

TENDENCIAS  
Revista de la Facultad de Ciencias  
Económicas y Administrativas.  
Vol. II. No.2  
Diciembre de 2001, páginas 65-87  
Universidad de Nariño

---

**DESCENTRALIZACIÓN Y PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD EN  
VENEZUELA. ESTUDIO DE UN CASO<sup>1</sup>**

**Haydée Ochoa Henríquez<sup>2</sup>  
Isabel Rodríguez Colmenares<sup>3</sup>**

---

**RESUMEN**

Con la descentralización iniciada en Venezuela a fines de los ochenta, surgen estrategias de privatización de la salud a nivel subnacional. Este trabajo estudia el traspaso, por parte de la Gobernación del Estado Zulia, de la gestión del Ambulatorio Luis Sergio Pérez a la “Fundación Venezolana para la Medicina Familiar Dr. Pedro Iturbe” (FUNVEMEFA). Se trata de un caso considerado exitoso, por lo que se intenta extender el modelo a todos los ambulatorios del Zulia. Partimos del supuesto de que es una estrategia de privatización liderada por sectores corporativos, con escasa participación de la comunidad. La investigación se apoya en documentos y entrevistas semiestructuradas al personal y usuarios del Ambulatorio. Los resultados muestran que: 1) FUNVEMEFA, es una organización corporativa liderada por un grupo de médicos que defienden la Medicina Familiar, 2) Bajo el argumento de evitar la

---

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte de los resultados del proyecto de investigación “Traspaso de funciones de las Gobernaciones a la Sociedad Civil”, financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES) de la Universidad del Zulia, del cual las autoras son investigadora principal y coinvestigadora respectivamente.

<sup>2</sup> Dra. en Estudios del Desarrollo. Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI) del CONICIT. E-Mail: haydeeochoa@iamnet.com

<sup>3</sup> Socióloga. Magíster en Ciencia Política-. Investigadora del Centro de Estudios Sociológicos y Antropológicos (CESA) de la FCES de LUZ.

política, la Fundación decidió cómo y quiénes de la comunidad participarían en la gestión del ambulatorio, 3) Los escogidos: La Iglesia, Fe y Alegría, El Centro al servicio de la acción popular (CESAP) y cooperativas de consumo, integran una organización creada para la participación en áreas muy puntuales, 4) En definitiva la participación se restringe a la presencia unipersonal, 5) En la práctica se ha desvirtuado la Medicina Familiar, 6) La Gobernación ha venido reduciendo el aporte financiero al Ambulatorio, el cual se sustituye con el pago del servicio por los pacientes y 7) Las relaciones laborales se han convertido en relaciones mercantiles, al sustituir al funcionario público por los llamados microempresarios. Se concluye sobre la presencia de espacios públicos no estatales con liderazgo corporativo, con tendencia a la privatización de la salud, modelo que no se corresponde con los preceptos de la reciente constitución.

**Palabras Clave:** Descentralización, Privatización, Salud, Servicios Públicos, Venezuela

## **INTRODUCCIÓN**

El proceso de descentralización político-territorial iniciado en Venezuela en 1989, condujo al traspaso de las competencias de salud del nivel nacional a los Estados, hecho que en la práctica tuvo lugar con dinámicas diferentes en cada una de estas entidades. Este traspaso ha sido propicio para que las Gobernaciones, instancias receptoras de las competencias, ensayen distintos modelos de gestión de la salud, algunos de los cuales incorporan estrategias de privatización.

La relación descentralización-privatización es una tendencia en la reforma del Estado, que se lleva adelante en América Latina desde los años ochenta; según Boisier (1991) “la privatización de actividades productivas y de servicios ...contribuye al diseño de escenarios favorables a la descentralización”. Se trata de un fenómeno, que si bien es en los servicios descentralizados, directamente vinculados a la economía (puertos y aeropuertos entre otros), donde se aprecia más claramente, paulatinamente ha venido avanzando en el sector social y como parte de éste en el sector salud.

En materia de salud, a pesar de que la descentralización en América Latina no ha seguido un patrón uniforme y definido por rasgos comunes, si se puede observar una tendencia privatizadora. A modo de ejemplo encontramos que en Argentina, desde mediados de la década del noventa cobra vigencia dicha tendencia con la figura de los hospitales de autogestión, donde se incorpora legalmente la posibilidad de captar fondos, mediante el cobro en algunos servicios, con la finalidad de ser utilizados en equipamiento, salarios y la administración de otros servicios (Cominetti, 1997).

En el marco de esta tendencia, la Gobernación del Zulia traspassa a mediados de la década de los noventa un nuevo ambulatorio, construido para prestar servicios al sur de la ciudad, a la Fundación Venezolana de Medicina Familiar (FUNVEMEFA), institución ésta que ha asumido desde entonces la gestión de dicho ambulatorio, denominado “Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez”<sup>4</sup>.

Este ambulatorio ha sido considerado modelo ideal de gestión de la salud en el Estado Zulia, y en los actuales momentos se programa extender la experiencia a todos los ambulatorios de esta entidad federal. La presencia del líder del modelo, el Dr. Félix Gruber, en el aparato público, en condición de Director Regional de Salud, desde el gobierno de Arias Cárdenas en 1999, se debió a un proyecto de privatización de la salud del gobierno en referencia. Este, según Gruber (1999:10), “viene desarrollando un activo programa de modernización que tiende claramente hacia la privatización de la gestión de varias áreas...y la administración de algunos centros de salud, además, está inmerso en un programa de transformar muchos empleados públicos en microempresarios en diferentes sectores del Gobierno”. El actual gobierno de Manuel Rosales ratifica a Gruber, lo que permite predecir que el modelo avanzará.

