junio 1987, pág. 3.*) y la reciente "Ley de Planificación y Participación de la Sociedad Civil en la Gestión Pública del Estado Lara", define que la sociedad civil organizada tendrá derecho a participar en los procesos de formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, programas y proyectos de la gestión pública (Artículo 6) ("*Ley de Planificación y Participación de la Sociedad Civil en la Gestión Pública del Estado Lara*". *Gaceta Oficial del Estado Lara. 5 Junio 1996. p. 2.*).

**2) Administración participativa:** Se define a la sociedad civil organizada y al equipo de salud, como "sujetos preactivos" que participan en el proceso administrativo en todas sus etapas.

**3) Sistema de información como base para la toma de decisiones:** Se considera fundamental el desarrollo de un sistema de información en salud que disminuya la incertidumbre en la toma de decisiones. Una información oportuna, suficiente y veraz, con gerentes capaces de analizar, es clave para la conducción del proceso (*Finizola, S. op cit p. 4 Dirección Técnica de programas MSAS*).

**4) Recursos humanos y equipos:** Hay que establecer mecanismos de selección, estímulo y sanción que permitan al personal reunir condiciones de alta calidad técnica y actitudinal identificado con la misión del servicio de salud. Igualmente, se plantea la adquisición de equipos adecuados con programas de mantenimiento preventivo y correctivo de calidad.

**5) Estrategia de la atención primaria en salud:** Se plantean como contenidos de la acción administrativa los lineamientos de la atención primaria en salud establecidos por la Organización Mundial de la Salud y los definidos por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (*Manual Informativo de los programas de Salud. Venezuela 1995.*), que suponen, entre otros, la organización de sistemas de

prevención por niveles de complejidad creciente, que privilegien la promoción, prevención primaria evaluación y protección específica, la atención ambulatoria hacia los sectores más débiles en lo económico y estructural de la sociedad, pero en el marco de la universalidad y continuidad de la prestación del servicio de salud.

### **Fundasalud - Lara: ¿qué hace y cómo lo hace?**

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 (*Documento de presentación Fundasalud-Lara, 1997*). Fundasalud es una estrategia del Gobierno Regional que sirve como instrumento de descentralización al sector salud (*saturno, Alda de Rangel, Juan Carlos Ponencia: Fundasalud: Modelo de Participación Comunitaria. Fundación Cisneros - UCAB: Caracas, Junio 1996.*).

### **1 Objetivos de Fundasalud.**

1.1- Estimular la articulación intra e intersectorial alrededor de la salud.

1.2-Desarrollar programas dirigidos a la promoción y fomento de la salud, a la prevención y atención, mediante acciones a nivel del individuo, la familia y la comunidad.

1.3-Promover la investigación y la formación de recursos humanos en función de los objetivos del sistema de salud.

Es de especial interés entender que conceptualmente, el fenómeno de salud - enfermedad tiene determinaciones que van más allá del socialmente denominado "sector salud". Es decir, que los determinantes de la salud tienen que ver con las condiciones de vida en general, los estilos de vida y las redes de atención y prevención, en particular. En este sentido, la medicina, tiene un papel predominante en la restauración de la salud y en la prevención de la muerte y discapacidad por la enfermedad; pero la sociedad, en sus diversas estructuras y organizaciones, tiene un papel primordial en promocionar y prevenir la enfermedad, a través de adecuadas condiciones del ambiente habitacional (alimentación, vivienda, higiene) y laboral. (Ver gráfico 1)

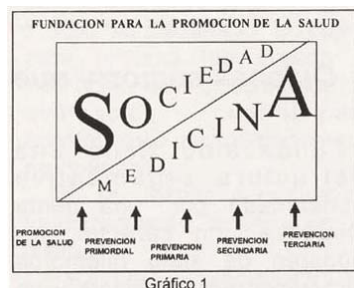


Gráfico 1

El modelo administrativo propuesto, tiene que ver con Fundasalud como organización de enlace, que permite la relación entre las instancias gubernamentales (en este caso el Gobierno Regional) y las organizaciones no gubernamentales (O. N. G's) que trabajan en el sector. (ver gráfico 2).



Gráfico 2

Esto permite que los recursos del Estado, con sus rígidos mecanismos burocráticos, sean gerenciados a través de Fundasalud -como organización de enlace- en alianza con la sociedad civil organizada para financiar proyectos de salud, en especial aquellos asentados en instituciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y en otras instituciones gestionadas por las comunidades.

