

COOPERACIÓN HORIZONTAL: LAS EXPERIENCIAS EXITOSAS EN MITIGACIÓN DE LA POBREZA EN LA REGIÓN ZULIANA^{1*}

Lissette Hernández Fernández**

Rafael Portillo Medina

Domingo Méndez Rivero

Elisabeth Ochoa

Alix Briceño

Belinda Colina

Resumen

El presente artículo tiene por objeto destacar la importancia de la “cooperación horizontal”, como un mecanismo de administración gerencial que garantiza la permanencia y sustentabilidad de los programas sociales para mitigar pobreza. Entendiéndose por “cooperación horizontal” la modalidad aplicada a los programas sociales de reducción de la pobreza que propicia la alianza entre el sector público o el sector político estatal, que ocupa el rol clave de regulador, director de las políticas públicas y de la sociedad; el sector privado, con fines de lucro, generalmente dedicado a la producción y distribución de bienes que generalmente es competitivo e innovador; y

Recibido: 23-03-99 • Aceptado: 30-06-99

1 Este artículo se derivó del desarrollo del proyecto “Experiencias Exitosas para la Reducción de la Pobreza: Cooperación Horizontal en América Latina y el Caribe”, realizado conjuntamente entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial, la Fundación Interamericana y el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de La Universidad del Zulia.

* Atendiendo la opinión de los especialistas que evaluaron este artículo, se ha incluido por la pertinencia y novedad de las experiencias que reporta en relación con las políticas sociales orientadas a mitigar la pobreza. Por su propia naturaleza no contiene referencias bibliográficas.

** Autor para la correspondencia: e-mail: lissetteh@hotmail.com

la sociedad civil, sin fines de lucro, integrada por organizaciones de intermediación y representación de intereses de diversa índole que generalmente es organizada, participativa, y corresponsable en los proyectos de desarrollo. El aporte de los miembros de estas alianzas tripartitas es mediante recursos financieros para inversión social, y recursos humanos y técnicos para el gerenciamiento de los programas. Con esta finalidad en el marco del proyecto "Experiencias Exitosas para la Reducción de la Pobreza: Cooperación Horizontal en América Latina y el Caribe" en el estado Zulia se desarrollaron, en una primera fase, dieciséis (16) perfiles de programas en áreas como: educación, salud, cultura, generación de ingresos (microempresas) y autoconstrucción de viviendas. La identificación de dichas experiencias se hizo siguiendo criterios tales como: patrocinio, impacto, novedad, replicabilidad, accesibilidad, costo, sustentabilidad, equidad y participación; y su sistematización a los fines de lograr una estructura homogénea se realizó a

través de las siguientes secciones: antecedentes (año de inicio y ubicación), descripción, actividades, sector iniciador, productos, socios y contribuciones de los socios. En una segunda fase del proyecto, en el ámbito nacional se seleccionaron las diez (10) prácticas exitosas a través de un "Comité de Promoción de Alianzas contra la Pobreza", quedando seleccionado uno de los dieciséis (16) perfiles presentados en la primera fase, como lo fue el "Programa Clínicas Móviles", el cual en esta última fase se desarrolló bajo la modalidad de "estudio de caso", considerando para ello: Cómo se formó la alianza original, comprobación de los resultados de la alianza, el futuro proyectado de la alianza, qué ganan los socios de la alianza, cómo funcionan las alianzas: obstáculos encontrados y los secretos del éxito, además de las lecciones aprendidas de las alianzas.

Palabras clave: Cooperación Horizontal, Inversión Social, Pobreza, Programas Sociales, Alianza.

Horizontal Cooperation: Successful Experiences in Alleviating Poverty in the Zulia Region

Abstract

This article has the objective of emphasizing the importance of horizontal cooperation as a mechanism for enterprise management which guarantees the permanence and the sustainability of social programs destined to mitigate poverty. Horizontal cooperation is understood as the practice applied to social programs for the reduction of poverty which propitiates an alliance of the public sector of the state political sector which occupies the role of regulator, and director of public and social

policy; the private sector, profit oriented, generally dedicated to the production and distribution of goods and services which is generally competitive and innovative; and civil society, non-profit sector, integrated by organizations and interest groups of diverse types which generally are organized, participative and co-responsible in development projects. The support of the members of this triple alliance is through financial resources for social investment, and human and technical resources

for the management of the programs. With this objective in mind, in the framework of the project "Successfull Experiences in the Reduction of Poverty: Horizontal Cooperation in latinamerica and the Caribbean Area", the objectives of which were: the identification of, detailed description of, and diffusion of successfull practices in reducing poverty in Argentina, Brazil, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Jamaica, Uruguay and Venezuela; facilitate the exchange of these successful experiences among the participating nations; publicly recognize some of the more innovative experiences, supporting the establishment of regional mechanisms to promote and facilitate the transferral of successfull programs to mitigate poverty; and contribute to the development of alliances for the reduction of poverty- in Zulia State, during the first stage, 16 profiles of programs will be developed in the areas of; education, health, culture, income generation, (micro-businesses), and self-help construction of housing. The identification of these experiences has followed criteria such as: spon-

sorship, impact, novelty, repeatability, accessibility, cost, sustainability, equity, and participation; and their systemization with the objective of reaching a homogeneous structure through the following sections: antecedents (year, date of initiation, site), activity description, innitiating sector, products, partners, and contributions of the partners. In a second phase of the project, on a national scale, 10 successfull actions were selected through an Alliance Promotion against Poverty Committee. One of the 16 profiles presented in the first phase: "The Mobil Clinic Program" was selected, in which the last stage of development under the figure of case study, considered: how the alliance was originally formed, confirmation of the results of the alianse, the future projections of the alianse, the earnings or benefits of the partners, the functioning of the Alliance, the obstacles encountered and the secret of success, as well as the lessons learned.

Key words: *Horizontal Cooperation, so-
cual investment, poverty, social programs,
aliance.*

El presente artículo tiene por objeto destacar la importancia de la "cooperación horizontal", como un mecanismo de administración gerencial que garantiza la permanencia y sustentabilidad de los programas sociales para mitigar pobreza. Entendiéndose por "cooperación horizontal" la modalidad aplicada a los programas sociales para la reducción de la pobreza que propicia la alianza entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil, mediante aporte financiero (inversión social), o a través del apoyo al gerenciamiento del programa.

El éxito de la "cooperación horizontal" descansa fundamentalmente en la participación activa de cada uno de los socios de la alianza en la consecución del objetivo abordado. Todos, incluyendo la población beneficiaria, intervienen a partir de sus fortalezas. Es por esto que los objetivos se alcanzan con valor agregado, en la medida que los aportes de cada socio parten de las potencialidades de cada uno, trascendiendo así en el resultado, los intereses y contribuciones de cada sector en particular.

La contribución, entonces, del sector público, el sector privado y la sociedad civil se complementa, dado que cada uno proporciona lo que más tiene, superando las carencias del otro. Los aportes suelen ser de diversa índole en función de la naturaleza de cada socio: recursos financieros, humanos o técnicos. En este sentido, los roles de cada uno son claros y lo mismo la división de las tareas, por lo que se generaliza un liderazgo compartido, propiciando las relaciones entre pares, en la medida en que se atienden necesidades de distinto orden con co-responsabilidad.

Cada actor es una parte importante del todo, porque cada uno se hace necesario en el proceso de complementar los recursos que son escasos. De modo que el alcance de la relación de aliados y sus productos, supera las posibilidades que cada uno por separado tendría para resolver el problema. A tal efecto, todos los socios ganan y el formar parte de la alianza revierte en el beneficio conjunto.

Con la finalidad de conocer cómo operan en la práctica dichas alianzas, cuáles son sus beneficios, obstáculos y factores del éxito, en 1996 el Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial (EDI), en asociación con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP) y la Fundación Inter Americana (IAF) iniciaron el Proyecto “Experiencias Exitosas en Mitigación de la Pobreza: Cooperación Horizontal en América Latina y el Caribe”, ejecutándose en países como: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Jamaica Uruguay y Venezuela.

Este proyecto tuvo como objetivos:

- La identificación, descripción detallada y difusión de prácticas exitosas en reducción de la pobreza en varios países de América Latina y el Caribe (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Jamaica Uruguay y Venezuela) en las cuales se hayan dado alianzas entre el sector público, el privado y la sociedad civil;
- Dar reconocimiento público a algunas de las experiencias más innovadoras; dar lugar al intercambio de experiencia y/o cooperación horizontal de experiencias exitosas en mitigación de la pobreza entre los países participantes en el programa y entre ellos y otros países interesados;
- Apoyar en el establecimiento de un mecanismo regional para promover y facilitar la transferencia de prácticas exitosas en mitigación de la pobreza, y
- Contribuir al desarrollo de lineamientos prácticos en relación a la construcción de alianzas para la reducción de la pobreza.