Nos proponemos en este trabajo hacer un análisis de la propuesta, que el propio Gruber considera se trata de una forma de privatización de la salud. Metodológicamente partimos del supuesto de que FUNVEMEFA es una organización corporativa y por lo tanto, perteneciente al cuarto sector (Breser y

---

<sup>4</sup> Esta denominación proviene de ser el ambulatorio, la sede de las prácticas del post-grado de Medicina Familiar y para rendirle honor a Luis Sergio Pérez, líder vecinal que promovió la construcción de dicho ambulatorio.

Cunill, 1998); es decir, no se trata de una organización del tercer sector, por lo que los intereses del grupo promotor de la organización intervienen afectando las necesidades de la sociedad, cuya participación queda subordinada a los intereses corporativos. La investigación se apoya fundamentalmente en la siguientes fuentes de información empírica, contrastada teóricamente: 1) Documentos con información primaria producida por las organizaciones involucradas en el estudio, 2) Documentos con fuentes secundarias producidas por otros investigadores y 3) Entrevistas semiestructuradas, aplicadas al personal médico, paramédico, administrativo, directivo de la Fundación Venezolana de Medicina Familiar y a usuarios del servicio.

## **1. SOBRE FUNVEMEFA: ADMINISTRADORA DEL AMBULATORIO LUIS SERGIO PÉREZ.**

La Medicina Familiar es, según Pedro Iturbe<sup>5</sup> (1986:4), “una disciplina esencialmente dirigida al ejercicio de la atención primaria de buena calidad, a base de médicos especialmente capacitados por medio de cursos de post-gradó”. Esta concepción de la medicina familiar le permite establecer una asociación con los principios planteados en la Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud, realizada en Alma Ata en 1978, año en el cual se promueve la implantación del modelo de Atención Primaria en Salud (APS), como un requisito para la conquista a nivel mundial de “Salud para todos en el año 2000”<sup>6</sup>.

En este marco, la medicina familiar es presentada en Venezuela como la especialidad médica que puede darle respuesta a los requerimientos de la implantación del modelo de atención primaria, lo que ha sido justificado con la falta de preparación adecuada por la medicina general. Según Pedro Iturbe (1986:5) “en la docencia médica el estudiantado no.... dispone de un modelo

---

<sup>5</sup> Líder de la Medicina Familiar en el Estado Zulia, Presidente del Centro Internacional para la Medicina Familiar en la década de los ochenta.

<sup>6</sup> En dicha conferencia se consideró la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, el personal de salud y la comunidad mundial, quienes se dedicarían a proteger y promover la salud. El modelo APS se ratifica nueve años después (1987) en Harare (Africa). En 1988 en la XXXIII reunión del Consejo Directivo de la OPS en Washington, se establece que para ésta la forma organizativa debe ser el Sistema Local de Salud (SILOS) y es cuando Venezuela lo incorpora según Reglamento Parcial.

adecuado de atención primaria... no puede pretenderse que el médico egresado de las Escuelas de Medicina pueda desempeñar cabalmente, con satisfacción propia y de la comunidad que atiende, una actividad en la cual no ha recibido enseñanza ni motivación”. Se concibe de esta manera que el médico general no está capacitado para el ejercicio profesional, lo cual incidió en conflictos entre los médicos generales, además de los internistas, quienes se sintieron desplazados por las propuestas de la medicina familiar.

A pesar de los conflictos, la medicina familiar logra abrirse un espacio, tanto en el Estado Zulia como a nivel nacional, a partir de la década de los ochentas. La Universidad del Zulia (LUZ) (2000) en su proyecto de post-grado de Medicina Familiar, identifica tres etapas en el proceso de desarrollo de esta especialidad en el Zulia y a nivel nacional. “La primera, la más difícil, fue la fase política, orientada al logro de cambio de actitud de la gente directiva del país en pro de la atención primaria y de la medicina general y familiar”, esta etapa se extiende a lo largo de la década de los setenta. La segunda fase comenzó con la creación de la Fundación Venezolana de Medicina Familiar en diciembre de 1981 y el “establecimiento de la primera Unidad de Medicina Familiar de Venezuela en el Hospital General del Sur de Maracaibo”, se crearon además varios centros y se probó en dos años, según los promotores, “la viabilidad del modelo asistencial”. La tercera es la fase de la docencia iniciada en 1982 en Maracaibo con la primera Residencia de Postgrado de Medicina Familiar. Estos programas fueron llevados rápidamente a otros centros docentes del país.

Paralelamente, en la tercera fase se crean varias organizaciones promotoras de la medicina familiar, entre ellas, la Sociedad Zuliana de Medicina General-Familiar en 1981, el “Centro Internacional para la Medicina Familiar con sede en Caracas, Buenos Aires, Kansas City y México” en 1981, del cual surge la revista MF, “la primera publicación sobre Medicina Familiar en español” (MF,1986:2).

Como puede observarse, FUNVEMEFA surge en el contexto de un proceso de avance de lo que se ha llamado el movimiento de Medicina Familiar en el país. Ella es definida como “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: 59).

Se trata, como podemos ver, de una organización creada para obtener recursos en pro del avance de la disciplina en cuestión y por lo tanto, es una organización corporativa. Según Bresser y Cunill (1998:27), existen cuatro formas de propiedad del capitalismo contemporáneo: “la propiedad pública estatal, la pública no estatal, la corporativa y la privada...la corporativa también tiene fines lucrativos, pero está orientada para defender los intereses de un grupo o corporación”. De la definición que los promotores hacen de FUNVEMEFA se desprende que es una organización centrada en la defensa y proyección de los promotores de la medicina familiar.