El modelo administrativo desarrollado por Fundasalud, permite ejecutar sus programas con sólo un 5% de gastos de funcionamiento. Desde el punto de vista financiero maneja transferencias que son evaluadas presupuestaria e institucionalmente y que están condicionadas a rendiciones periódicas (usualmente mensuales o bimensuales) por parte de O.N.G.'s receptoras de *los recursos* (ver gráfico 3)

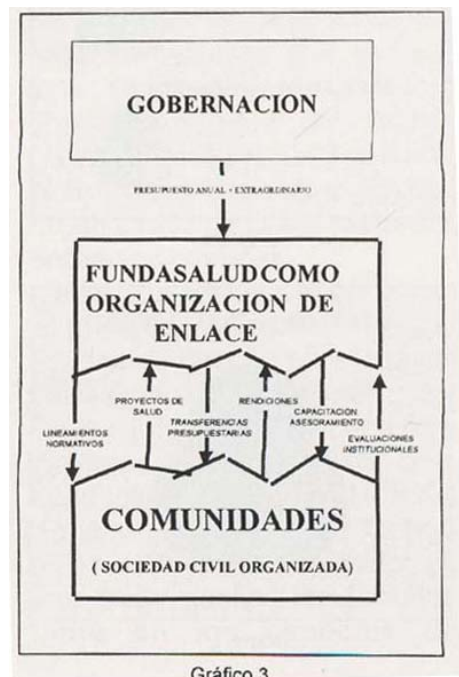


Gráfico 3

(Terris, M: "Conceptos sobre Promoción de la Salud" . Journal or Public Health Policy. EWA. Traducción: Guillermo Llanos. HRAIOPS.) (Banco Mundi "Inverfir en Salud". Washington DC, 1991) (Carta de Otawa para la promoción de la salud. OMS. Otawa Canadá. Nov. 1996.).

Los recursos son transferidos con la figura de fondos en avance aprobada por la Contraloría del Estado y estableciéndose relaciones bilaterales, no sólo presupuestarias, sino de evaluación, capacitación, control, seguimiento y asesoría que generan vínculos de mutua confianza.

En este sentido, es importante señalar que Fundasalud Lara ha estimulado y establecido alianzas estratégicas, en especial entre el Gobierno Regional, y las comunidades vecinales y laborales organizadas (O. N.G'S). (Ver gráfico 4 y 5)