Para la identificación de experiencias exitosas en reducción de la pobreza se compilaron cincuenta (50) perfiles de proyectos por país, en base a criterios tales como:

Patrocinio: que en su diseño y ejecución intervengan los siguientes actores: el sector público, el sector privado y la sociedad civil.

Impacto: que proporcione beneficios claros a poblaciones pobres.

Novedad: que constituya una respuesta creativa a uno o más problemas de poblaciones pobres.

Replicabilidad: que exista evidencia de que puede servir como modelo para satisfacer necesidades de poblaciones pobres en otras localidades y países.

Accesibilidad: que requiera de tecnologías, destrezas y recursos que se puedan obtener con relativa facilidad en los países de la región.

Costo: que el beneficio que genere claramente justifique su costo.

Sustentabilidad: que su sobrevivencia no dependa de coyunturas, recursos o condiciones inusuales.

Equidad: que contribuya a mejorar la distribución de la riqueza.

Participación: que sus beneficiarios participen en los procesos de toma de decisiones.

Asimismo, para la sistematización de la información recolectada de manera homogénea, fue empleado un método o formato común denominado “Términos de Referencia” (TORs). Estos TORs fueron entregados a los centros Académicos y/o Universidades que participaron en la fase de identificación de al menos 10 perfiles de programas y/o proyectos exitosos en mitigación de pobreza.

Los TORs o formatos constituyeron en la primera fase la guía, tanto en la recolección de información, como en la redacción de los “Working Papers” o Perfiles del Caso, cuestión por demás, establecida como requisito indispensable para el procesamiento de la información por parte del “Comité de Promoción de Alianzas contra la Pobreza”, quienes fungieron como una suerte de jurado evaluador. Los TORs contemplaron las siguientes secciones para cada perfil de caso (para ello ver en ANEXOS el instrumento utilizado para la recolección de la información requerida de los programas en el estado Zulia):

- a. **Antecedentes (Origen y Contexto):** dar una reseña del contexto geográfico de la alianza tales como municipios (si es uno o más), su población (promedio de habitantes por hogar, estratos socio-económicos y número de vivienda) y la situación de los servicios públicos.
- b. **Descripción (Características Generales):** se detalla a qué tipo de actividad se dedica la alianza, entre ellas, si apoya un programa, proyecto o servicio social, el grado de capacitación y asistencia técnica y responsabilidad en el suministro de materiales o recursos necesarios para que funcione la alianza (destacando el peso o incorporación de nuevos comportamientos sociales enmarcados en los deberes y derechos ciudadanos).
- c. **Población Beneficiaria y Mecanismos de Selección:** se explica quienes son los beneficiarios de las actividades de la alianza, haciendo énfasis en detallar cuántos beneficiarios hay, quienes son, cuáles grupos de ingresos son, si pertenecen a una o más de una comunidad y si los beneficiarios son “Socios” o no en la alianza. En esta sección se impone la necesidad de proveer datos estadísticos recolectados por la alianza o los escasamente disponibles por fuentes oficiales.
- d. **Organización:** se indican los datos de los miembros o socios de la alianza que incluya información básica sobre el tamaño de la organización y a qué se dedica y la contribución de cada socio. Se consideró la tipología de socios en función de su procedencia: del sector público (instituciones de gobierno o Estado a todo nivel), del Sector Privado (Empresas Privadas que prestan ayuda social o participan proveyendo sus productos a precios favorables a la alianza), de la Sociedad Civil (organizaciones sin fines de lucro, dedicadas a promover el mejoramiento de la calidad de vida de los sectores pobres y las llamadas ONG’s) y Otros Socios (los que no caben en ninguna de estas categorías, por ejemplo, agencias internacionales de cooperación, organizaciones multilaterales).
- e. **Participación Comunitaria:** Se exponen las características de la contribución que aporta la comunidad a favor de la alianza, es de interés destacar los elementos aportados por la comunidad para hacer más dinámico el desarrollo de la alianza; así como el grado de cohesión y organización que adquieren las comunidades beneficiarias.
- f.

Control, Monitoreo y Evaluación: corresponde a la identificación y descripción de las evidencias que señalen los logros de las metas originales de la alianza, expresando mediante datos cuantitativos y cualitativos la evolución de las metas, el tratamiento dado por los socios hasta el presente; así como la capacidad de redefinición y contextualización de dichas metas a las necesidades propias de los cambios generales en el tiempo y espacio que dan bases a la alianza. Se hace énfasis en describir estrategias y mecanismos para el control, monitoreo y evaluación de las metas de la alianza.

- g. **Obstáculos:** incluye una relación de los factores que han trabado o dificultado el éxito de la alianza, interesa destacar si la alianza original existe aún y si ha cambiado, se destaca si ha dado lugar a otras experiencias con otras combinaciones de socios o metas.
- h. **Impacto:** contiene una relación de los factores que explican el éxito de la alianza, señalando las metas originales para contrastarlas con los logros actuales así como los productos que han resultado favorables para mantener la alianza y reducir los márgenes de pobreza en la población beneficiaria.

Luego del proceso de evaluación del Comité, se seleccionaron los Perfiles de Caso más exitosos en Mitigación de Pobreza que serían profundizadas y descritos detalladamente en forma de **ESTUDIOS DE CASO**. Para esta nueva fase, el proyecto esgrime o requiere de otra estrategia metodológica.

Esta estrategia consistió en una recolección de datos, sustentada en entrevistas. El procedimiento básico para las entrevistas fue la “triangulación”: preguntar a cada uno de los protagonistas sobre el papel de su propio organismo y luego su opinión sobre cada uno de los socios de la alianza. En esta fase los Términos de Referencia (TORs) para realizar un Estudio de Caso contemplaron los siguientes aspectos:

Parte 1: Cómo se forman las alianzas

Esta es una sección esencialmente descriptiva, con el objetivo de ilustrar la naturaleza, componentes y origen de la alianza estudiada. En este sentido, ofrece mayores detalles sobre algunos términos de referencia ya abordados en los Perfiles de Caso. Sus requerimientos de información incluyen:

- Información básica sobre el marco ambiental.
- Desarrollo de la alianza: cómo se forma la alianza origina datos sobre la formación de otras alianzas.
- Comprobación de los productos de la (s) alianza (s): informes estadísticos sobre el impacto real de la alianza en reducción de la pobreza de sus beneficiarios.
- El futuro proyectado de las alianzas: evaluación de las tendencias del carácter sustentable de la alianza y los efectos multiplicadores que trae consigo el éxito de la alianza.

Parte 2: Socios y alianzas: La experiencia de aprender a trabajar juntos

El objetivo de esta sección es identificar y explicar cuál es el beneficio de trabajar en una alianza y no por separado, en la forma tradicional. Es así que se divide en tres ítem:

- Qué ganan las alianzas: el punto de vista de los socios. Busca destacar información sobre la dimensión individual de los socios.
- Como funcionan las alianzas. Se centran en exponer el punto de vista de los socios sobre si mismo y sus colegas, destacando su visión sobre el asunto del liderazgo y el cómo mantener la alianza (obstáculos encontrados, superados y pendientes).
- Los secretos del éxito: Porqué las alianzas. Es un ejercicio de autoevaluación de los socios sobre su experiencia: lo que han aprendido y aprovechado de ella.

Parte 3: Conclusiones, que pretenden destacar las lecciones obtenidas de la alianza

Los ítem abordados son:

- El papel del liderazgo en la formación de las alianzas.
- Datos sobre el mantenimiento (sustentabilidad) de la alianza.
- Generación de efectos multiplicadores y externalidades positivas.
- Lecciones aprendidas y su implementación.
- Limitaciones de la alianza.

Como última sección se tiene la correspondiente a fuentes de Información, que debe reseñar las entrevistas, documentación consultadas y otra fuente que se

desea anexar (trípticos, fotografías, audiovisuales, etc). Fue importante destacar detalles completos acerca de cada fuente, precisando su lugar de ubicación.