Las organizaciones corporativas de hoy, según O’Donnel (1998:122), son distintas a las del pasado, vinculadas al populismo; aquéllas se relacionan, según el mencionado autor, con “la emergencia de un nuevo tipo de Estado, burocrático, autoritario...”. El nuevo corporativismo se inserta, a nuestro juicio, en los requerimientos del Estado neoliberal, independientemente del tipo de gobierno; en tal sentido, las organizaciones corporativas están asumiendo la promoción de los principios neoliberales, entre ellos la privatización.

La referida organización corporativa asume la administración del Ambulatorio Luis Sergio Pérez, cuya infraestructura física es construida por la Gobernación del Estado Zulia, promovida por algunos líderes de la comunidad de tres barrios del sur de Maracaibo, entre quienes se destaca el Líder Luis Sergio Pérez, del Barrio Sierra Maestra, quien luchó por la construcción y dotación de un Ambulatorio en el sector en referencia.

La demanda de líderes de la comunidad coincide, en el tiempo, con peticiones de Pedro Iturbe, de un espacio para la formación de médicos de familia, lo cual requiere además, de pacientes para la realización de las prácticas de esta especialidad. Adicionalmente, para entonces, tomaba fuerza la tesis de que los hospitales debían disponer de una red de ambulatorios para atender la demanda de salud; siendo insuficiente dicha red para el caso del Hospital General del Sur, donde se ubicaba la Unidad de Medicina Familiar, por el volumen de

población y la demanda proveniente de los nuevos barrios. Esta coincidencia conduce a una alianza en la lucha por la creación del ambulatorio.

La construcción del ambulatorio y la cesión de la administración a FUMVEMEFA, le permite a los promotores de la Medicina Familiar: 1) Contar con un espacio donde desarrollar esta especialidad por medio de las consultas, 2) Crear el post-grado de medicina familiar en alianza con el Ministerio de Sanidad, del cual obtuvieron numerosas becas<sup>7</sup> y con la Universidad del Zulia, responsable académica del post.-grado y 3) Obtener recursos de diversos sectores para el desarrollo del proyecto, como de hecho ha sucedido. Este proceso se facilitó en el contexto de la descentralización político-territorial.

## **2. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN EL ZULIA COMO CONDICIÓN FACILITADORA DE ALTERNATIVAS DE PRIVATIZACIÓN.**

En el ámbito de la descentralización político territorial iniciada en 1989, comienza en 1990 la transferencia de los servicios de salud del gobierno central al Estado Zulia<sup>8</sup>, cuando el Gobierno socialcristiano de Oswaldo Alvarez Paz solicita la descentralización de la salud y se niega en ese momento a firmar la renovación del convenio Ministerio de Sanidad y Asistencia Social –

---

<sup>7</sup> Según Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1984; 1992 y 1997), se otorgaron por primera vez en 1983, 9 becas para Medicina Familiar de un total de 374 para 49 especialidades. Para 1991 de un total de 536 becas y el mismo número de especialidades, Medicina Familiar contó con 76 becas. En 1996, de 242 becas, Medicina Familiar recibió 79 becas, de modo que no podemos estar de acuerdo con la sociedad de Medicina Familiar (2001) cuando señala “que la Medicina Familiar en Venezuela tiene casi 20 años de haberse instaurado con un muy tímido apoyo político y universitario en nuestras escuelas de post-grado médico”. La cantidad de becas recibidas evidencia el apoyo político de los distintos gobiernos, a lo cual hay que agregar que ocho universidades desarrollan postgrados en esta especialidad.

<sup>8</sup> Después del Distrito Federal, el Estado Zulia es la entidad político-territorial con la más compleja y amplia red de establecimientos de salud en el país. Tiene 290 unidades de salud, de las cuales veintisiete son hospitales, de éstos, once son hospitales generales, los cuatro más importantes se encuentran ubicados en el Municipio Maracaibo y constituyen centro de referencia para la parte occidental del país. De los 290 establecimientos, 91 son ambulatorios urbanos y 170 son rurales. (Dirección Regional de Salud; 1999). A esto se agrega que el Estado Zulia cuenta con la más amplia gama de especialidades médicas, en este sentido se encuentra a la par del Distrito Federal. En cuanto a recursos humanos es el Estado con mayor número de personal después del Distrito Federal.

Gobernación, para la administración conjunta de la red de servicios de salud primario y hospitalario que venía funcionando desde 1964.

Paralelamente fue creada en 1990 una Comisión para la Reforma del Estado Zulia (COPRE-ZULIA), la cual debía adelantar estudios para modernizar la estructura organizativa de la gobernación y presentar propuestas de reforma legal para avanzar en el proceso de descentralización. Producto de esto se crea el Sistema Regional de Salud<sup>9</sup> de la gobernación y ésta asume los costos y el control directo del personal que se encontraba ubicado en los ambulatorios, así como la responsabilidad de la infraestructura física que históricamente había construido.

Esta situación da lugar a una administración regional de salud controlada por el gobierno socialcristiano, el cual frente a la posibilidad de pérdida de poder<sup>10</sup>, incrementó la nómina en cantidades exorbitantes, a todos los niveles de la estructura organizativa, aumentando la ineficiencia y desbordando la capacidad de respuesta presupuestaria para atender la salud.