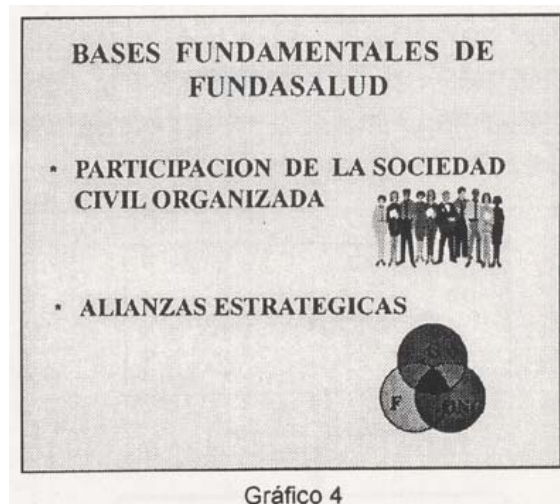


Gráfico 4

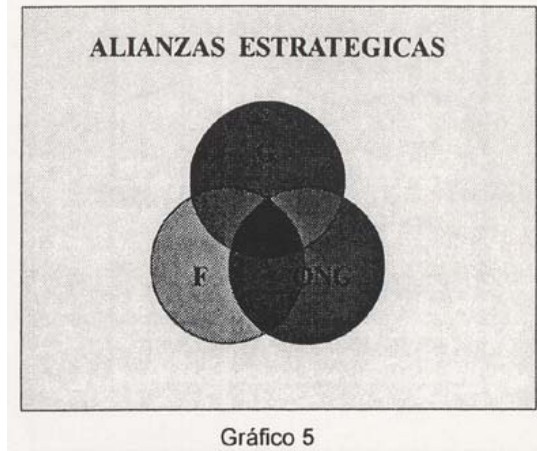


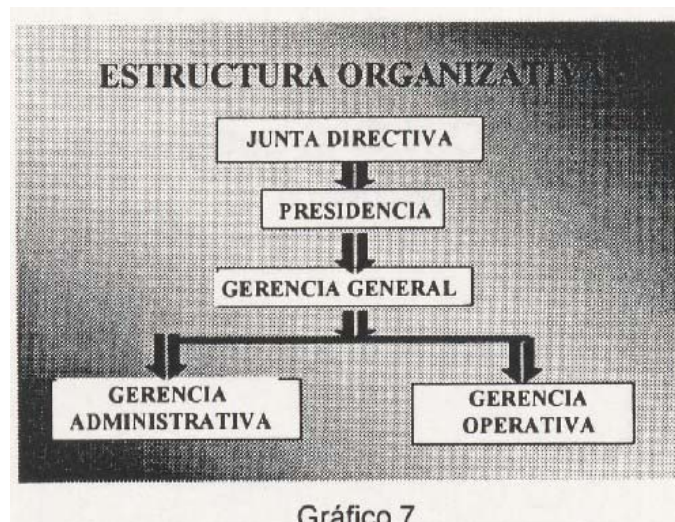
Gráfico 5

Más aún, en los últimos años, aprovechando la oportunidad de nuevas relaciones políticas e institucionales, ha favorecido las alianzas entre distintas organizaciones gubernamentales, en especial la Dirección de Desarrollo Social de la Gobernación del Estado Lara, la Dirección General Sectorial de Salud (órgano en proceso de descentralización y desconcentración). (ver gráfico 6)



### ¿Quiénes somos y que hemos hecho?

Fundasalud tiene una estructura organizativa conformada por: una Junta Directiva con carácter ad honorem de siete miembros incluyendo un Presidente y un Vice-Presidente; una Gerencia General, de la cual dependen de una Gerencia de Programas y Proyectos y una Gerencia administrativa. (Ver gráfico7).



Para 1.997, la Presidenta es la Dra. Aída Pérez de Saturno y el Vice-Presidente es el Dr. Eleazar García Díaz, quien es además el Director General Sectorial de Salud de la Gobernación. (Como órgano formalmente desconcentrado del M.S.A.S.).

Las decisiones se toman con la incorporación activa de las comunidades, a través de una gerencia participativa, el concurso de personal altamente capacitado en la gerencia operativa y administrativa de la Institución y con un alto nivel de mística y actitud positiva para hacer frente a los objetivos de la organización.

Los programas institucionales desarrollados para abordar los problemas de salud son:

- 1.- Dirección y Administración.



2.- Apoyo a Establecimientos de Atención Médica y Dirección General Sectorial de Salud.

3.-Sistema Integrado de Ambulancias del Estado Lara (SIAEL).

4.-Apoyo a la Atención Ambulatoria

5.-Apoyo a la Atención Hospitalaria.

6.- Apoyo a Casos Individuales en Salud.

7.- Farmacias Asistenciales.

8.-Apoyo a Contingencia del Sector.

9.-Saneamiento Ambiental.

10.-Apoyo a la Formación de Recursos Humanos.

11.-Asignación de Recursos a otras Instituciones del Sector Salud.

En alianza estratégica con la Dirección General Sectorial de Desarrollo Social de la Gobernación del Estado Lara se ejecutan además:

1.-Programa "Vaso de Vida" (Distribución de leche a niños de 2 a 9 años de bajos recursos del Estado Lara).

2.-Centro de Atención Integral de la Tercera Edad (CAITE). "Casa del Abuelo".

Con recursos directos de la Gobernación del Estado Lara se desarrollan:

1.-Proyecto de Modernización del Departamento de Pediatría del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" y la Sociedad de Amigos de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (SAUCI).

2.-Operativos de Cirugía:

\* Facotomías a personas mayores de 60 años: Proyecto "Luz y Esperanza".

Operativos quirúrgicos en Barquisimeto, Carora, El Tocuyo y Siquisique.

Con recursos del Fondo Intergubernamental para la Descentralización se adelantan:

1.-Proyecto Modernización del Laboratorio de Hemodinamia.

2.-Proyecto Modernización del Sistema de Ambulancias (SIAEL).

3.-Proyecto Sistema de Información para los Municipios Sanitarios (SIMUS).

4.-Proyecto Cirugía Cardiovascular.

Por otra parte, se han realizado convenios con:

\* Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado" y en especial con el Decanato de Medicina, en relación con capacitación de personal.



\* Metrobús - Lara (reparación de unidades de ambulancias).

\* Diversas O.N.G's de capacitación y asesoramiento de la sociedad civil organizada del Estado.

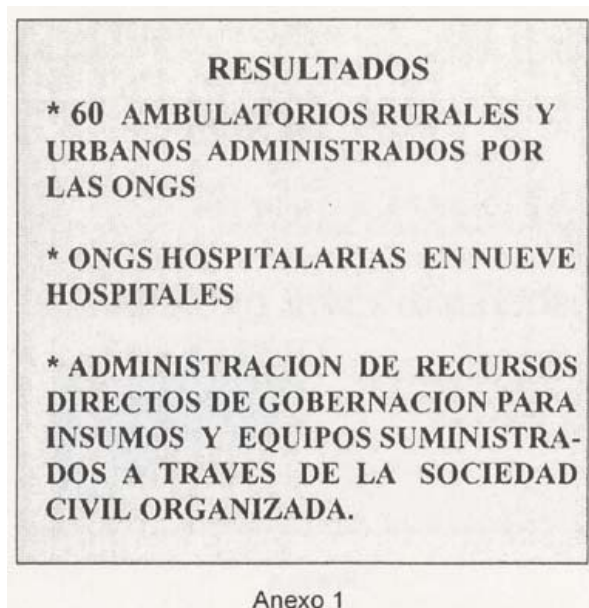
En líneas generales, el mayor porcentaje del financiamiento proviene de la Gobernación, el cual se distribuye así:

\* 95% es destinado al objeto para el cual fue creada la institución con mecanismos de evaluación y control para constatar el cumplimiento de sus programas.

