

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, POLÍTICAS Y
CRIMINOLÓGICAS
MAESTRIA DE CIENCIAS POLÍTICAS
CENTRO DE ESTUDIOS POLITICOS Y SOCIALES DE AMERICA
LATINA

**“POLÍTICAS Y PLANES DE SALUD EN EL NUEVO SISTEMA
SOCIAL VENEZOLANO”, 2003-2014.**

Trabajo de grado para optar al Título de Magister Scientiae en Ciencias Políticas

AUTOR:
ABOGADO GABRIEL ALBERTO OVIEDO CARRERO
TUTOR:
PROF. VLADIMIR AGUILAR CASTRO

Mérida, Octubre de 2014

Atribución - No Comercial - Compartir Igual 3.0 Venezuela
(CC BY - NC - SA 3.0 VE)

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso por haber iluminado esta nueva meta académica

A mis padres, Eloina y José María (Chema)

Mis hijas Crisleidys, Alondra y Azaid

Mi Compañera, Eterna y Amada Esposa Crismarys

www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTO

Debo dar mis más sinceros agradecimientos a todas las personas que colaboraron con la realización de este proyecto de investigación y la presente tesis de Maestría, en especial al Profesor Vladimir Aguilar Castro y la Dra. Isidora Carrero de Rodríguez.

Al Centro de Estudios Políticos y Sociales de América Latina, por brindarme la oportunidad de ser parte de tan prestigioso centro de estudio.

www.bdigital.ula.ve

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, POLÍTICAS Y
CRIMINOLÓGICAS
MAESTRIA DE CIENCIAS POLÍTICAS
CENTRO DE ESTUDIOS POLITICOS Y SOCIALES DE AMERICA
LATINA

**“POLÍTICAS Y PLANES DE SALUD EN EL NUEVO SISTEMA
SOCIAL VENEZOLANO”**

AUTOR

GABRIEL OVIEDO

www.bdigital.ula.ve

Resumen

El sistema de salud en Venezuela, ha experimentado en las últimas décadas una profunda crisis que se evidencia en los problemas de accesibilidad, cobertura, calidad y legitimidad que enfrentan las Instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales. En este contexto surgen, se desarrollan y consolidan nuevas formas de gestión dirigidas a elevar la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios en el marco de la descentralización, participación y democratización de la salud, como estrategias para la reforma del Estado, la redefinición de roles, mecanismos de diseño, ejecución de políticas, programas sociales y la incorporación de nuevos actores en el escenario de la salud. En el

presente trabajo de investigación se exploran e identifican algunas de esas nuevas formas de gestión de los servicios de salud en Venezuela y se concluye que la municipalización en salud, los Sistemas Locales de Salud, las Fundaciones y Microempresas constituyen experiencias innovadoras que pueden contribuir a mejorar y fortalecer el sistema de salud venezolano.

Palabras clave: Salud, gestión pública, descentralización, participación, políticas y planes de salud.

www.bdigital.ula.ve

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO 1

1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Objetivos de la Investigación	5
1.3. Justificación	6

CAPITULO 2

2. Políticas y Planes de Salud en el Nuevo Sistema Social Venezolano	7
2.1. Proceso Constituyente y Derecho a la Salud	7
2.2. La Salud en el Nuevo Sistema Social Venezolano	10

CAPITULO 3

3. 1. Marco Teórico	14
3.2. Bases Teóricas. Políticas Publicas de Salud en Venezuela	14
3.3. Modelo de Atención Integral de Salud	19
3.4. Plan Estratégico Social	20
3.5. La Descentralización de las Políticas Públicas de Salud	22

CAPITULO 4

4.1. Reforma Del Estado: La Descentralización, La Participación y La Democratización en Salud.	24
4.2. Gestión Gubernamental, Desarrollo Local y Nuevos Actores en Salud.	28
4.3. Modelos de Gestión en Salud en la Década de los 90	31
4.4. Estructura del Sistema Público Nacional de Salud	34
4.5. Modelo de Salud de Gestión en el Siglo XXI	38
4.5.1. Barrio Adentro por Dentro	38
4.5.2 Barrio Adentro, 2003-2011	43