A estos problemas administrativos generados por la administración regional, se suma la existencia paralela de la administración del sistema nacional de salud, controlada por el gobierno de Acción Democrática, el cual mantuvo el dominio de la red hospitalaria, la presencia de personal en todo el sistema y la dirección general de éste, con lo cual produjo una situación de conflicto permanente por la existencia de dos direcciones que se expresaban a lo largo de toda la estructura organizativa, en el marco de las contradicciones políticas, intensificadas por la participación de los gremios.

Los intentos por dar solución a estos problemas se extienden durante aproximadamente tres años, período en el cual los indicadores de salud a nivel regional no mejoraron. La aprobación por el gobierno socialcristiano del Estado en 1993, del reglamento autónomo para el funcionamiento del sistema de salud,

---

<sup>9</sup> Se conforma la primera sectorización sanitaria asistencial del Estado Zulia, quedando integrado el Estado en cinco subregiones: Maracaibo o región capital, sur del lago, costa oriental del lago, Périja y La Guajira, división que desaparece paulatinamente. También se produce la creación de los Municipios sanitarios tomando como límite geográfico de cada uno, la división político-territorial existente en ese momento (Gobernación del Zulia, 1991)

<sup>10</sup> Las encuestas electorales daban como virtual ganadora a la candidata del Movimiento al Socialismo

a objeto de regular la relación entre el Ministerio y la Gobernación, apunta a mejorar la situación de caos. Igualmente el reglamento presenta lineamientos estratégicos generales dirigido a configurar un modelo de gestión de la salud en la región, centrado en las funciones de apoyo, el cual tiene el mérito de promover la organización de la comunidad, de modo que tímidamente estamos en presencia de propuestas alternativas.

El grupo de medicina familiar, desde entonces liderado por Félix Gruber, en ausencia física de Pedro Iturbe, presenta reiteradamente una propuesta alternativa de gestión en salud, que consideran es similar al modelo canadiense, en el cual “el Estado financia y controla, pero no provee directamente los servicios” (Gruber,1999:4).

La propuesta de Gruber (1999:3)plantea combatir lo que el autor llama el virus del PGS, siendo la P: Clientelismo Político, la G: Exceso Gremialista y la S: La influencia ejercida por los sindicatos. Según el proponente, la presencia del clientelismo político se contrarresta con la “a) administración delegada a fundaciones privadas sin fines de lucro y b) Autogestión comunitaria”. El exceso de gremialismo se contrarresta con la constitución de “microempresas profesionales” y la influencia de los sindicatos con el desarrollo de microempresas de empleados y obreros” (Gruber, 1999:4 y 5). Como puede observarse, se otorga un peso relevante a la Fundación de Medicina Familiar y a la constitución de microempresas, como una forma de reducir personal sindicalizado y vinculado a partidos políticos. Se apela al concepto de autogestión comunitaria con un contenido económico, buscando implantar el cobro del servicio que tradicionalmente ha sido gratuito; de este modo, el paradigma de gestión de la salud que se propone deja clara evidencia de una concepción privatista.

La descentralización es un proceso que ha facilitado la privatización. Según Ochoa (2001: 109), “la descentralización ha involucrado a las gobernaciones en la dinámica de las privatizaciones... El traspaso de competencias ha estado condicionado a la privatización de las nuevas funciones que asumen las gobernaciones, es decir, que no se trata simplemente de una proceso de descentralización, sino de un proceso de descentralización privatizado... la transferencia exclusiva a las gobernaciones de los servicios de infraestructura a la economía... ha pasado con ligeras excepciones, por la privatización.... La

privatización en las gobernaciones no se ha reducido a las competencias exclusivas... Hoy las gobernaciones liquidan a sus trabajadores negociando el pago de las prestaciones sociales en un tiempo rápido a fin de que estos trabajadores puedan convertirse en microempresarios”.

Coincidimos con Petras y Vieux (1998), para quienes “la privatización en lugar de ‘corregir’ los males causados por la intervención del Estado (monopolios y costos de servicios elevados) los ha profundizado, al crear una estructura económica ajena a las necesidades de los usuarios nacionales y los grupos nuevos favorecidos de la sociedad civil”.

La situación de caos en que se encontraba la administración de la salud, aunada a los conflictos gremiales<sup>11</sup> y políticos, constituyen un espectro que favoreció las propuestas del grupo de Medicina Familiar para la gestión del Ambulatorio Luis Sergio Pérez, el cual recibieron en concesión.

### **3. EL MODELO DE GESTIÓN EN EL AMBULATORIO LUIS SERGIO PÉREZ**

El ambulatorio Luis Sergio Pérez, oficialmente denominado “Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar Luis Sergio Pérez”, tiene su asiento en el Barrio Sierra Maestra del Municipio de San Francisco (Antes parte del Municipio Maracaibo), cuya área de influencia se extiende a nueve barrios populares consolidados y cuatro urbanizaciones de la zona sur de Maracaibo, con una población de aproximadamente 52274 habitantes (Luengo y Tarazona, 2000; 41)

Las instalaciones del ambulatorio fueron construidas y debidamente dotadas por la Gobernación del Estado Zulia y entregadas en 1993, mediante acuerdo, a FUNVEMEFA para la administración de servicios de Medicina Familiar; para ello la Gobernación aporta además un porcentaje del total de los costos del ambulatorio, el cual ha venido disminuyendo, como veremos más adelante.

---

<sup>11</sup> Vinculados al sector salud, existen alrededor de 32 gremios de los cuales 11 tienen fuerza para suspender los servicios de salud.