\* 5% se destina a gastos de funcionamiento interno de la institución.

Para 1997 el presupuesto de Fundasalud asciende a la cantidad de Bs. 3.000.000.000,00. Los resultados en cifras están reflejados en los informes de gestión de la institución, sin embargo, la política de imagen de la actual dirección plantea actuar como una organización altamente técnica y eficiente.

Es importante destacar el programa de apoyo a la atención ambulatoria (Anexo I).



De ellos el de Cerro Gordo y Santos Luzardo, han merecido elogios y reconocimientos, una vez evaluados por organismos como la Universidad Central de Venezuela, el IESA, el BID, el Banco Mundial, la Fundación Cisneros, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, siendo considerado el ambulatorio de Cerro Gordo como prototipo a nivel nacional. Experiencias como la de los ambulatorios del Sur, Calicanto (Carora), San José (Parroquia Unión) han sido colocadas como ejemplos en numerosos congresos y reuniones de salud comunitaria (para más detalles ver: *(Navarro J.C. Antiveros, G. "Descentralización, Política Social y Participación" - CESAP -IESA. Caracas, Julio 1996.)*.(ACIALA - ASOVESALUZ: Ambulatorio Urbano Tipo 11 Dra. Laura Labellarte, Santos Luzardo. Barquisimeto - Lara. Ponencia. Foncofin. 1997 (Mimeografía).).

El desarrollo institucional y organizacional del ambulatorio Santos Luzardo, por ejemplo, ha permitido un servicio de emergencia que funciona las 24 horas, atendiendo a 22 comunidades, siendo un servicio autogestionado y cofinanciado

con los recursos del Estado (Gobernación, Alcaldía, M.S.A.S.), la sociedad (grupos organizados de la comunidad) y empresas privadas.

Los distintos programas expresan diferentes modalidades de gestión en el camino estratégico de la institución. Por ejemplo, la transferencia a fundaciones como (SAUCI), o la Fundación Amigos del Hospital "Pastor Oropeza" de Carora (FAHOSPO), ha resultado en una mejor gestión institucional, tanto en los aspectos de servicios de asistencia médica, como en el desarrollo de un modelo de gerencia participativa, de contenido democrático. Elementos como incentivos al trabajo, el trabajo voluntario y el control comunitario, la relación costo beneficio hacen que la eficacia, eficiencia y la efectividad mejoren significativamente (*Sauci. Proyecto del Departamento de Pediatría del Hospital Central Antonio María Pineda. Barquisimeto, 1996*). (*Fahospo. Informe de gestión 1996. Diciembre 1996*).

El programa de apoyo a casos individuales en salud, ejemplo de un programa más asistencialista, transfiere recursos a farmacias sociales y comunitarias para la satisfacción de los pacientes de escasos recursos, previo aporte por parte del paciente de recaudos, tales como informe médico, identificación del paciente, justificación de la ayuda e informe del Trabajador Social. En otros casos se transfieren a proveedores del sector salud los recursos financieros a cambio de la satisfacción del usuario.

El programa de "operativos quirúrgicos" que se realiza los fines de semana demuestra la posibilidad de transferir recursos a cambio de producto final, lo cual es una experiencia interesante. En los operativos para facotomías que resuelven las cataratas en personas de la tercera edad (Proyecto "Luz y Esperanza"), se realizan transferencias a instituciones públicas y/o privadas y se cancela por producto final entendiéndose por ello número y calidad de intervenciones realizadas.(ver anexo 3)

**APOYO A PROGRAMAS DE SALUD EN  
MATERIA CURATIVA**

**RESULTADOS**

**JORNADAS QUIRURGICAS**

**470 PACIENTES OPERADOS EN DOS JORNADAS  
SUCESIVAS DE 72 HORAS EN:**

- \*HOSPITAL PEDIATRICO**
- \*HOSPITAL DE CARORA**
- \*HOSPITAL DE SIQUISIQUE**

Anexo 3

El programa "Vaso de Vida", seleccionado por el PNUD como una de las 10 "Experiencias Exitosas en Mitigación de la Pobreza", en Latinoamérica permitió movilizar a buena parte de la población larense organizada para distribuir producto lácteo a más de 300 mil niños, facilitó el desarrollo de comités de madres, que establecían puntos de distribución primarios, secundarios, etc, demostrando contundentemente la capacidad de la población para participar en estos mecanismos administrativos, incluyendo la planificación de la distribución. Tales experiencias fueron recopiladas a través de documentos audiovisuales que han permitido apreciar en toda su extensión el sistema de redes a través del cual pueden funcionar las comunidades. (anexos4,5,6)