CAPITULO 5

5.1. Globalización, Sociedad de Riesgo y Salud Publica	49
5.2. Enfermedades Emergentes Y Reemergentes	58

CONCLUSIONES	63
---------------------	----

SUGERENCIAS	69
--------------------	----

BIBLIOGRAFIA	72
---------------------	----

INTRODUCCIÓN

En Venezuela, se aprecia desde finales de la década de los años 70 la crisis del sector público debido a la difícil situación económica existente en el país, la cual se agudizó y profundizó durante la década de los 80, dando origen a las políticas de ajuste implantadas en los años 1990-1992; Esta situación, generó la necesidad de desarrollar un proceso de reforma y modernización del Estado con el objeto de establecer nuevas formas de organización y gestión de la administración pública, todo esto impactando en cada uno de los niveles de la vida pública nacional como lo son el educativo, el cultural, el de salud, entre otros.

En lo que al sector salud se refiere, en general se ha observado un funcionamiento inadecuado de los respectivos sistemas de administración pública, que da cuenta de la insuficiente planificación, la desorganización y descoordinación entre los entes encargados del sector y la ausencia de mecanismos de control y evaluación, aspectos que se evidencian con los resultados que producen las organizaciones públicas de salud que expresan la insatisfacción de las demandas de la población; así como por ejemplo los problemas de eficiencia, eficacia, cobertura, accesibilidad y legitimidad que confrontan las instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales.

En este contexto, el sector salud también ha experimentado un conjunto de reformas y estrategias de modernización, a partir del proceso de descentralización, ya que buena parte de los problemas de dicho sector

se han relacionado con el modelo de gestión centralizado, que ha caracterizado la administración pública venezolana. Así mismo, se ha buscado promocionar la participación en salud para enfrentar los problemas asociados con la falta de mecanismos de supervisión y control de suministros y recursos destinados a la prestación de los servicios médico-asistenciales.

Ya es un lugar común decir que la salud es un concepto integral de bienestar físico, psicológico y social, y que, por supuesto, es mucho más que la atención médica sea ambulatoria y hospitalaria. La gente suele creer que la salud está mal porque los hospitales no funcionan. Ciertamente es mucho más dramático el momento del hospital, porque generalmente representa la etapa del proceso donde se percibe que la gente se muere o se cura. Pero se sabe que la muerte y la enfermedad se instalan en un momento muy anterior: el de la alimentación, el de las posibilidades que se tengan de asumir medidas higiénicas (aguas negras y blancas); el del ambiente sin factores que transmitan una enfermedad, olas endémica; el de las medidas preventivas específicas, como las Vacunaciones, el control del peso y la talla de los niños; el de la detección temprana, y (esto es muy importante) el de la educación para la salud.

En este sentido, el presente trabajo pretende dar cuenta de algunos modelos de gestión aplicados en el sector salud, que van desde aquellos que privilegian el nivel local, hasta los que integran el sector privado como actor clave para el éxito de la administración de salud. Entre ellos

se destacan los Sistemas Locales de Salud (SILOS), las Microempresas de Servicios de Salud, los Servicios Autónomos, Barrio Adentro, entre otros, los cuales constituyen experiencias concretas dirigidas a garantizar la accesibilidad y cobertura de los servicios y elevar la eficacia de la gestión de salud en Venezuela.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sistema de salud en Venezuela, se caracteriza por presentar problemas de acceso, cobertura y calidad en la prestación de los servicios médico-asistenciales que se ofrecen a la población en general. Se cuentan entre otras razones, la carencia de suministros, la recurrente paralización de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, lo que permite afirmar que el sector salud experimenta en la actualidad una profunda crisis que se evidencia en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico-asistenciales que presta; así como en el deterioro progresivo de la salud de la población.

Para algunos especialistas, las características referidas, deben considerarse como consecuencias de la gestión pública de salud en Venezuela, que se ha adelantado bajo un sistema de administración que ha demostrado ser ineficiente, ineficaz e inefectivo; y por la injerencia política dentro del sector, que se expresa mediante los conflictos que enfrentan las instituciones gubernamentales encargadas del funcionamiento del Sistema de Salud en el país, destacándose entre los principales:

- Falta de continuidad administrativa en la gestión gubernamental.
- Ausencia de evaluación de los programas de salud, seguimiento y control de los mismos.

- Falta de efectividad en la atención de la demanda de salud, por el hacinamiento de los hospitales, deficiencia de insumos.