Las principales características del modelo de gestión dan cuenta de una orientación privatista, lesiva para los trabajadores y para la comunidad que no tiene acceso al pago del servicio.

### **3.1. La concepción de salud en el Ambulatorio Luis Sergio Pérez**

En el ambulatorio Luis Sergio Pérez prevalece la atención médica curativa por encima de la prevención. En el cuadro No.1 puede observarse que las consultas curativas y emergencias representan más del 50% en los años 1997-1998 y 1998-1999, con un pequeño descenso en 1999-2000, lapso en el cual se registra un incremento, tanto en las consultas preventivas como en las curativas, lo que obedece a que el ambulatorio Sierra Maestra, ubicado en la misma zona, fue restringido cerca de un año, afectado por la remodelación del proyecto salud, obligando a miembros de la comunidad a desplazarse hacia el ambulatorio Luis Sergio Pérez.

Esta orientación del ambulatorio se corresponde con la concepción que tiene sobre la prestación del servicio salud Romero<sup>12</sup>, uno de los directivos de la Medicina Familiar, quien señala que “la salud es un objetivo cuya realización está lejos de estar al alcance de los servicios de atención médica, debido a que los factores que la determinan están en relación con múltiples áreas de la actividad humana; en cambio la atención de la enfermedad es una actividad específica de los servicios médicos...” (Romero, 2001). Cuando la salud es controlada exclusivamente por los médicos, la enfermedad es el objeto de la medicina, negando la posibilidad de intervención multidisciplinaria promovida por la medicina preventiva.

Con esto queremos significar que en la práctica se desvirtúa la concepción de medicina familiar, con la cual se promovió esta especialidad, centrada en la prevención y en la investigación en el núcleo familiar de la ocurrencia de patologías prevalentes. De hecho, se está en presencia de una concepción de la salud, restringida, relacionada solamente con la atención de la enfermedad.

---

<sup>12</sup> Coordinador del Programa de Postgrado de Medicina Familiar de la Universidad del Zulia, ubicado en la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez

**CUADRO No. 1**

**TIPOS DE CONSULTA EN EL AMBULATORIO LUIS SERGIO PEREZ**

Año	Consultas Preventivas	%	Consultas Curativas	%	Emergencias	%	Total	
							No.	%
1997-1998	7.585	26,2	4.643	16,1	16.702	57,7	28.930	100.0
1998-1999	8.169	26,8	5.429	17,8	16.903	55,4	30.501	100.0
1999-2000	8.848	30,9	6.205	21,7	13.546	47,8	28.599	100.0

Fuente: (FUNVEMEFA, 1999 y 2000). Cálculos propios.

En este contexto, en la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez las acciones promotoras de la prevención de la salud dirigidas a la comunidad, se limitan a las inmunizaciones, lo que si bien es cierto es una dimensión de la prevención, involucra otros factores, especialmente desde la concepción de la medicina familiar. En conclusión, el modelo de salud que en la práctica se viene desarrollando es fundamentalmente clínico, el cual se distancia de modelo de salud preventivo, que originalmente inspiró el proyecto de medicina familiar para el ambulatorio.

### **3.2. Los trabajadores: De empleados a “microempresarios”**

Inicialmente FUNVEMEFA administró el ambulatorio por la vía tradicional, según Gruber (1999:5), con “médicos y enfermeras contratados a sueldo fijo por la Fundación utilizando un riguroso sistema de supervisión que incluía la utilización de un sistema de control de horario de entradas y salidas”, sistema que utilizaron durante siete meses, para pasar al de contratación de profesionales que se constituyeran formalmente en empresas (compañías anónimas), a quienes la fundación denomina microempresarios. Gruber (1999:5) explica que los cambios tienen como soporte el sistema de calidad total; siguiendo a Deeming señala “que cuando las cosas marchan mal, no hay que cambiar a las personas; hay que cambiar el sistema”.

La denominación de microempresarios da cuenta del uso de un concepto que está en boga, pero siendo rigurosos, la aplicación del término a estos trabajadores guarda distancia con la definición más generalmente aceptada. Para Iranzo et al (1990:26), el microempresario es trabajador que combina capital, trabajo, tecnología y una específica capacidad de gestión, sometidos al mercado con condicionamientos de productividad y competitividad.

Lejos están los trabajadores del Ambulatorio Luis Sergio Pérez de ser microempresarios, las principales características de estos microempresarios son:<sup>13</sup>

a) No es propietario de los instrumentos de trabajo, éstos son de la FUNDACIÓN, a pesar de lo cual pagan su reposición para lo que aportar mensualmente.

b) Se organizan a partir de información suministrada por FUNVEMEFA sobre aspirantes a ingresar a trabajar en el ambulatorio, quienes han sido reclutados por la fundación; en otras palabras, ni siquiera se conocían, lo que indica que es una empresa creada única y exclusivamente para trabajar en la Fundación, no está por lo tanto en el mercado. Al dejar de trabajar algunos en el Ambulatorio, la microempresa desaparece, esto ha conducido a que, quienes desea continuar en la Fundación, deben crear nuevas microempresas.

c) Todos los socios (no se aceptan empresas unipersonales) deben tener el visto bueno de FUNVEMEFA, es decir, que la selección la realiza la fundación, tal como se hace cuando hay formalmente una relación de trabajo. Entre los criterios de selección se encuentra vivir en la zona, a fin de reducir costos de transporte y tener menos posibilidad de ausencia y retraso en el trabajo.

d) No participa para nada en la fijación del precio de su trabajo. El precio del servicio lo fija FUNVEMEFA. Los microempresarios reciben un porcentaje de los ingresos percibidos por su servicio, es decir que el pago es por rendimiento, de lo cual se deducen costos de mantenimiento de los equipos.