## VASO DE VIDA

INICIO: 15 DE MAYO DE 1996  
RESPONSABLES DE LA DISTRIBUCION:

### SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA:

- \* ONGS
- \* MODULOS DE SERVICIOS
- \* COMITE DE MADRES  
( 2000 madres )



Anexo 4

### ¿QUE HACEN?

- \* LEVANTAN EL CENSO
- \* RECIBEN EL PRODUCTO DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA
- \* ENTREGAN Y CONTROLAN EL PRODUCTO
- \* RINDEN CUENTAS



Anexo 5

## RESULTADOS

**COBERTURA: 320.000 NIÑOS  
EN TODO EL  
ESTADO**

**SE DISTRIBUYE LECHE PASTEURIZADA, U.H.T. Y LACTOISOY A TRAVES DEL COMITE DE MADRES ORGANIZADAS (2.000 MADRES).**

Anexo 6

El programa de saneamiento ambiental, se maneja a través de proyectos, mediante los cuales se da respuesta a problemas graves de contaminación; tal es el caso de los recursos que se transfieren a las O.N.Gs para pagar a "volqueteros" en áreas vecinales por el traslado de basura, desechos sólidos y desperdicios al botadero municipal. La organización vecinal moviliza a la población a recoger la basura y acumularla en los sitios donde los camiones la toman, además aportan la logística (comida de los chóferes), acompañan a los camiones y se aseguran que lleguen al basurero, incidiendo en la disminución de los índices aélicos para el control del dengue, esto compensa una deficiencia del sistema establecido de aseo municipal. Sin embargo, la propuesta para los próximos años es transformar el sistema, creando microempresas de reciclaje de basura, acciones que ya se han apoyado a partir de 1997.

El programa Sistema Integrado de Ambulancias del Estado Lara (SIAEL) plantea una alianza estratégica 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. Ello ha permitido desarrollar un programa público avanzado y a bajo costo en red de ambulancias y de comunicación en el Estado Lara. Para 1997 se incorporaron a este programa recursos del FIDES, a través de un proyecto de modernización que permitirá actualizar parcialmente el parque automotor dei sistema. (Ver Anexo 7, 8 y9)

S.I.A.E.L.	
<b>RESULTADOS</b>	
<b>88 AMBULANCIAS UBICADAS EN TODOS LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO, 52 ADSCRITAS A S.I.A.E.L. 52 :</b>	
* PACIENTES ATENDIDOS A DOMICILIO:	<b>35.089</b>
* PACIENTES TRASLADADOS:	<b>5.465</b>
* UNIDADES MOVILES OPERATIVAS :	<b>40</b>
* UNIDADES FIJAS:	<b>12</b>

Anexo 7



Anexo 8

RED DE COMUNICACIONES INTERHOSPITALES	
<b>* 52 RADIOS FIJOS EN LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: AMBULATORIOS Y HOSPITALES</b>	
<b>* 54 MOVILES EN LAS AMBULANCIAS</b>	

Anexo 9

A nivel hospitalario, además del proyecto de modernización del Departamento de Pediatría, ejecutado a través de SAUCI, se ha desarrollado otra experiencia interesante en el Departamento de Obstetricia, cuya crisis en 1996 había sido muy intensa. Se plantea la implantación de un nuevo modelo administrativo transfiriendo recursos a la "Asociación Amigos de la Maternidad" (ADAM), para que los mismos lleguen directamente al Departamento, logrando una significativa mejoría en la calidad de la atención, pues la administración de los recursos a través de la modalidad tradicional no les permitía llegar a los puntos críticos de la atención obstétrica.


Otro programa es el de Farmacias Sociales y Comunitarias, cuyo objetivo es permitir el acceso a la adquisición de medicamentos a la población de más bajos recursos. Las Farmacias Sociales están ubicadas en un establecimiento de atención



médica pública o mixta. Ello permite disminuir sus costos de funcionamiento con un mercado constituido por los pacientes que acuden al centro de atención, a cambio, el paciente recibe un porcentaje significativo de descuento, la farmacia, a su vez, aporta recursos del 3% al 5% del ingreso neto a la institución de atención médica que la apoya. Es decir, se trata de una alianza entre el Centro de Atención (Ambulatorio Tipo III y Hospitales), el público, Fundasalud y las Farmacias Sociales.