En el sector salud se precisa la presencia de varios modelos organizativos; una inadecuada administración de los recursos institucionales; un proceso lento y poco participativo para adelantar las negociaciones y la toma de decisiones; déficit presupuestario; y fuertes tensiones generadas por los conflictos entre las diferentes instancias de poder que están presentes en el sistema de salud venezolano.

Ante este contexto, se registra entonces un proceso de reforma y modernización dentro del sector salud, cuyas estrategias fundamentales las constituyen la descentralización de los servicios de salud, la participación y la democratización; el nuevo reflejo de las políticas y planes de la salud.

A nivel de un ordenamiento positivo se puede señalar que en el marco de la Constitución Bolivariana de Venezuela (1999), en su CAPITULO V de los Derechos Sociales y Familiares la salud se menciona como: un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento

que establezca la Ley, de conformidad con los Tratados y Convenios Internacionales suscritos y ratificados por la República.

Planteando que toda persona tiene Derecho a la Salud como lo manifiesta la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, así como también a gozar del uso en sus necesidades de espacios acorde para recibir un buen servicio.

De igual forma resulta necesario tomar como un nuevo enfoque a través de la nueva era globalizadora, los grandes riesgos endémicos que se van proliferando a nivel mundial y en nuestra era, que ponen en riesgo el factor predominante como lo es la vida.

Para ello se examinarán diversos aspectos que apuntan a otras tantas dimensiones consideradas pertinentes al objeto que se han planteado y que, en consecuencia, contribuyen a establecer su estructura organizativa. A cada una de esas dimensiones subyacen una serie de interrogantes que dan sentido y organizan este trabajo.

¿Existe un Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud?

¿Se cuenta con Vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública?

¿Se cuenta con el Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública?

¿Se Garantiza y se mejora la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

www.bdigital.ula.ve

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Orientar la función pública hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, haciendo valer una nueva condición de ciudadanía donde estas necesidades sean conquistadas como Derechos Universales, combatiendo el déficit de atención e impactando en la reducción de las brechas de inequidad social entre grupos humanos y territorios.

Objetivos específicos:

- 1) Facilitar un contexto más racional y transparente para la asunción de las responsabilidades políticas.
- 2) Identificar problemas y grupos de población que necesitan mayor atención.
- 3) Proporcionar coherencia a las intervenciones y los programas sanitarios dispersos.
- 4) Estimular el debate sobre lo útil y necesario.

JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud venezolano, ha cambiado con el transcurrir del tiempo, hoy en día se cuenta con más Instituciones de salud, más sin embargo los problemas en diversas Instituciones se han incrementado debido a la falta de insumos, atención inmediata a las emergencias, necesidades de los que asisten o buscan una atención medica.

Se hace necesario el estudio de las políticas, planes y programas con los que se cuenta y con los que se necesitan para, terminar de consolidar la atención a cada una de las necesidades de la población que por ahora son bastantes, pero sobre todo ejecutarla y mantenerlas.

Desde ésta óptica se plantea éste estudio descriptivo, por lo que la población venezolana no se encuentra informada sobre lo que se está haciendo y lo que está por hacerse en materia de salud en Venezuela. No es necesario copiar proyectos, actitudes y aptitudes de otros países, por lo que el Estado venezolano cuenta, con el personal profesional idóneo, capacitado, así como también con recursos económicos suficientes para enfrentar diversas demandas en el área, todo está en el sistema corresponsable como punto de equilibrio que permita sustentar las metas.

Desde ésta perspectiva nos atrevemos a manifestar que es posible implementar nuevas normas, en el área de salud, tanto nacional como estatal y municipal, de manera tal que se pueda reducir la problemática planteada.

CAPITULO II

POLITICAS Y PLANES DE SALUD EN EL NUEVO SISTEMA SOCIAL VENEZOLANO

Proceso Constituyente y Derecho a la Salud

En diciembre de 1998 ganó las elecciones en Venezuela Hugo Rafael Chávez Frías, con una propuesta abiertamente antineoliberal. Dentro de las primeras medidas que tomó el nuevo gobierno estuvo la convocatoria a un proceso constituyente de amplia participación y la suspensión de la aplicación de las leyes privatizadoras de seguridad social y salud del gobierno anterior. En diciembre de 1999 es aprobada en referéndum popular la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) que establece las bases para la construcción de la nueva República y que en su preámbulo expresa el propósito de:

...refundar la República para establecer una sociedad democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural en un Estado de justicia, federal y descentralizado, que consolide los valores de la libertad, la independencia, la paz, la solidaridad, el bien común, la integridad territorial, la convivencia y el imperio de la ley para ésta y las futuras generaciones; asegure el derecho a la vida, al trabajo, a la cultura, la educación, a la justicia social y a la igualdad sin discriminación ni subordinación alguna; promueva la cooperación pacífica entre las naciones e impulse y consolide la integración

latinoamericana de acuerdo con el principio de no intervención y autodeterminación de los pueblos, la garantía universal e indivisible de los derechos humanos, la democratización de la sociedad internacional, el desarme nuclear, el equilibrio ecológico y los bienes jurídicos ambientales como patrimonio común e irrenunciable de la humanidad (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999).

En relación con la salud y la seguridad social, la CRBV señala a la salud como:

...un derecho social fundamental obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.” (artículo 83); “el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud,... integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad... Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica de las instituciones públicas de salud (Artículo 84).

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado... (Artículo 85).

Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo...La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección... Las cotizaciones... podrán ser administradas sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado...El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial (Artículo 86).

Esta Constitución se convirtió en el principal instrumento para combatir las políticas neoliberales y la construcción de una nueva sociedad basada en la garantía de los derechos sociales fundamentales por parte del Estado, de manera corresponsable con todos los sectores de la vida nacional, donde juegan un papel fundamental las comunidades organizadas.

Ahora bien resulta necesario resaltar, que con la entrada en vigencia de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, da un nuevo nacimiento de derechos y garantías consagradas en la misma pero de una manera muy particular la protección a la salud, y el mejoramiento de la calidad de vida del venezolano.

Se otorgó dos principios básicos como lo fueron Deberes y Derechos, que en lo particular sustituyen el viejo modelo de salud y modernizar la nueva era de acción y transformación, con el nuevo ordenamiento jurídico en Venezuela.

LA SALUD EN EL NUEVO SISTEMA SOCIAL VENEZOLANO

El proceso social y político venezolano actual se ha gestado a partir de múltiples movimientos sociales que históricamente lucharon para construir nuevos paradigmas en salud y a oponerse a la avanzada neoliberal. Durante las jornadas de participación popular en el marco de la Asamblea Nacional Constituyente, en 1999, se abrieron espacios de encuentro donde se democratizó la discusión sobre la salud como derecho y su expresión como producto de un conjunto de determinantes estructurales y condiciones que configuran la calidad de vida.

Se avanzó en la concepción de la salud como parte de una transformación general del modelo de país, en el cual sea posible la garantía real de todos los derechos sociales a través de la Democracia Participativa y de un nuevo modelo económico social, basado en la distribución equitativa de la riqueza. A partir de la Constitución de 1999 se trabaja en el desarrollo de un nuevo marco jurídico, Para el cual se ha propuesto la siguiente concepción de salud:

La salud se manifiesta como la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, siendo el resultado de condiciones materiales, psicológicas, culturales, determinantes sociales, ambientales y biológicas, y de la organización y funcionamiento del Sector Salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades

potenciales a lo largo de cada etapa de la vida. La salud se considera de relevancia pública, adquiriendo supremacía en todas las políticas nacionales y sobre cualquier acción que pueda contribuir a generar capacidades, medios y condiciones para garantizar su pleno ejercicio como derecho, sujetándose a la rectoría del Estado.

El Estado utilizará la atención primaria en salud como estrategia para garantizar el derecho a la salud, elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso universal y equitativo a condiciones, recursos y servicios de salud, respondiendo a las necesidades sociales de toda la población, según sus diferentes expresiones en grupos humanos, territorios y categorías sociales y acercando la atención en salud al lugar donde la gente vive y trabaja (Ministerio para el Poder Popular para la Salud 2006).

La estructuración del nuevo Sistema Público Nacional de Salud, está organizado en un sistema de redes de servicios de salud y niveles de atención, con una visión que confiere la rectoría y normativa al Ministerio del Poder Popular para la Salud, creándose un sistema único Público Nacional DE Salud capaz de cumplir con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, con calidad eficacia y eficiencia que finalmente permita brindar a la población Venezolana un servicio óptimo.