En el marco de este proyecto, en una primera fase, en el Estado Zulia se desarrollaron dieciséis (16) perfiles de experiencias exitosas en mitigación de la pobreza, en ámbitos tan variados como la generación de ingresos, mediante programas de apoyo a microempresas; atención primaria en salud; atención integral a niños de escasos recursos, huérfanos y abandonados; atención comunitaria dirigida al aspecto económico-social y educativo-cultural; hogares de cuidado diario; comedores populares y autoconstrucción de viviendas. Estas experiencias son las siguientes:

***1.- Asociación Civil de Apoyo a la Microempresa
de Maracaibo (ACAMAR), Estado Zulia***

Ubicación	Venezuela
Año de Inicio	1990

Descripción El Fondo de Cooperación y Financiamiento de Empresas Asociativas (FONCOFIN) y la Fundación Mendoza, con el apoyo de la Cámara de Comercio, han creado un programa de apoyo a las microempresas: ACAMAR. Su objetivo es estimular las potencialidades creativas de los pequeños empresarios y crear fuentes de trabajo. La asociación ofrece información, asistencia técnica y crédito.

Actividades Generación de Ingresos y empleo

Sector Iniciador Privado

Productos Capacitación
Generación de empleo

Socios Asociación Empresarial
Firma
Gobierno Regional
ONG
Otro org. Internacional

Contribuciones de los Socios

Sector	Contribuciones
Cívico	Capacitación
Cívico	Monitoreo
Internacional	Aportaciones financieras
Privado	Aportaciones financieras
Privado	Espacio de oficina
Privado	Tiempo de personal

**2.- Botica Comunitaria Monseñor Romero,
Municipio San Francisco, Estado Zulia**

Ubicación Venezuela

Año de Inicio 1987

Descripción

La comunidad del Barrio Betulio González inició un proyecto con el apoyo de la Gobernación del Estado, la Fundación Polar y la Proveduría Médica (PROMECA), en alianza con la Fundación Secretariado Pastoral Social para crear un centro de medicinas a precios por debajo de su valor comercial. La botica funciona gracias al voluntariado de la comunidad que presta sus servicios de manera gratuita.

Actividades

Mejoramiento de Servicios Sociales

Sector Iniciador

Comunitario

Productos

Mejoramiento del Servicio Social

Socios

Firma

Fundación Empresarial Sin Fines de Lucro (FESFL)

Gobierno Regional

Organización Comunitaria de Base (OCB)

Organización Religiosa

Otro org. internacional

Contribuciones de los Socios

Sector

Contribuciones

Cívico

Capacitación

Comunitario

Aportaciones financieras

Comunitario

Donaciones en especie

Comunitario

Monitoreo

Internacional

Aportaciones financieras

Internacional

Donaciones en especie

Privado

Aportaciones financieras

Privado

Donaciones en especie

Público

Aportaciones financieras

3.- “Cambia un rancho por una vivienda digna”, Estado Zulia

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1991	
Descripción	Este proyecto de viviendas populares es ejecutado por el Comité de Solidaridad Humana (CSH), con el apoyo de ferreterías privadas, la empresa Auto Placa, la Gobernación del Estado Zulia, la Organización Comunitaria de Vivienda, y la ONG Ince-Construcción. Dicho proyecto presta crédito e instrucción a las comunidades sin servicios básicos, generando la organización comunitaria, la capacitación y empleo mediante la auto construcción.	
Actividades	Desarrollo económico local	
Sector Iniciador	Público	
Productos	Construcción de infraestructura	
Socios	Firma Gobierno Nacional Gobierno Regional ONG Organización Comunitaria de Base (OCB)	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Aportaciones financieras
	Cívico	Capacitación
	Comunitario	Tiempo de personal
	Privado	Donaciones en especie
	Público	Aportaciones financieras
	Público	Donaciones en especie
	Público	Monitoreo

4.- Centro de Desarrollo Infantil “Laguna de Sinamaica” (Comedores Populares), Municipio Páez, Estado Zulia

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1996	
Descripción	El centro comprende las actividades de comedor popular, y formación artesanal para niños y ancianos. Ayuda la población de pobreza extrema a través de generar colaboración y solidaridad, crear fuentes de ingresos mediante la venta de almuerzos y de productos artesanales, y promover la salud. El centro es el resultado de una alianza entre el Comité de Solidaridad Humana, el Instituto Nacional de Nutrición, las compañías Monserca, Idimeca, Polar, y dos organizaciones religiosas.	
Actividades	Atención a grupos vulnerables Generación de Ingresos y empleo	
Sector Iniciador	Público	
Productos	Generación de empleo Mejoramiento del Servicio Social	
Socios	Asociación Empresarial Firma Gobierno Nacional Gobierno Regional Organización Religiosa	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Tiempo de personal
	Privado	Aportaciones financieras
	Público	Aportaciones financieras
	Público	Monitoreo

5.- Clínicas Móviles, Municipio de Maracaibo

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1993	
Descripción	<p>Utilizando ocho unidades (camiones equipados), este programa presta servicio médico a las comunidades ubicadas en áreas de marginalidad social, con dificultad para acceder a los servicios de salud. El programa fomenta la salud integral a través del apoyo social, la asistencia técnica, y el suministro de la atención médica preventiva en forma gratuita. El programa cuenta con el apoyo de varias instituciones públicas y privadas, La Universidad de Zulia, y organizaciones cívicas, entre ellas, el Centro al Servicio de la Acción Popular (CESAP), y La Fundación de Medicina Familiar.</p>	
Actividades	Mejoramiento de Servicios Sociales	
Sector Iniciador	Público	
Productos	Capacitación Mejoramiento del Servicio Social	
Socios	Firma Gobierno Local Gobierno Nacional Gobierno Regional ONG Organización Comunitaria de Base (OCB) Organización Religiosa Otra org. cívica	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Capacitación

Cívico	Espacio de oficina
Cívico	Mano de obra
Comunitario	Mano de obra
Privado	Donaciones en especie
Privado	Infraestructura
Público	Aportaciones financieras
Público	Capacitación
Público	Donaciones en especie
Público	Espacio de oficina
Público	Monitoreo
Público	Tiempo de personal

6.- Farmacia Socio-Sanitaria del Hospital Universitario de Maracaibo (FSS-HUM), Estado Zulia

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1997	
Descripción	Esta farmacia provee medicamentos a bajos costos a la población beneficiaria del Hospital Universitario y a las personas de escasos recursos. Ubicada al interior del hospital, garantiza el acceso a los medicamentos para la curación y prevención de enfermedades. La instalación de la farmacia fue impulsada por una alianza entre el sector público (Comité de Solidaridad Humana, Residencia Oficial del Gobernador del Estado Zulia, y Hospital Universitario de Maracaibo), el sector privado (Laboratorios y Droguerías), y la sociedad civil (Clero y Colegio de Farmacéuticos del Estado Zulia).	
Actividades	Mejoramiento de Servicios Sociales	
Productos	Generación de empleo Mejoramiento del Servicio Social	
Socios	Firma Gobierno Local Gobierno Regional Organización Religiosa	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Monitoreo
	Privado	Donaciones en especie
	Público	Aportaciones financieras
	Público	Infraestructura
	Público	Tiempo de personal

**7.- Hogar Clínica San Rafael,
Municipio Maracaibo, Estado Zulia**

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1954	
Descripción	La clínica nació por iniciativa de la iglesia para atender a los niños afectados por la polio-mielitis. Dicho proyecto ha recibido el apoyo de entidades públicas y empresas privadas gracias a lo cual hoy en día brinda servicios médicos y quirúrgicos a menores de 18 años.	
Actividades	Mejoramiento de Servicios Sociales	
Sector Iniciador	Cívico	
Productos	Mejoramiento del Servicio Social	
Socios	Corporación Empresarial Gobierno Local Gobierno Nacional Gobierno Regional ONG Otro org. Internacional	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Monitoreo
	Internacional	Aportaciones financieras
	Privado	Aportaciones financieras
	Público	Aportaciones financieras

8.- Macro-programa Socioeconómico “Sierra de Perijá”, Estado Zulia

Ubicación	Venezuela
Año de Inicio	1996
Descripción	El macro-programa surgió a raíz de la firma de un convenio entre un conjunto de instituciones que inicialmente venían realizando acciones de manera aislada en la zona fronteriza de la Sierra de Perijá. Acordaron trabajar bajo la coordinación de la Dirección General de Desarrollo Social para mejorar el nivel de vida de las poblaciones que viven en situación de pobreza extrema. El programa también cuenta con el apoyo de otras entidades públicas, asociaciones civiles, y la Universidad de Zulia. Consiste en la construcción de infraestructura, el fomento de actividades recreacionales y culturales, talleres sobre planificación familiar y salud preventiva, y crédito para las microempresas.
Actividades	Desarrollo económico local
Sector Iniciador	Público
Productos	Capacitación Construcción de infraestructura Mejoramiento del Servicio Social
Socios	Corporación – Cooperativa de interés social Firma Gobierno Local Gobierno Nacional Gobierno Regional ONG Organización Religiosa Otro org. Internacional Universidad