De los nuevos programas, además del Vaso de Vida, vale la pena destacar el programa "Centro de Atención Integral de la Tercera Edad" (CAITE), el cual representa la aplicación de un modelo administrativo que contempla no sólo la atención médica y exámenes periódicos, sino también programas alimentarios, de productividad y recreacionales, basados en una filosofía diferente a la visión de los "ancianatos". La Casa del Abuelo no desvincula al anciano de su familia y de su comunidad, pues es un programa que funciona de día y está situado en las comunidades donde viven los ancianos. Interesa relacionarlos no sólo con sus familiares, sino con su comunidad y entre ellos mismos. Ese programa descrito en los anexos 10,11 y 12 es uno de los más importantes que existe en el país en materia de atención a la tercera edad. Se trata de un programa que administra Fundasalud, conjuntamente con la Dirección General Sectorial de Desarrollo Social de la Gobernación del Estado Lara y con la asesoría del Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER).

**CASA DEL ABUELO**  
**- CAITE -**



RESPONSABLES DEL  
FUNCIONAMIENTO:

LA SOCIEDAD CIVIL  
ORGANIZADA



INICIO DEL PROGRAMA:

**1 DE AGOSTO DE 1996**

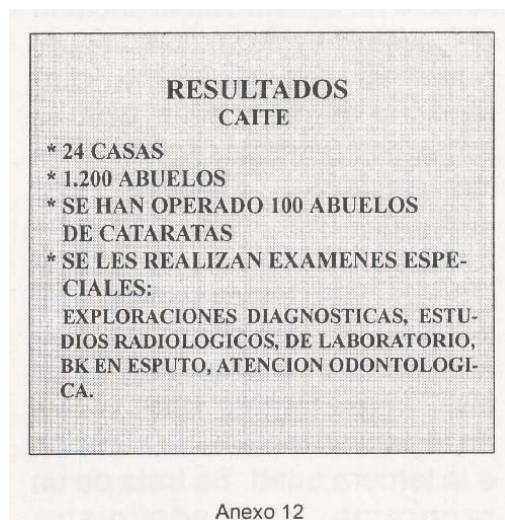
Anexo 10

**SERVICIOS QUE PRESTAN**

- \* ALIMENTACION
- \* RECREACION
- \* CAPACITACION
- \* UNIDADES PRODUCTIVAS
- \* GASTOS DE INFRAESTRUCTURA
- \* GASTOS FUNERARIOS

**COBERTURA: 1.200 ABUELOS**

Anexo 11



### **Comentarios: Aspectos Políticos**

El modelo Fundasalud ha querido demostrar que el proceso de descentralización hacia la sociedad civil, es posible y factible en el sector salud, sin dejar de reconocer los esfuerzos que en esta materia se han realizado en el país desde el nivel central en los últimos siete años (*Sucre, HR.: Gerente Venezuela, Caracas, Septiembre 1996, págs. 44-46*). Partiendo de especificaciones conceptuales sobre esto (*Cabrera, E.: Las Políticas Descentralizadoras en el Público Intemacional*), es posible plantear la descentralización hacia la sociedad civil, como un proceso reactivo; esto facilita su desarrollo.

Este camino ha provisto a la sociedad larense de una experiencia que privilegia la gestión participativa, las alianzas estratégicas entre los distintos sectores y estimula en última instancia "la democracia como un orden en que los conflictos se resuelven por la vía del diálogo, de la negociación y del consenso". Esto en sí mismo, es un resultado deseable que propende a la construcción de una organización social más sólida.

Es cierto que el "Proyecto Salud" del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, ha tenido innegables éxitos en su desempeño como instancia que estimula y apoya los procesos de descentralización gubernamental y de desconcentración. Sin embargo, el camino ha sido difícil pues está vinculado a la maduración de un Estado, que, como el venezolano, surge de propuestas políticas altamente centralizadas y de una experiencia federal que fue una sucesión de guerras y conflictos que desordenaron el espacio nacional en el siglo pasado. Con esas cargas históricas el proceso de descentralización gubernamental y desconcentración desde arriba ha sido lento. En este contexto político es en el cual se ha desarrollado el proceso de descentralización hacia la sociedad civil, por parte de Fundasalud - Lara.