El nuevo Sistema Público Nacional de Salud se plantea de la siguiente manera:

BARRIÓ ADENTRO I

- Consultorios Populares
- Puntos de consulta y Clínicas Odontológicas
- Ópticas Populares

BARRIÓ ADENTRO II

- Centros Médicos de Diagnóstico Integral (C.D.I)
- Salas de Rehabilitación Integral (S.R.I)
- Centros Medios de Alta Tecnología (C.A.T)

BARRIÓ ADENTRO III

- Clínicas Populares
- Hospitales

BARRIÓ ADENTRO IV

- Centros de Investigación. Como ejemplo: El Hospital Cardiólogo Infantil

En Venezuela, en cierta medida la salud se manifiesta como la condición individual y colectiva, como norma fundamental la obligación del Estado de garantizar un desarrollo y respeto de su integridad, producto de las determinaciones sociales, ambientales, biológicas y mas aun del sistema de salud, que generen la plenitud de un sistema potencial para la calidad de cada etapa de la vida.

Está claro que la perspectiva de salud tal como lo prevé en la Constitución de 1948 la cual señala: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Esta definición sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud, siendo relevante por su carácter institucional, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, siendo el máximo organismo gubernamental a nivel mundial en materia de salud.

La OMS siendo un ente internacional genera elementos vinculantes con la relación de muchos Estados Nación de occidente, con la finalidad de que estos últimos tomen las medidas preventivas y generen políticas públicas sanitarias para el mejoramiento y calidad de vida de sus ciudadanos, pudiéndose así de manera coordinada evitar males mayores, y siendo este un Estado promotor de mejoras sociales.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

BASES TEÓRICAS

Políticas públicas de Salud en Venezuela

Antecedentes de la actuación del Estado venezolano en el Sector Salud.

El Estado venezolano inicia con mayor auge el planteamiento de la cuestión social en la década de los años 30 y 40, época en la que formula y ejecuta políticas sociales de una manera racional. En cuanto a la organización del sector salud, empezó por desarrollar prácticas dirigidas hacia el mejoramiento de las condiciones materiales de vida de los grupos sociales más necesitados de la población, se trataba de una política de carácter sectorial que dirigía sus efectos a lo inmediato sin el menor interés en transformar la estructura social, y que solo respondía a los acontecimientos.

A pesar de esta situación, las medidas que tomaba el Estado, con respecto a la salud, incluyeron también los campos de la educación en salud, saneamiento ambiental, capacitación de personal, Entre otras.

Estas políticas, necesitaron ser controladas mediante una organización y con determinadas técnicas.

Esta necesidad se materializó con la creación en 1936, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, organización sanitaria que fundamentó su gestión en desarrollar un modelo de gestión preventivo asistencial, logrando controlar las endemias y epidemias, lo que permitió “responder a las exigencias de la intervención del capital internacional que comienza la explotación petrolera” Capella (2004: 2).

En este contexto, el Estado venezolano se ve en la imperiosa necesidad de replantear un cambio en la formulación, diseño y ejecución de los programas sociales, en busca de la eficiencia y eficacia de sus funciones.

Sin embargo, se desarrollaron políticas sociales, con un marcado centralismo, lo que conllevó a que su aparato administrativo creciera a la sombra del protagonismo del poder nacional, sin contrapeso político institucional de los niveles sub-nacionales y locales, por lo que, en vista del decaimiento de ese poder y la necesidad de reformar al Estado para mantener su legitimidad, se propuso la descentralización, definida en oposición a la centralización, como el proceso que debe crear condiciones para la redistribución del poder y de los recursos, transferir competencias administrativas, crear interrelaciones gubernamentales, teniendo como objetivo principal la conformación de nuevos centros de poder que permitan mayor acceso a los ciudadanos con el fin de fortalecer la democracia.

Esta propuesta se produce en los años ochenta, década que es dominada en América Latina por el tema de la reforma del Estado. Son en definitiva, refiere Cunill (1997: 208), “la crisis fiscal, en un contexto internacional dominado por la dislocación de los mecanismos financieros y comerciales” y el proceso de globalización en ciernes los que revelan con toda intensidad el agotamiento y en particular convierten en crítico el modelo de intervención del Estado en la economía un modo al que, en todo caso, siempre le fue consustanciada la fragilidad. A esta situación es necesario sumar, para nuestro caso, que a finales de esa década y principios de los noventa en el sector salud, se incrementó la participación del sector privado, tanto en la prestación de los servicios de atención, como en su financiamiento.