**Contribuciones
de los Socios**

Sector

Contribuciones

Cívico

Asistencia técnica

Cívico

Capacitación

Cívico

Tiempo de personal

Internacional

Aportaciones financieras

Privado

Donaciones en especie

Privado

Infraestructura

Público

Aportaciones financieras

Público

Asistencia técnica

Público

Monitoreo

Público

Tiempo de personal

9.- Museo de los Pueblos del Agua "Indio Miguel" (MUPAIM), Municipio Maracaibo, Estado Zulia

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1996	
Descripción	El museo es un centro cultural que sirve como una escuela, centro de reuniones, vivienda prototipo, y espacio cívico. Mejora el nivel de vida de las poblaciones marginales, generalmente con cultura indígena, a través de enseñar la historia ancestral, la conservación del medio ambiente, y adecuadas normas de higiene. El museo cuenta con el apoyo de varias empresas privadas, los Gobiernos Local y Nacional, La Universidad de Zulia, y organizaciones cívicas (por ejemplo, Instituto Fé y Alegría, Fundación Banco Maracaibo).	
Actividades	Atención a grupos vulnerables	
Sector Iniciador	Cívico	
Productos	Educación Mejoramiento del Servicio Social Otros Programas comunitarios	
Socios	Firma Gobierno Nacional Gobierno Regional ONG Organización Comunitaria de Base (OCB) Universidad	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Comunitario	Tiempo de personal
	Privado	Aportaciones financieras
	Privado	Donaciones en especie

Público

Aportaciones financieras

**10.- Programa Aldeas Infantiles de Venezuela (S.O.S),
Municipio Maracaibo, Estado Zulia**

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1996	
Descripción	El programa ofrece a niños de escasos recursos educación formal, actividades extra-curriculares, y jornadas de salud. De esta manera, ha implementado un modelo educativo integral gratis para niños entre 2 y 12 años. El programa cuenta con el apoyo de la organización Aldeas Infantiles S.O.S, la empresa privada Bayer, y el Ministerio de Educación.	
Actividades	Atención a grupos vulnerables Mejoramiento de Servicios Sociales	
Sector Iniciador	Internacional	
Productos	Educación Mejoramiento del Servicio Social	
Socios	Firma Gobierno Nacional ONG Otro org. internacional	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Monitoreo
	Internacional	Aportaciones financieras
	Privado	Aportaciones financieras
	Público	Donaciones en especie
	Público	Infraestructura

Público	Terreno
Público	Tiempo de personal

11.- Programa de Apoyo a las Microempresas de Maracaibo

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1991	
Descripción	Este programa es el resultado de una alianza entre varias organizaciones públicas nacionales y locales (FUNDEPO, Alcaldía de Maracaibo, Ministerios de la Familia y Hacienda) empresas privadas (Importadora el Lider) y varias ONG (CESAP, LUZ, URBE, CUNIBE). El programa apoya a las microempresas a través de talleres de capacitación y créditos.	
Actividades	Generación de Ingresos y empleo	
Sector Iniciador	Público	
Productos	Capacitación Créditos Generación de empleo	
Socios	Asociación Empresarial Corporación - Cooperativa de interés social Firma Gobierno Local Gobierno Nacional Gobierno Regional ONG Otra org. Cívica	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Capacitación
	Cívico	Monitoreo
	Cívico	Tiempo de personal
	Privado	Capacitación

Privado	Donaciones en especie
Privado	Infraestructura
Público	Aportaciones financieras
Público	Capacitación

**12.- Programa de Atención en Salud “Madre Rafols”,
Municipio Maracaibo, Estado Zulia**

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1996	
Descripción	Este programa consiste en la construcción de un hospital de tercer nivel en la ciudad. Se ha financiado gracias a la participación de actores gubernamentales y privados.	
Actividades	Mejoramiento de Servicios Sociales	
Sector Iniciador	Cívico	
Productos	Construcción de infraestructura Mejoramiento del Servicio Social	
Socios	Corporación Empresarial Firma Gobierno Nacional Gobierno Regional Organización Comunitaria de Base (OCB) Organización Religiosa Otro org. internacional	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Aportaciones financieras
	Cívico	Monitoreo
	Comunitario	Aportaciones financieras
	Internacional	Donaciones en especie
	Privado	Aportaciones financieras

Público

Aportaciones financieras

13.- “Acueducto de Bokshi”, Municipio Jesús María Semprum

Ubicación	Venezuela	
Año de Inicio	1996	
Actividades	Infraestructura y servicios básicos	
Sector Iniciador	Comunitario	
Productos	Construcción de infraestructura	
Socios	Firma Gobierno Nacional ONG Organización Comunitaria de Base (OCB) Organización Religiosa	
Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Monitoreo
	Comunitario	Mano de obra
	Privado	Capacitación
	Privado	Donaciones en especie
	Privado	Tiempo de personal
	Público	Aportaciones financieras

Público

Tiempo de personal

14.- Programa Vivienda en Zona Fronteriza, Estado Zulia

Ubicación	Venezuela
Año de Inicio	1996
Descripción	Este programa surgió como una iniciativa del Instituto de Desarrollo Social (IDES) adscrito a la Gobernación del Estado Zulia y diseñado y ejecutado por un arquitecto con el objetivo de elevar la calidad de vida de los municipios fronterizos del Estado. El IDES otorga los recursos para la adquisición de los materiales de construcción, mientras que las comunidades prestan la mano de obra.
Actividades	Infraestructura y servicios básicos
Sector Iniciador	Público
Productos	Capacitación Construcción de infraestructura
Socios	Gobierno Nacional Gobierno Regional Otra org. Cívica

**Contribuciones
de los Socios****Sector****Contribuciones**

Comunitario

Mano de obra

Público

Aportaciones financie-
ras**15.- Proyecto Niño-Hogar FETRAZULIA,
Municipio Maracaibo, Estado Zulia****Ubicación**

Venezuela

Año de Inicio

1992

Descripción

La Casa Niño-Hogar FETRAZULIA es un centro de cuidado diario para los niños cuyas madres trabajan. El proyecto nace del trabajo de una ONG, FONOMUTRA (Fondo para la Organización de la Mujer Trabajadora). Cuneta con el apoyo de los Gobiernos Nacional y Municipal, de tres empresas privadas y de la Federación de Trabajadores del Zulia (FETRAZULIA).

Actividades

Atención a grupos vulnerables
Mejoramiento de Servicios Sociales

Sector Iniciador

Cívico

Productos

Educación
Mejoramiento del Servicio Social

Socios	Firma Gobierno Nacional Gobierno Regional ONG Universidad
---------------	---

Contribuciones de los Socios	Sector	Contribuciones
	Cívico	Infraestructura
	Cívico	Tiempo de personal
	Privado	Aportaciones financieras
	Privado	Donaciones en especie
	Público	Aportaciones financieras
	Público	Donaciones en especie

16.- Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar “Luis Sergio Pérez”, Municipio San Francisco, Estado Zulia

Ubicación	Venezuela
Año de Inicio	1982
Descripción	La unidad nace como parte de un programa de la Fundación Venezolana de Medicina Familiar (FUNVEMEFA). Integrada por once microempresas, la unidad es un centro dispensador de los servicios de salud a costos accesibles para las personas de escasos recursos. La unidad cuenta con el apoyo de la Gobernación del Estado, múltiples empresas privadas, la Universidad del Zulia, y organizaciones comunitarias.
Actividades	Mejoramiento de Servicios Sociales
Sector Iniciador	Comunitario
Productos	Capacitación Mejoramiento del Servicio Social

Socios

Firma
 Fundación empresarial sin fines de lucro
 (FESFL)
 Gobierno Local
 Gobierno Nacional
 Gobierno Regional
 ONG
 Organización Comunitaria de Base (OCB)
 Universidad

**Contribuciones
de los Socios****Sector****Contribuciones**

Cívico	Aportaciones financieras
Cívico	Monitoreo
Comunitario	Tiempo de personal
Privado	Tiempo de personal
Público	Aportaciones financieras
Público	Terreno

De los cincuenta (50) perfiles compilados por país, el “**Programa Clínicas Móviles**” (PCM) de la Alcaldía del Municipio Maracaibo quedó seleccionado como una de las 10 experiencias más exitosas en Venezuela. A continuación, como segunda fase se desarrolló como un estudio de caso, incluyendo información relevante para su réplica: Cómo se formó la alianza original, comprobación de los resultados de la alianza, el futuro proyectado de las alianzas, qué ganan los socios de las alianzas, cómo funcionan las alianzas: obstáculos encontrados y los secretos del éxito, además de las lecciones aprendidas de las alianzas.