Una de las observaciones realizadas a Fundasalud-Lara, es que el modelo que se desarrolla en este Estado no es extrapolable a otras regiones del país. Se piensa que su especificidad radica en las condiciones concretas que ha vivido la Región Barquisimeto", donde a diferencia de otros sitios del país el 80% de la población no migró fuera de ella, donde se ha desarrollado la más alta cantidad de organizaciones populares, el movimiento cooperativo más relevante del país, O.N.G's de asesoramiento y capacitación de gran relevancia y una Fundación para el Desarrollo de la Región Centro Occidental (FUDECO). Ello, sin embargo, no dificulta la posibilidad de desarrollar el modelo con otras magnitudes, en otras áreas del país. En tal sentido vale la pena acotar que Fundasalud-Lara ha servido



de referencia para que otros estados como: Sucre, Trujillo, Cojedes, Portuguesa y Zulia desarrollen experiencias parecidas con las particularidades propias de cada región. (*Fundación para la Promoción de la Salud del Estado Zulia, Fundasalud Zulia. Folleto de Presentación, Maracaibo 1996*).

Otra observación relevante es la dualidad que se crea en el sector salud, entre Fundasalud Lara y la Dirección General Sectorial de Salud. Ellas representan dos modelos que coexisten en un período de transición. Sin embargo, desde su fundación en Octubre de 1990, Fundasalud planteó una estrategia donde progresivamente se iría convirtiendo en un órgano operativo, respetando la normativa sanitaria asistencial de la Dirección de Salud. Las políticas y programas del M.S.A.S. Constituyen el contenido de su doctrina en salud y el modelo administrativo de Fundasalud busca darle forma operativa. (*Finizola, B.: opcit. Pág. 7-9.*)

### **Aspectos Administrativos**

Estos aspectos están basados en los lineamientos generales que tienen que ver con la incorporación activa de la comunidad organizada, la administración participativa, la gerencia con proyección social, un sistema de información como base para la toma de decisiones, un sistema de selección de recursos humanos, con un régimen de estímulos y sanciones, que gratifique la mayor cantidad y calidad de trabajo; todo ello apoyado en las comunidades organizadas. Alrededor de este modelo administrativo se han generado las siguientes observaciones:

La primera proviene de la visión que se tiene de este modelo como mecanismo "privatizador" de la salud. Esto ocurre probablemente, por el sentido perverso que tiene la palabra "privado". Recordemos que lo público y lo privado se refieren a una consideración jurídica; que se trata de "asociaciones privadas", pero "de interés público" como lo expresa el padre Janssens. (Janssens A.: *Financiamiento Alternativo. Cesap. Caracas. Febrero 95*). Habría que definir un espacio privado cuyo objeto es el lucro como en buena parte de consultorios y clínicas privadas, al igual que el sistema químico farmacéutico, el sistema tecnomédico y los complejos médico-asistenciales; sin embargo, el mercado social cuyo sujeto son las comunidades organizadas, representa otro sector de derecho privado, donde no se persigue el lucro.

Para algunos autores como: Cárquez y León Uzcátegui, parece haber una acepción a esta categoría aparental "lo privado", como "traspaso a manos de particulares", que realizan actividades lucrativas de bienes y servicios que hasta ese momento eran propiedad Del Estado" (*Cárquez F, Uzcátegui, La Crisis Sanitario - Asistencial Venezolana. Universidad de Carabobo, Valencia 1995. pág 60*). Sin embargo, ese enfoque es referido a un contexto político más general con Laurell, como "política social neoliberal", cuyos ejes programáticos son: el recorte del gasto social, su focalización, la descentralización y la privatización como políticas declaradas u ocultas (*Cárquez y Uzcátegui. op-cit. Pág. 61.*).

Estos mismos autores plantean que "el fracaso del Estado bajo las diversas formas de gobierno, en diferentes contextos, para organizar eficaz y eficientemente los servicios, hace indefendible la concentración y manejo de tales servicios desde el aparato estatal" y más adelante proponen una descentralización "que en si misma no es garantía de nada".. "De lo que se trata es dar a la población, a través de sus diversas formas organizadas, la posibilidad real de participación desde el momento mismo de diseñar y elaborar las políticas, la posibilidad de incluirla en la toma de decisiones, en la vigilancia de los recursos asignados y en la evaluación de los programas (*Carquez F, Uzcátegui: op.cit -pág. 69*). Es precisamente esto lo que

propone Fundasalud en su modelo administrativo. Se trata de ampliar el mercado social en la gestión pública, sin excluir al Estado.

Otro tipo de observaciones son aquellas que proponen un modelo "autosustentable", desde el punto de vista de su financiamiento. El criterio de sustentabilidad progresiva implicaría que el financiamiento se haga decreciente en el tiempo, a medida que la población vaya aportando, a través de diversos mecanismos, los recursos que permitan seguir desarrollando los programas de salud. Esta actitud que asumen, en general, los sistemas multinacionales de financiamiento ha sido considerada por muchos como "el retiro del Estado de sus responsabilidades con la sociedad". Sin embargo, este planteamiento ha impregnado buena parte de los sistemas de financiamiento de los Programas sociales en general, y de los programas de salud en particular. Se trata no sólo de detener las explosiones sociales, sino de Promover una estrategia de desarrollo social.