---

<sup>13</sup> Fuente: Entrevista realizada por el Soc. Carlos Martínez, auxiliar del proyecto de investigación, a todos los microempresarios de la Fundación

e) Algunas “microempresas” tienen empleados que no son socios, de tal manera que las tareas administrativas propias de los microempresarios, no son realizadas por todos los trabajadores en todas las microempresas. Este personal que no es socio se rige por la Ley del trabajo, lo cual además de ser legal, está establecido en los contratos de FUNVEMEFA con los microempresarios.

f) El número de trabajadores de algunas microempresas, así como las condiciones de propiedad de las acciones, las define más como pequeñas empresas que como microempresas; a modo de ejemplo, en la microempresa dedicada al mantenimiento hay dos socios y trece trabajadores.

g) Los microempresarios están sometidos a control del proceso de trabajo, además de resultados esperados, establecidos por la Fundación, tal como si fuese un empleado de ésta.

h) El ingreso que finalmente reciben los trabajadores es similar al que perciben como salario en el aparato estatal, siempre y cuando cumpla con la productividad esperada para ese salario, aunque las condiciones laborales son muy diferentes, ya que, por una parte, no hay estabilidad laboral y por la otra, el ingreso se disminuye si no cumple con los estándares esperados. Tal como dice Petras y Vieux (1998), “la privatización forma parte de un patrón para hacer retroceder la seguridad social...”, entre otras cuestiones, trae o engendra graves consecuencias para el trabajador, quien ve afectada su estabilidad laboral, se minan las posibilidades de organización de representación de los trabajadores y otros derechos laborales.

En definitiva, se promueve la creación formal de empresas para prestar servicios de salud y si bien en el fondo, estas no son empresas de salud, ya que han sido creadas por la Fundación como una manera de deslastrarse de compromisos laborales y asegurarse elevados niveles de productividad, hay otro elemento que sí da cuenta de un servicio privatizado, como lo es el cobro por un servicio que históricamente ha sido gratuito.

### **3.3. Los pacientes: De ciudadanos a clientes**

“Trato al ciudadano como cliente”, es una frase muy en boga hoy en día que quiere significar buen trato al ciudadano; sin embargo ese buen trato ha ido acompañado de cobro de los servicios, de modo que hay realmente una transformación del ciudadano en cliente; quien no tiene recursos, presenta limitaciones de acceso al servicio, el cual debe ser autorizado por UNIMEFA como veremos más adelante.

Con el traslado del ambulatorio en referencia por parte de la gobernación a FUMVEMEFA, el gobierno del Estado Zulia se ha desentendido en gran medida de la responsabilidad, no sólo administrativa, sino también económica en materia de salud con los ciudadanos que viven en la zona sur de la ciudad, que es un sector con habitantes de escasos recursos económicos. El aporte del gobierno a los costos de la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez ha venido variando y en descenso, aspecto éste que ha utilizado FUNVEMEFA para justificar el cobro del servicio y la aplicación de estrategias privatistas. En el cuadro No.2 puede observarse que el aporte del Ejecutivo para el período 1997-1998 era equivalente al 38.76% del total de los costos, para luego descender en el siguiente período al 15.31% y posteriormente subir al 22.76% en el último período, en el marco de un incremento del aporte de los pacientes en términos absolutos, producto del incremento de costos para los mismos, ya que, como puede verse, el número de consultas disminuyó en ese período de 30501 a 28599. Este aporte de los pacientes no sólo cubre el servicio de salud, sino también los costos de la actividad de postgrado de medicina familiar.

**CUADRO No. 2**  
**POBLACIÓN, CONSULTA E INGRESOS DEL AMBULATORIO LUIS SERGIO PEREZ (Maracaibo-Venezuela)**

Perío- Do	No. Habitantes	Cónsul. Realizadas	Aporte Ejecutivo Estado(Bs.)	% del total	Otros Ingresos (Bs.)	% del total	Aportes de los Pacientes (Bs.)	% del total	Total Aportes (Bs.)
97-98	10844	28.930	165.366.664	38.76	1.463.581	0.34	259.802.287	60.89	426.632.532
98-99	10929	30501	64.788.889	15.31	27.803.611	6.57	330.461.963	78.11	423.054.463
99-00	11319	28599	112.500.000	22.76	16.291.225	3.30	365.286.031	73.93	494.077.256

Fuente: Memoria y Cuenta años 97-98, 98-99 y 99-00. Cálculos propios

De la información contenida en el cuadro No. 2 podemos además calcular los costos promedio por consulta para el paciente (Aporte de los pacientes/consultas realizadas), los cuales se incrementaron de Bs. 8.980 en 1997-1998 a Bs.10.834 en 1998-1999 y Bs. 12.772 en 1999-2000, cifra elevada si se considera que el ambulatorio atiende a una zona de escasos recursos y que el porcentaje más alto de consultas corresponde a emergencias: 57,7% para 1997-1998, 55,4% para 1998-1999 y 47,4% para 1999-2000 (Ver cuadro No. 1).