***Programa Clínicas Móviles de la Alcaldía
del Municipio Maracaibo***

Este novedoso programa permite llevar servicios de salud primaria, curativa y preventiva, directamente a zonas de extrema pobreza. Utiliza vehículos expresamente acondicionados para ofrecer servicios médico-asistenciales y odontológicos, con el apoyo de personal capacitado. Lo auspicia la Alcaldía de Maracaibo en alianza con empresas privadas y la sociedad civil, a través de organismos no gubernamentales y asociaciones de vecinos. Es fácil de administrar y de relativo bajo costo. Ha resultado particularmente útil para atender zonas de baja densidad poblacional y enfrentar situaciones de emergencia.

El Programa Clínicas Móviles responde a una política impulsada desde 1993 por la Alcaldía del Municipio Maracaibo, capital del estado Zulia, Venezuela. Proporciona atención primaria en salud a la población ubicada en la periferia del municipio: gente que, además de ser pobre, carece de servicios públicos y está residenciada lejos de los centros urbanos de atención pública. El programa consiste en la utilización de una “clínica móvil”, como medio para llevar hacia estas comunidades atención médico-asistencial y odontológica, tanto preventiva como curativa.

El programa ofrece ventajas significativas en salud primaria. La meta de llevarle a la comunidad la atención primaria en salud en lugar de esperar, año tras año, a que sean construidas las obras requeridas para crear centros de salud en cada zona poblada, convierte al Programa Clínicas Móviles en instrumento con amplio potencial para reducir la pobreza. En cada una de las comunidades hasta hoy atendidas, el dispensario de salud pública más cercano se encuentra congestionado y a distancia alejada.

El Programa Clínicas Móviles requiere dos insumos esenciales para su funcionamiento:

1.

Unidad Móvil: vehículo (tipo bus) acondicionado como un consultorio médico u odontológico y dotado, según el tipo de servicio prestado, con equipos y material para ofrecer atención preventiva y curativa. También requiere de mecanismos para procesar la información generada en cada jornada de trabajo.

2.

Personal: cada unidad móvil cuenta con un Médico u Odontólogo (según el tipo de servicio prestado), una Enfermera, un Trabajador Social, un Nutricionista y un Paramédico (quien es también el conductor del vehículo).

El Programa se beneficia de una serie de alianzas con distintos entes públicos, privados y de la sociedad civil, particularmente a la hora de buscar vías que faciliten la solución de los nudos críticos detectados en las comunidades asistidas. En este sentido, esta capacidad de generar alianzas en cada fase o área de intervención potencia el alcance e impacto del Programa.

El medio donde opera el programa:

El Municipio Maracaibo tiene una población de 1.271.629 habitantes (censo 1990). Se divide en dieciocho parroquias, situadas en la parte occidental del estrecho del Lago de Maracaibo, con una superficie de 393 km². La actividad económica primordial es terciaria, con una gran concentración de empresas dedicadas a actividades comerciales y de servicios en general. El auge de la actividad petrolera en la zona genera un crecimiento desmedido y anárquico en la ciudad de Maracaibo; existen comunidades dentro del casco urbano, que presentan características de áreas rurales. Los datos correspondientes a 1990 indican que el 52,1 por ciento de la población zuliana vive en situación de pobreza y el 24,6 por ciento de ésta, en pobreza extrema. Estos indicadores se ubican varios puntos por encima del promedio para Venezuela.

El Zulia es a la vez la principal zona productora de petróleo del país y una de las regiones más pobres. En 1990, más de cien mil hogares zulianos (22,9 por ciento del total) vivía en hacinamiento crítico, el 6,6 por ciento de hogares tenía niños en edad escolar que no asistían a la escuela, el 12,2 por ciento habitaba en viviendas inadecuadas y el 22,3 por ciento de los hogares no contaba con servicios básicos, como agua y cloacas. Estudios realizados en la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia muestran que, en 1993, la cuarta parte de la población infantil padecía de desnutrición crónica. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Venezuela registra para el año 1994 una alta tasa de mortalidad infantil, donde el Zulia reporta el 67 por ciento de todos los casos de tétano de índole neonatal y exhibe una de las más bajas coberturas en inmunizaciones.

Orígenes del programa:

El Programa Clínicas Móviles se inicia durante la gestión de Fernando Chumaceiro, primer Alcalde elegido en Maracaibo, en 1989. Según el ex alcalde, la idea de las clínicas móviles vino a su mente luego de haber visto en Europa los “mercados móviles”, que se trasladaban de un lugar a otro. De ese modo, el programa representaría la prestación del servicio de salud en los más deprimidos sitios de la ciudad, al menos durante un día a la semana.

En 1992, se designa al Dr. Otton Fernández, para trazar las bases del programa. Según opinión del ex alcalde, el referido médico “captó la idea de inmediato”. Más tarde se formarían alianzas importantes hasta hoy. Una de las primeras fue con la empresa Ingeniería Médica C.A., fabricantes de las unidades móviles. En 1993 se firmó el contrato de compra de las dos primeras, las cuales fueron entregadas el mismo año. Estas unidades operan de la siguiente forma:

- Unidad 001: bajo la figura del comodato, es decir, mediante contrato civil, el Programa entrega a la Asociación Civil “Madre Rafols” la primera unidad móvil para que la use en la prestación del servicio de salud. El contrato establece cierta coordinación con otros centros de salud pública.
- Unidad 002: desde su inauguración funciona como “unidad piloto”, atendiendo a cinco barrios de la Parroquia Ildefonso Vásquez. El primer contacto se estableció con la comunidad “San Antonio de los Caños”, con una población predominantemente indígena que, para aquel momento, no contaba con ningún servicio.

La creación de Alianzas

A inicios de 1994, a tres meses del comienzo del programa, se agregaron nuevas unidades móviles -ya son nueve- incorporándose el servicio odontológico y ampliando su cobertura hacia un mayor número de parroquias. Desde entonces se generaron una serie de alianzas que fundamentan la sustentabilidad del Programa y han generado beneficios adicionales.

Un ejemplo es el de la mencionada comunidad “San Antonio de los Caños”. Su carencia de energía eléctrica indujo al Programa a cogestionar el servicio, conjuntamente con la comunidad, ante el Instituto Agrario Nacional, responsable del levantamiento topográfico de la zona, para luego desarrollar el proyecto de instalación del alumbrado público. Al ser ampliado el radio de acción del

Programa hacia otras comunidades vecinas, se obtuvo apoyo del Instituto Municipal de Capacitación y Educación Ciudadana (IMCEC), así como del Centro al Servicio de la Acción Popular (CESAP), organismo no gubernamental. El primero presta sus instalaciones para la realización de cursos y talleres de capacitación y CESAP organiza talleres y cursos a las comunidades sobre huertos familiares y construcción de letrinas.

En otro barrio, ubicado al lado del antiguo botadero de basura de la ciudad, se requería la intervención de otros entes. El Instituto Municipal de Aseo Urbano (IMAU) colaboró tanto en la ampliación del servicio de recolección de basura como en el dictado de talleres sobre reciclaje. La Oficina de Ingeniería Sanitaria y Malariología y Endemias Rurales del Ministerio de Sanidad, auspicia las jornadas de eliminación de roedores y fumigación, y las charlas de prevención de epidemias y suministro de medicamentos para los habitantes de la zona. También la Dirección de Ingeniería Municipal, contribuyó con la reapertura de la vía principal de acceso a la comunidad, el estudio de medición topográfica y el anteproyecto para la recuperación del botadero.

La alianza con la empresa Ingeniería Médica tiene carácter estratégico. En 1995, se realizaron tres convenios de compra por un total de cinco nuevas unidades móviles. Las mismas fueron diseñadas de acuerdo a los requerimientos del programa. Según el Ing. Antanas Ridelys, presidente de la empresa, la alianza con el programa es una especie de "matrimonio", donde "el beneficio es mutuo"; la empresa ha adecuado los vehículos a las necesidades que impone el servicio, así como al medio donde se presta.

En zonas urbanas, tales como en las Parroquias Manuel Dagnino y Francisco Eugenio Bustamante, la alianza se hace manifiesta con la activa intervención de las Asociaciones de Vecinos. A este apoyo se unen, según sea el caso, entes públicos como el Departamento de Malariología del Ministerio de Sanidad y el Servicio de Apoyo Social del IMAU.