En fin, el problema de las fuentes de financiamiento en un Estado como el venezolano, plantea características peculiares de una nación que como dice Uslar Pietri: "Vive del Estado y no el Estado de la Nación", es decir, "es un país atípico, anómalo que hace difícil aplicarle fórmulas que en otros países han funcionado" *Uslar Pietri, A.: "Venezuela es un país atípico", El Nacional. 18 de Abril 1997. Pág. D-1)* Es cierto, además, que el porcentaje del producto interno bruto destinado al sector salud ha ido en descenso para llegar aproximadamente desde un 10% en 1975 hasta un 3,5% en años pasados, siendo éste un determinante que sin un modelo administrativo eficiente, tiene menor significación.

El modelo Propuesto por Fundasalud parte de la concepción de la salud como Política de Estado y en tal sentido, es en él en quien recae la responsabilidad de las Políticas financieras públicas del sector, las cuales deben estar dirigidas hacia la satisfacción de las necesidades de la población, pudiendo delegar la administración del servicio en otros entes o asociaciones civiles de la comunidad que tengan demostrado nivel de desarrollo.

### **Aspectos sanitario - asistenciales**

Fundasalud ha asumido los contenidos de la estructura Programática del M.S.A.S, pero, también la estrategia de atención Primaria en salud en su diseño operativo, sin entrar en la Polémica del objetivo Planteado en el punto V de la declaración de Alma - Hata: "que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente Productiva". Como consecuencia de ello, surge la Política de extensión de cobertura planteada en el documento de los Ministros de Salud de las Américas en 1972 (*Plan Decenal de 10 salud para las Américas. O.P. S. 118. Washington D.C., 1.973*). Este focaliza un objetivo de universalidad Y continuidad a la Población con mejor atención Preventiva y curativa al más bajo costo Posible, garantizando el Estado la accesibilidad equitativa de la Población de acuerdo con su nivel socio económico. En este sentido, estos elementos deben ser coherentes Y como consecuencia de ello es posible afirmar, como lo apunta Mario Testa, que "no puede existir una crisis real" en el sector salud. Toda crisis es una crisis de la sociedad global, con manifestaciones que se extienden, con mayor o menor intensidad a todos sus sectores (*Testa, M.: "Extensión de Cobertura en Atención Médica Primaria" en "La Salud en América Latina" F.C.E México, 1983*).

Fundasalud, sin embargo, ha equilibrado sus acciones de acuerdo con las demandas de Proyectos de salud, en especial, de grupos organizados para apoyar programas de atención médica ambulatoria o de comunidades y trabajadores de la salud para apoyar servicios hospitalarios.

La estrategia ha sido no sólo responder reactivamente sino inducir cambios en la conciencia de la Población a través de la educación, la capacitación y el consenso y la democratización en la toma de decisiones, así como el fortalecimiento de programas de prevención Primaria Y Promoción de la salud. Es cierto que en países como Tanzania han invertido Compulsivamente del 75% al 80% de su Presupuesto en 1971 y redujeron a 12% su asignación a hospitales de 1973 a 1975, Para invertir un mayor Porcentaje en Programas de promoción, con un impacto significativo en la modificación del perfil epidemiológico (Johnstone, P. McConnan I.: "Un sistema Nacional de Salud basado en la atención de primer nivel" *British Medical Journal*. No . IV, 1996). La polémica está planteada entre "desempeño social" y "desempeño del sector", es decir, hasta donde las intervenciones exclusivamente del sector pueden modificar el perfil epidemiológico, o si van a depender de un desempeño social vinculado con indicadores de desarrollo económico y social. Es indudable que "no es posible mejorar el desempeño de las instituciones si no las evaluamos" (González M.J.: *Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela*. M.S.A.S. Banco Mundial, Caracas Junio 77).

Esa evaluación institucional en términos específicos es la gran tarea que permitirá demostrar con certeza si un proyecto de descentralización hacia la sociedad civil puede engendrar, no sólo una respuesta organizacional e institucional de mayor desarrollo, sino un "desempeño del sector" 'en términos de costo - beneficio y costo - eficacia mucho mayor de lo que han sido los modelos sanitarios asistenciales que ha tenido Venezuela hasta hoy, entendiendo la descentralización como la cesión de espacios de decisión a organizaciones no gubernamentales o a grupos de la sociedad Civil (Cabrero, E. *op. cit.* Pág. 75).

En lo inmediato Fundasalud diseñará un sistema de evaluación, seguimiento y control de sus múltiples actividades relacionadas con los problemas de salud detectados en los municipios del Estado Lara, a fin de conocer con precisión el efecto logrado con los proyectos ejecutados en beneficio de la sociedad larense.