La dificultad de la población para cubrir los costos de salud es de alguna manera detectada por la Fundación, cuando en todos los informes anuales identifica como amenaza en el ambulatorio “la falta de aceptación por parte de la comunidad de las colaboraciones asignadas en esta institución” (FUNVEMEFA, 2000). Según información suministrada por miembros de la comunidad entrevistados, la reapertura de otro ambulatorio cuyo servicio es gratuito, ha permitido a la comunidad atención que no pueden recibir por problemas de costos en el Ambulatorio Luis Sergio Pérez

#### **3.4. La “participación de los ciudadanos”.**

Se ha difundido la gestión de este ambulatorio como modelo de participación ciudadana. A nuestro juicio la participación es cooptada por intereses de FUNVEMEFA.

Para incorporar a la comunidad en la gestión del ambulatorio, los directivos de FUNVEMEFA promovieron la creación de una Asociación Civil, formalmente constituida como Asociación Civil Unidad de Medicina Familiar (UNIMEFA), cuya sede se encuentra en el ambulatorio. Sobre la creación de esta Asociación señala Gruber (1999:11): “Con el fin de evitar la infiltración de la política partidista, nos asesoramos con la Escuela de Vecinos de Venezuela para la organización de la participación comunitaria. Su recomendación fue no basarnos en personas sino en representantes de Organizaciones Comunitarias de larga trayectoria en la zona de influencia de la unidad. Es así como UNIMEFA tiene representantes de la Iglesia, de Fe y Alegría, del CESAP y de Cooperativas de Consumo arraigadas en la Comunidad”.

Está claro que se trata de una organización para la participación, que no fue constituida por la comunidad, sino por FUNVEMEFA, es decir, por la organización de la Medicina Familiar, esto a pesar de la existencia del grupo MANCOSI<sup>14</sup>, el cual se constituyó para dar apoyo a los médicos de medicina familiar en la lucha por la construcción de un ambulatorio que diera asiento a ese sector de la medicina.

En la práctica UNIMEFA la constituyen dos vecinas; al respecto, en entrevista realizada a la Presidenta de la Asociación esta señala: “..esto fue hecho por 19 asociaciones de vecinos, hemos quedado pocos...aquí seguimos en la pelea la Sra. Ruso y yo”. La relación de estas personas con la comunidad, por su condición de miembros de UNIFEMA, es escasa.

La participación de UNIMEFA en la gestión se da fundamentalmente con la presencia de estos dos miembros en el Ambulatorio, los cuales participan de la siguiente manera:

1) autorizando exoneraciones, cuando lo consideren procedente, a los pacientes que lo solicitan, lo que evidencia una cuota de poder en estos dos miembros de la comunidad, cuya relación con ésta es escasa.

2) Participando en la Junta de Compras que realiza la fundación cada cuatro meses para analizar presupuestos de pedidos, que decide la dirección de la Fundación y sobre los cuales ésta pide cotizaciones. La Junta de Compras está integrada por la Gerente Administrativa, la Gerente Médico y dos miembros de UNIMEFA. Según entrevista realizada a la Gerente Administrativa “ellos participan analizando los presupuestos, las cantidades, las marcas, todo lo que nosotros pedimos, ellos verifican si es realmente lo que necesitamos, si cumple con las condiciones de calidad, vencimiento, entrega rápida, que no estemos pidiendo más de la cuenta y cosas que realmente no se necesitan...”

---

<sup>14</sup> Nombre compuesto por la primera sílaba de los tres principales barrios que se encuentran alrededor del Ambulatorio: Manzanillo, Corazón de Jesús y Sierra Maestra.

3) Obteniendo información sobre la calidad del servicio prestado por los microempresarios a través de encuestas a los usuarios, cuyos resultados son considerados por la Gerencia Médica para evaluar el servicio. Se trata en esencia una opinión, no del ciudadano, sino del paciente-cliente, detrás de lo cual existe una concepción empresarial del servicio de salud.

4) Finalmente, los miembros de UNIMEFA mantienen informados a la Fundación sobre lo que observan. A juicio de la Gerente administrativo, esto les permite a los directivos de FUNVEMEFA conocer sobre el funcionamiento del ambulatorio.

En todo caso es muy atrevido adjudicarle esta participación a la comunidad, por la forma como funciona UNIMEFA y la manera como su acción es cooptada por decisiones de la Fundación.

### **3.5. La relación del gobierno estatal con FUNVEMEFA**

El gobierno estatal cedió la administración del ambulatorio, sin que medie ningún documento formal, y le asigna recursos a través de la partida: “Transferencias al sector privado”, a partir de la solicitud anual que realiza la fundación. Esta vía de asignación es la que utiliza la gobernación para otorgar recursos a organizaciones de la sociedad civil, donde la gobernación no tiene propiedades ni compromisos con la sociedad. Lejos está de las propuestas de modernización, donde el Estado cede funciones a la sociedad civil a través de los llamados contratos de gestión (CLAD,1998:16), que consisten en “un modelo contractual entre el organismo central y las agencias descentralizadas... tiene como base metas cuantitativas definidas a priori y posteriormente evaluadas... debe definir qué hacer después de la evaluación, en términos de sanciones, premios u otras formas de corregir los errores... constituye un instrumento que permite tanto una estimación más rigurosas de la eficiencia, de la eficacia y de la efectividad, como el aumento de la transparencia...”.

La Fundación presenta los informes que la Secretaría de Salud solicita a todos los ambulatorios, incluso información sobre metas establecidas previamente y sus logros, pero a partir de estos informes no hay decisiones con respecto a la concesión.

El gobierno regional no participa en las decisiones con respecto al cobro de los servicios de salud, esto es una decisión de la Fundación, lo que evidencia su interés en desentenderse del financiamiento de la salud en la zona.