Para las unidades médico-odontológicas una alianza de gran significación con el sector privado es la que se adelanta con la empresa Colgate-Palmolive. Dicha empresa auspicia el "Plan Escuela", donde un promotor desarrolla actividades de educación odontológica preventiva. El Plan adelanta un programa educacional de higiene bucal dirigido a niños en edad preescolar y escolar.

La alianza con el Ambulatorio Arquidiocesano Médico-Odontológico "Santa Inés", tiene como finalidad colaborar con los beneficiarios del Programa

Clínicas Móviles mediante la instalación de un Laboratorio Clínico. Posteriormente se amplía la sede del servicio, creándose el único laboratorio público en la Parroquia Ildefonso Vásquez.

También se desarrolla una alianza con la estación de Servicio “El Caribe”, que facilita el control administrativo de la compra de combustible para las unidades móviles mediante un pago que se hace por adelantado. Esta “cuenta de ahorros en gasolina” asegura la movilización sin interrupciones por falta de combustible.

Figuran entre las demás empresas que apoyan el programa la Central Científica Codomedical (equipos médicos y de laboratorios) y Siscomar (radios). A través de sistemas de créditos y descuentos especiales, facilitan el equipamiento adecuado de las unidades móviles. También cada vez más empresas colaboran con donaciones: Gerber, Polar, Pepsi-Cola, Cervecería Regional, Johnson's, Pastelitos Monserrat, Durango, Laboratorios Clínicos, Corilín y Novalcina.

Resultados alcanzados:

El Programa Clínicas Móviles lleva en funcionamiento casi cuatro años. Los resultados alcanzados hasta abril de 1997 son los siguientes:

Consultas totales: 161.067

Adultos: 26.971

Pediátricas: 50.715

Prenatales: 2.650

Nutricionales: 49.714

Odontológicas: 13.646

Vacunación: 17.371

Charlas educativas: 67.938 personas

Más allá del número de consultas registradas, la Unidad Móvil 001 brinda educación preventiva en salud así como atención curativa en los centros poblados, según el área de cobertura del ambulatorio “Los Claveles”, haciendo rotaciones en los siguientes sectores: Alfredo Sadel, Padre de la Patria I y II, Estrella del Valle, Las Palmeras, 5 de Julio y 11 de febrero, todos ubicados en la Pa-

roquia Cecilio Acosta. El resultado más significativo ha sido la creación de una figura comunitaria denominada “promotor de salud”, que proporciona un mecanismo de enlace entre el ambulatorio y las comunidades más alejadas y pobres. Conviene destacar que la Unidad Móvil 001 es dirigida por la Hermana Carmen Eneida, quien además de religiosa es médico.

En la comunidad de “San Antonio de los Caños”, mediante la asesoría del programa, se indujo a la comunidad a organizarse para buscarle solución a su problema de servicio de electricidad. Se logró obtener, en la etapa inicial, el suministro del mismo a 40 por ciento de las familias que allí residen.

En el Barrio Jesús de Nazaret está ubicado alrededor de un antiguo botadero de basura. En 1994, con apoyo del Instituto Municipal de Aseo Urbano (IMAU), el programa organizó cuatro Jornadas de Limpieza. También se realizaron actividades educativas de prevención en salud, con el apoyo del CESAP. Dada la complejidad de las causas que originan los problemas de salud de esta comunidad, el programa promovió la intervención de otros organismos. Como resultado de esta intervención se propuso arborizar la zona del antiguo botadero y construir un parque recreacional.

Logros derivados de las Alianzas:

Como productos derivados de la alianza con la empresa se pueden mencionar las ventajas implícitas de las unidades móviles:

- *Unidades movilizables:* Estas unidades están preparadas para entrar a zonas rurales.
- *Estructura:* Un espacio reducido que representa una especie de “consultorio ambulante”, con muchas de las comodidades de un consultorio fijo.
- *Símbolo:* La unidad móvil simboliza la expectativa de solución a problemas de atención médica para las comunidades alejadas de los centros de salud.
- *Capacidad:* Dado que cada unidad atiende grupos pequeños, los registros estadísticos se realizan con mayor efectividad que en los centros de mayor cobertura; asimismo, la transparencia administrativa evita la posibilidad de focos de corrupción.

En las zonas urbanas, el mayor resultado alcanzado está dado por el incentivo a la participación vecinal, cuya actividad ha ido instaurando un mecanismo de enlace entre la comunidad, el Programa y los servicios asistenciales de salud de mayor cobertura, como los ambulatorios u hospitales. También, el encuentro con mecanismos de representación social, como las asociaciones de veci-

nos, ha permitido la institucionalización del programa, lo que se traduce en cambios en la conducta de los beneficiarios, tales como hervir el agua para consumo, darle leche materna a los hijos y prestar colaboración para que funcione el programa. Es común observar el hábito de asistir al médico. Dice una vecina del Barrio 19 de Abril: “los esperamos como si fueran de la familia”.

A través de su vínculo con las Asociaciones de Vecinos, el Programa ha logrado crear una dinámica de trabajo que revela el compromiso de la comunidad. Una responsable de coordinar la asistencia de la unidad, afirma: “el día antes de venir la Clínica Móvil yo salgo con un megáfono a vocear. Pego avisos en los abastos y los mando a venir temprano; yo soy como la recepcionista: los voy anotando en una lista, como una clínica privada”. Por lo demás, en muchas ocasiones, también la unidad móvil ha servido como “ambulancia” para trasladar pacientes que reportan mayor gravedad y requieren atención especializada con carácter de emergencia.

La alianza del programa con el “Plan Escuela” de la empresa Colgate-Palmolive, ha permitido institucionalizar la educación preventiva en higiene y salud bucal. En las zonas atendidas la figura del odontólogo es reconocida y el cepillado dental es aceptado como medio preventivo de enfermedades y pérdidas de dentadura. En la labor educativa se utilizan estrategias basadas en charlas, canciones, películas, trípticos instructivos, además de un kit de cuidado bucal (1 cepillo dental, 1 crema dental y 1 vasito). En el período 1993-97 se atendieron 13.646 consultas odontológicas.

Finalmente, la empresa Farmacias S.A.A.S, colabora con el programa al poner a disposición para la realización de jornadas sus instalaciones y donar importantes insumos médico-asistenciales.

El futuro de las Alianzas:

El futuro del programa es promisorio. Se proyecta el siguiente escenario en cuanto a las diferentes alianzas:

- La Asociación Civil “Madre Rafols”: contempla renovar el convenio por tres años más y proyecta proporcionarle a la unidad móvil un tanque de gasolina por semana.
- En las zonas urbanas donde opera el programa, algunas de las más pobres de Maracaibo, las asociaciones de vecinos se muestran como colaboradores entusiastas.

- La alianza con la empresa Colgate-Palmolive parece estar asegurada por largo tiempo. Según lo manifiesta Mary Esther Montiel, Promotora del “Plan Escuela” en el Zulia, existe hoy en día un interés muy positivo por parte de la Gerencia de formalizar un convenio de colaboración con el programa Clínicas Móviles.
- La alianza con el Ambulatorio “Santa Inés” es ejemplo de lo que puede ser la coordinación entre otros centros prestadores de salud y el programa.
- Las empresas privadas que colaboran con el programa, proyectan mantener la alianza.

Más allá del testimonio de los diferentes socios, el programa superó un cambio de gobierno estatal. El programa se inició con una alcaldía gobernada por el partido COPEI y actualmente opera bajo el Alcalde Manuel Rosales, de Acción Democrática (AD). Más aún, el Alcalde Rosales ratificó al Dr. Otton Fernández como director del programa.

La Alianza en la perspectiva de los socios:

Todos los socios de esta alianza coinciden en señalar lo útil y novedoso que ha sido el programa. Se le percibe como un programa social que nace con un esquema de funcionamiento abierto a la formación de alianzas entre el sector público, el privado y la sociedad civil.

Sector público

El Programa Clínicas Móviles proyecta favorablemente a la Alcaldía de Maracaibo, su socio líder. Además, su radio de acción ha facilitado la gestión de organismos nacionales, como el Departamento de Epidemiología Regional del Ministerio de Sanidad y entidades regionales, como el Sistema Regional de Salud. En palabras del Alcalde que impulsó la iniciativa en 1992, el programa llega a donde los otros organismos de salud no han podido. Otra ganancia para la Alcaldía de Maracaibo, como socio líder, es que a lo largo de casi cuatro años el programa ha logrado “reinsertar al municipio en el sector salud”. Más aún, al generar mecanismos de coordinación entre entidades públicas, así como en la integración de otros entes pertenecientes a la sociedad civil y la empresa privada, el programa es capaz de cumplir lineamientos político-programáticos de la Alcaldía sin necesidad

de destinar mayores recursos. La Alcaldía también gana reconocimiento entre las comunidades atendidas, así como ante instancias superiores.

Sector Privado

Para este sector, representado por las empresas que acondicionan los vehículos y sus accesorios especializados, así como las empresas que colaboran con el Programa, los beneficios implícitos de la alianza son los siguientes:

- *Asegurar un cliente:* Esto tiene que ver con el objetivo directo de los descuentos, créditos y esmerada atención a las necesidades y requerimientos del programa, tras la creación de un mercado relativamente reciente.
- *Plataforma Promocional:* Este es el caso de las empresas que han advertido en la labor del programa un escenario propicio y fértil para la ejecución conjunta de sus planes de promoción social, como Colgate-Palmolive, cuyo “Plan Escuela” lleva más de veinticinco años.
- *Labor Social:* En este grupo se incluyen las empresas que tradicionalmente apoya la política de efectuar donativos por razones de sensibilidad social.

Sociedad Civil

Son dos los socios que se han mantenido a lo largo del tiempo transcurrido desde su incorporación a la alianza: la Iglesia y el CESAP. A través de dos convenios formales, la Iglesia ha establecido convenios de cooperación con el programa. En el caso del comodato con la Asociación Civil “Madre Rafols”, el beneficio se manifiesta en el apoyo que la Unidad Móvil 001 le brinda al servicio ambulatorio, el cual se encuentra alejado de la zona atendida. De otra parte, en el caso del Laboratorio Clínico “Santa Inés”, el beneficio tiene que ver con la ampliación de su capacidad de resolución en la detección de pacientes que no son objeto de atención del ambulatorio y son remitidos a los hospitales.

El Centro al Servicio de la Acción Popular (CESAP) se ha mantenido permanentemente como aliado estratégico en la labor de formación, no sólo de las comunidades, sino igualmente del personal adscrito al programa, como es el caso de los Trabajadores Sociales y Nutricionistas. El beneficio se manifiesta en la formación ciudadana a través de los cursos y talleres ofrecidos por esta institución.

La Comunidad

Han sido mencionados muchos de los beneficios que obtiene la comunidad con la ejecución y continuidad del programa. Sin embargo, cabe agregar que el beneficio principal para la comunidad tiene que ver con la presencia de las unidades móviles en zonas desasistidas por el gobierno, tanto el nacional como municipal. Para muchas comunidades la llegada de una unidad móvil representa una garantía en la atención médica, que por demás es gratuita.

Otro beneficio relevante es la formación y movilización de los “promotores de salud”, provenientes de la misma comunidad, que fungen como un enlace entre el programa y las zonas atendidas.

El liderazgo

Cada uno de los socios le atribuye el liderazgo del programa a su Coordinador, el Dr. Otton Fernández, y desde luego al personal de cada una de las unidades móviles. Sin embargo, cuando fue consultado el Dr. Fernández sobre el papel de su liderazgo, concluyó que se ha debido en gran parte al apoyo recibido de algunas empresas privadas y entes de la sociedad civil, así como la manifiesta colaboración de las comunidades.

Asegura, por ejemplo, que empresas como Ingeniería Médica realizan una contribución importante al mantener una actitud abierta a la adecuación del vehículo a las necesidades del programa. Lo cual, en opinión de Alvaro Osorio (Adjunto a la Presidencia): “es una experiencia nueva, porque nosotros fabricamos ese tipo de unidad para la empresa privada y ellos tienen necesidades muy diferentes a las del Programa Clínicas Móviles”.

También, empresas como Colgate-Palmolive, con su “Plan Escuela”, contribuye al liderazgo, ya que se han acoplado a la filosofía del programa y a su vez, refuerzan su impacto al proporcionarle material informativo sobre higiene bucal sin ocasionarle gasto alguno. En el caso de las Farmacias S.A.A.S. se presenta una situación similar. Dicha empresa remite al programa una invitación para que realice su primera Jornada de Atención Médica, celebrada en 1997, en las instalaciones de la misma, asumiendo además gran parte de los gastos.

Los obstáculos

Un obstáculo central está dado por la adscripción del programa Clínicas Móviles a un ente como la Alcaldía, que invariablemente someterá su viabilidad y sustentabilidad a decisiones de carácter político, con un cambio de autoridad mu-

nicipal cada tres años. Se ha superado su primera prueba, al ser incluido como política de gobierno de dos partidos políticos sucesivos, con orientaciones antagónicas y en permanente competencia. Sin embargo, también ello puede simbolizar una capacidad natural del programa, en tanto que sus lineamientos políticos y programáticos están fundados en la Ley Orgánica de Régimen Municipal.

De otra parte, entre los obstáculos también destaca el incremento de los costos de servicios que, aún cuando son accesibles, han mostrado una tendencia en ascenso, en razón de la depreciación de la moneda y los altos índices de inflación. El principal costo es el de los vehículos. En tal sentido, la empresa Ingeniería Médica manifiesta estar realizando esfuerzos para reducir los costos. Anteriormente importaban el vehículo y ahora sólo importan el “chasis”; lo demás es fabricado por la empresa.

Otro obstáculo observado en el desarrollo de las alianzas tiene que ver con algunos organismos públicos, que no llegan a formalizar compromisos prolongados con las comunidades y sólo aportan contribuciones en caso de contingencias, por ejemplo, la irrupción de una epidemia. Ello contribuye a la sobresaturación de las unidades móviles. Se estima un déficit de por lo menos catorce unidades adicionales. Tales condiciones generan descontento y retaliación entre las comunidades, que tienden a pugnar por la adquisición del servicio. Los más conflictivos suelen ser los contactos con las asociaciones de vecinos.

Factores de éxito

Los socios coinciden en su apreciación acerca del secreto del éxito del programa. Radica en la cooperación entre el sector público, el privado y la sociedad civil, por una causa justa. Reconocen que el programa atiende a personas extremadamente desasistidas y muy pocas veces incluidas con carácter prioritario en la gestiones del gobierno. Lamentablemente, los resultados del programa no son observables en forma concreta; será en un futuro cuando las estadísticas comiencen a mostrar tendencias positivas y el comportamiento de las comunidades se oriente a la salud preventiva.

También en el caso de las ONG participantes hay consenso en asegurar que el éxito de la alianza tiene que ver con la correspondencia e identidad de los fines, lo cual se resume en la atención a los más pobres mediante una estrategia de atención que no está viciada por el paternalismo, sino que busca fomentar la autogestión y la iniciativa propia.

Desde el comienzo del programa, el Alcalde del Municipio Maracaibo, Fernando Chumaceiro, jugó un papel decisivo en la conformación de las alianzas que llevaron al éxito. Tenía claro que para lograr el funcionamiento del programa en toda su amplitud, era indispensable contar con el apoyo de instituciones tanto a nivel regional como nacional.

Asimismo, la labor liderizada por el Coordinador, Dr. Otton Fernández, fue significativa y clave. Su visión social sobre el ejercicio de la medicina le permitió conjugar esfuerzos y creatividad en el diseño de las bases operativas, al propiciar los primeros contactos para el establecimiento de las alianzas posteriores. Es así como el Alcalde le confiere autonomía absoluta en la selección del personal médico y paramédico, dotados de una profunda vocación en la atención de salud primaria.

La participación activa de las asociaciones de vecinos de cada una de las comunidades organizadas, también contribuyen al éxito en la medida en que sirven como medio de enlace entre el programa y las comunidades.

Con relación a la alianza establecida con el Ambulatorio Arquidiocesano Médico Odontológico "Santa Inés", la iniciativa de instalar un laboratorio clínico fue tomada por el Coordinador del Programa Clínicas Móviles; pero una vez instalado, el costo de operarlo es compartido con la Alcaldía de Maracaibo; la Arquidiócesis lo maneja, pero la Alcaldía aporta el sueldo a tres funcionarios.

Conclusiones

Entre los socios del programa existe un alto grado de receptividad y optimismo. Es evidente que el respaldo financiero que le ha brindado la Alcaldía al programa representa uno de los soportes básicos para su funcionamiento. El compromiso del Alcalde actual es prácticamente el mismo que mantenía el Alcalde anterior, pues desde el inicio de la gestión ha garantizado su continuidad y ha comprendido que el Programa representa la existencia de un prototipo diferente de lo que es la atención primaria en salud. Además, existe el precedente de la Ley Orgánica de Régimen Municipal, donde se señala que es competencia de la Alcaldía cooperar con la problemática de la salud en el municipio.