#### **4. A MODO DE CONCLUSIÓN**

Estamos en presencia de un proceso discreto pero sistemático de abandono, por parte de la Gobernación del Estado Zulia, de sus funciones de salud -las cuales asumió con el proceso de descentralización político-territorial-, y su traslado a una organización corporativa, cuyo proyecto de privatización de la salud se hace evidente en el Zulia y posiblemente en aquellos Estados donde funcionan los postgrados de medicina familiar.

El modelo implantado en la zona sur de Maracaibo, que sirve de referente al proceso de modernización de la gestión de la salud en los actuales momentos, tiene como característica central el pago del servicio por parte de los pacientes, a costos para éstos, que si bien aún son competitivos con el sector privado, no son de fácil acceso a la comunidad donde se asienta el ambulatorio. Esto es así, pese a que la salud ha sido definida en la nueva constitución como un derecho social; por lo tanto, el cobro de este servicio en los actuales momentos es anticonstitucional.

La otra característica resaltante del modelo es el rompimiento de la relación laboral, a través de la conversión de los profesionales de la salud en lo que llaman microempresarios, cautivos de FUNVEMEFA, que por diversas razones se alejan de participar en el mercado. El único propósito de la microempresa es eliminar el clientelismo político, el sindicalismo y el gremialismo, con lo que se lesionan derechos sociales del trabajador llamado microempresario.

Finalmente, el modelo evidencia un anclaje de la medicina curativa más que el avance hacia las acciones de índole preventiva, con lo que se está reforzando el paradigma médico tradicional.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BOISIER, Sergio (1991). **“La Descentralización: Un tema difuso y confuso”**. En: Descentralización Política y Consolidación Democrática. Nueva Sociedad. Caracas.
- BRESSER P., Luis C. y CUNILL G., Nuria (1998). **“Entre el Estado y el Mercado: lo público no estatal”**. En: Bresser Pereira, Luis Carlos y Cunill Grau, Nuria (Editores). Lo público no estatal en la reforma del Estado. CLAD. Paidós. Buenos Aires.
- CLAD (1998). **Una nueva gestión pública para América Latina**. CLAD. Caracas.
- COMINETTI, Rosella (1997). **Descentralización de la atención primaria de salud en América Latina: Un Análisis comparativo**. Naciones Unidas. Serie Reformas de Políticas Públicas No. 56. Santiago de Chile.
- DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD (1999). **Memoria y Cuenta**. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.
- FUNVEMEFA (1998). **Memoria y Cuenta de la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar “Luis Sergio Pérez”. Octubre 1997 a Septiembre de 1998**. Maracaibo, Venezuela
- FUNVEMEFA (1999). **Memoria y Cuenta de la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar “Luis Sergio Pérez”. Octubre 1998 a Septiembre de 1999**. Maracaibo, Venezuela
- FUNVEMEFA (2000) **Memoria y Cuenta de la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar “Luis Sergio Pérez”. Octubre 1999 a Septiembre de 2000**. Maracaibo, Venezuela
- GRUBER S., Félix J. (1999). **Experiencia de privatización de la Gestión del Ambulatorio “Luis Sergio Pérez”**. Documento. Maracaibo. Venezuela.
- IRANZO, Mauricio et al (1990). **Líneas Estratégicas de Promoción y Apoyo a la Economía Popular**. Caso Venezuela. I Seminario Internacional de Economía Popular, 26-29 de Noviembre. Caracas.
- ITURBE, Pedro (1986). **“La Medicina Familiar en la Planificación Nacional de la Salud”**. En: MF. Revista Internacional de Medicina Familiar. Centro Internacional de Medicina Familiar. Maracaibo, Venezuela.
- LUENGO, Heidi y TARAZONA, Alejandra (2001). **Análisis del Funcionamiento de Modelos de Gestión en Salud. Caso: Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar “Luis Sergio Pérez” Municipio San Francisco**. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Sociólogo. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1984). **Memoria y Cuenta de 1983**. Caracas.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1992). **Memoria y Cuenta de 1983**. Caracas.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1997). **Memoria y Cuenta de 1983**. Caracas.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1988). **Organización del Sistema de Salud y su Reglamento Parcial**. Gaceta Oficial No. 355. Diciembre. Caracas.

MF (1986). “**Editorial Aniversario**”. Revista Internacional de Medicina Familiar. Buenos Aires.

O’DONNELL, Guillermo (1998). “**Acerca del Corporativismo y la cuestión del Estado**”. En: El Fin del Siglo del Corporativismo. Editorial Nueva Sociedad. P. 121 a 168. Caracas.

OCHOA H., Haydée (2001). “**Descentralización y Retiro del Estado de la prestación de servicios en Venezuela**”. Ciencias de Gobierno Año 5 No. 9. IZEPES. p. 99-121. Maracaibo, Venezuela.

PETRAS, James y VIEUX, Steve (1998). **Las Trampas de la Privatización**. Ponencia presentada en el Seminario Internacional Impactos de la Privatización eléctrica a nivel mundial. México del 20 al 27-9.

ROMERO, Nerio E. (2001). **Estructura de un Modelo de Atención Médica Primaria en base a los principios de la Medicina familiar**. Documento. Maracaibo, Venezuela.

SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA FAMILIAR (2001). “**Al Presidente Chávez sobre la Medicina General Integral**”. Comunicado publicado en el diario El Nacional 26-08-01. Caracas.

UNIVERSIDAD DEL ZULIA (2000). **Programa de Medicina Familiar. Nivel Especialidad Documento**. Maracaibo, Venezuela