La formación de distintas alianzas en cada una de las fases de ejecución del programa arroja diversas lecciones. En cada comunidad atendida la naturaleza intrínseca de los problemas encontrados genera modalidades de alianzas y tácti-

cas para su resolución. Se tiene por ejemplo, el caso de la evolución del modelo de la unidad móvil, que ha sido preparada para funcionar en zonas donde no exista ningún servicio público. De allí que se le haya incorporado planta eléctrica, sistema de radio, tanque de aguas blancas, sala sanitaria, entre otros. También, el hecho de que el laboratorio clínico no puede ser ambulante, termina por dar lugar a un convenio con el Ambulatorio.

Otra lección es la incorporación de la comunidad organizada a la promoción y atención en salud. En tal sentido, el ex-Alcalde Chumaceiro la define “como una gran capacidad de promoción y gerencia, quizás de sobrevivencia, que lleva a muchas personas a ser unos grandes gestores porque trabajan con muy pocos elementos a favor”. En este caso se realiza una labor de compenetración entre la gente y el programa. Ocurre un proceso de retroalimentación, en el cual el personal enseña pero a su vez es enseñado.

En cuanto a limitaciones, la principal está relacionada con la insuficiencia de recursos. El déficit de unidades móviles con respecto al volumen de la población-objetivo, ha impuesto la necesidad de atender a las comunidades en intervalos hasta de dos semanas. Con esto se pierde la capacidad de atención y seguimiento a los enfermos. Esta es una situación que trae inmensos conflictos entre los vecinos, pues genera acumulación de pacientes, sobresaturación del personal y cambios en la ruta o el itinerario semanal. La situación se agrava al no funcionar alguna unidad. De allí que se hace necesario actualizar el presupuesto del programa, el cual, para el año 1997, representa 136 millones de bolívares (US \$272.000 a la tasa vigente durante gran parte del año), de los cuales se destinan 60 millones (US \$120.000) a gastos de personal.

Por último, siempre está presente el riesgo político. La elección de alcaldes se celebra cada tres años, lo que podría traer como consecuencia la remoción y despido de personal.

No obstante sus limitaciones, el programa evidencia un esquema para la prestación de un servicio de salud novedoso y de gran potencial:

- *Patrocinio*: sus fines le confieren una capacidad natural para entablar alianzas a partir de cada una de las experiencias de sus unidades móviles y aún mayor amplitud para alianzas coyunturales, tales como la irrupción de epidemias o jornadas especiales (despistaje de cáncer, vacunación, inmunización, etc.).

- *Impacto*: su cobertura de atención curativa es aproximadamente entre 60 y 100 personas por unidad móvil, lo que al multiplicarse por la acción conjunta de las nueve existentes, representa una población de 540 a 900 pacientes diarios; lo que alcanzaría una capacidad semanal de atención curativa-preventiva entre 2.700 y 4.500 pacientes.
- *Novedad*: no sólo de la unidad móvil como medio, sino en la estrategia de atención primaria en salud, sustentada sobre una rama de la medicina de corte sociocultural, de por sí poco atendida por los centros de salud pública.
- *Replicabilidad*: uno de los aspectos más idóneos del programa tiene que ver con su proyección futura, que podrá ser implementado en cualquier área que presente características similares; de hecho, pudiera extenderse a lo largo del estado Zulia.
- *Accesibilidad*: es de atención gratuita a toda la comunidad atendida, de modo que el acceso del servicio por parte de la población objetivo es totalmente abierta.
- *Costo*: su costo relativo es sumamente bajo, si se compara con lo que significaría la construcción de centros de salud fijos, como ambulatorios o dispensarios.
- *Sustentabilidad*: a pesar de los graves inconvenientes presupuestarios y la influencia de los cambios de gestión en el gobierno municipal, ha podido mantener su continuidad en dos períodos de gobierno, presididos por partidos con orientaciones políticas antagónicas.
- *Equidad*: sus beneficios no contemplan discriminación alguna entre la población objetivo; los criterios de selección son limitantes en cuanto a que se concede prioridad a los sectores de más bajos recursos, entre ellos los que no cuentan con servicios públicos.
- *Participación*: su capacidad para promover y materializar la participación de las comunidades, más que una meta, es su filosofía central. De hecho, en la experiencia del programa hasta hoy, cada comunidad atendida se ha convertido en aliado estratégico.

**Términos de Referencia para los Perfiles
de Casos “Alianza entre el Sector Público,
Privado y Sociedad Civil para la Mitigación
de la Pobreza”**

Caso: _____

Preguntas	Requerimientos de Información	Información Obtenida	Observaciones
------------------	--	---------------------------------	----------------------

1. Dé una reseña del contexto en el cual tuvo la alianza para la reducción de la pobreza: el municipio, su población, ubicación en el departamento/ la provincia, etc. Si las actividades de la alianza han tenido lugar en más de un municipio, indíquelo.	Dirección		
	Población		
	Area de Influencia		

2. A qué tipo de actividad se dedica la alianza. Haga una breve reseña bajo las categorías que siguen. Si hay más de una actividad involucrada, incluya todas.	a. Provisión / mejoramiento de servicios sociales (educación, salud, vivienda) o de otros servicios públicos básicos (agua potable, alcantarillado, alumbrado, etc)		
	b. Generación de ingresos (creación de microempresas, formación, programas de créditos etc.)		
	c. Iniciativas de participación popular en la toma de decisiones públicas, (p.ej contribución de la comunidad organizada en determinar destino del presupuesto local, etc.).		

<p>3. ¿Quiénes son los principales beneficiarios de las actividades de la alianza? Si hay más de una actividad, especifique los beneficiario de cada una, desglosadamente. Provea datos municipales o de otras fuentes oficiales disponibles.</p>	<p>-¿Cuántos beneficiario hay?</p>		
	<p>-¿Quiénes son?</p>		
	<p>- De cuáles grupos de ingresos provienen?</p>		
	<p>-¿Son de una sola comunidad o más de una?</p>		
	<p>-¿Los beneficiarios eran también “socios” en la alianza o no? Si lo eran, ¿en qué tipo de organización tenían para tales efectos? ¿Cuál fue el aporte de la comunidad?</p>		

<p>4. Especifique quiénes son los distintos miembros de la alianza, pertenecientes a cada una de las categorías siguientes. En los caso de los del mundo empresarial y la sociedad civil, incluya información básica sobre el tamaño de la organización y a la actividad a la cual se dedica.</p>	<p>a. Del sector público (p. Ej. Gobierno central, regional o local). P.ej: Ministerio de educación, Salud, Trabajo, Agricultura, etc., u otro departamento, entidad o programa gubernamental).</p>		
	<p>b. Del sector privado fines de lucro (empresa, gremio económico, corporación, fundación empresarial, etc.).</p>		
	<p>c. De la sociedad civil (ONG, universidad, sindicato, gremio profesional, grupo religioso, etc.)</p>		
	<p>¿ Hay otros socios que no corresponden a ninguna de estas categorías? (P.ej: agencia internacional, organización multilateral).</p>		

5. ¿Cuándo se for- mó la alianza?, ¿Cuáles eran sus objetivos inicia- les? Indique el problema especí- fico que se quería resolver, si es apropiado. Si existía, dife- ren- cias iniciales en- tre los actores, distinga entre los objetivos de los distintos socios.	Fecha inicio de la alianza		
	Objetivos inicia- les.		
	Problemas plan- teados apropia- dos.		
	Diferencias ini- ciales entre acto- res.		
	Objetivos de so- cios.		
6. ¿Cuál fue la contribución de cada socio a la alianza? Señale tanto recursos materiales y hu- manos como otro tipo de contri- bución (P.ej. Ase- soría contactos, etc).	Contribución de cada socio a la alianza		
	Recursos huma- nos, materiales u otro tipo.		
7. Se han cum- plido las metas originales? Se- ñale los produc- tos que han resul- tados de la alian- za.	Metas originales alcanzadas.		
	Resultados de la alianza.		

<p>8. ¿La alianza original aún existe? Si es así señale si ha habido alguna expansión o cambio en la naturaleza.</p>	<p>Expansión o cambio en objetivos y actividades de la alianza</p>		
<p>9. ¿Qué factores explican el éxito de la alianza (si es necesario, señale los orígenes de la alianza en mayor en mayor detalla si el proceso ha sido más complejo de lo reseñado hasta ahora).</p>	<p>Existencias de otras combinaciones de socios y metas.</p>		
	<p>Factores que explican el éxito de la alianza.</p>		