En efecto, refiere (Capella 2004: 3), “se produce un rápido, pero silencioso proceso de privatización de la salud, disminuye progresivamente, la construcción de infraestructura pública de salud y crece vertiginosamente una amplia red de clínicas y consultorios privados”.

Se impone un modelo individual-curativo de alto consumo, se abandonan los programas preventivos, administración sin base de precisión económica, profunda dependencia tecnológica con altos costos y escasa accesibilidad, utilización de la estructura sanitaria como espacio clientelar-partidista, en consecuencia un espacio de corrupción administrativa.

La privatización del servicio de salud va tomando un ritmo adecuado a la agudización de la crisis que envuelve al sector y a la incapacidad del Estado para gerencia, ampliándose así el cobro de los servicios.

Esta modalidad de privatización, dirigida fundamentalmente a modificar y reducir las funciones sociales del Estado, además de incorporar el libre juego de la oferta y la demanda en los servicios de salud, anuncia un impacto significativo en la población; la cual ahora tendrá que pagar por servicios que por derecho le pertenecen, violando los principios de gratuidad y accesibilidad a este derecho.

Además de la ineficiencia en la prestación del servicio de salud se encuentra una larga lista de argumentos, que encabezan la falta de coherencia del Sistema Nacional de Salud, junto a su excesiva centralización, burocratización, carencia de líneas programáticas, ausencia de participación ciudadana. Martínez (1994: 108).

La descentralización de la salud busca, según expone el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1994), la transferencia de competencia de funciones y servicio hacia las gobernaciones de los Estados y además de impulsar la municipalización y parroquialización de los servicios, propiciando el establecimiento de Sistemas Locales de Salud que respeten las particularidades de cada región.

Lo cierto es que la política formal de salud del Estado Venezolano nació con la firme intención de desarrollar los principios de la atención primaria en salud; sin embargo, en la práctica dicha política fue

distorsionada en virtud de los modelos administrados y desarrollados por los gobiernos venezolanos, en los que tuvieron predominio los rasgos de tipo burocrático-populistas y tecnocráticos, situación que condujo al desarrollo de una política netamente medicalizada y curativa, en detrimento de la prevención, promoción y rehabilitación.

A partir del año 2003, el gobierno hace un esfuerzo por garantizar el derecho a la salud y el carácter gratuito del servicio, brindando de esta manera un sentido de seguridad, para que el ciudadano se sienta protegido y al mismo tiempo trata de frenar los intentos de la privatización que han ido cogiendo cuerpo en el contexto de la economía venezolana.

De tal manera que la salud se concibe como una política estratégica de seguridad de Estado que busca favorecer a la mayoría de la población.

La garantía del derecho a la salud es una tarea que tiene un fuerte impacto sobre las condiciones de vida en una sociedad, de tal forma que los Estados procuran elaborar adecuadas políticas públicas, de donde surgen lineamientos operativos para cumplir con esta función social.

La solidaridad en la política de salud del Estado, se orienta a garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios. Desarrolla nuevos modelos de gestión y financiamiento, que rompe el mercado centralismo existente y que permita a los establecimientos públicos la generación y manejo de recursos destinados a la prestación de servicios de salud. Esas nuevas modalidades de gestión van a permitir mayor

autonomía a los hospitales y ambulatorios para el incremento de su tiempo de funcionamiento y abren la posibilidad de recuperación de costos. Dicha recuperación se logra a través de la captación de ingresos provenientes del sector privado, del Estado y del propio usuario, garantizando el libre acceso a la población que no dispone de recursos.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

En 1999, el Ministerio de Salud se planteó como prioridad la reestructuración del nivel central a través de la aplicación de un modelo de atención integral a la población y la creación del Sistema Público Nacional de Salud. Entre los objetivos más resaltantes del modelo, destaca la especial importancia que se le confiere a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la participación de comunidades organizadas, así como el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención (Rincón y Rodríguez, 2004). En la nueva estructura del Ministerio de Salud, los principios de la APS constituyen las bases que sustentan el Modelo de Atención Integral (MAI) en el ámbito de los servicios.

Este modelo promueve la organización de los servicios en función de las necesidades de las personas, las familias y la comunidad. Supera la atención fragmentada y reduce las oportunidades perdidas para el cuidado de la salud brindando todas las acciones de salud posibles en el momento oportuno, según la capacidad resolutive del establecimiento y

con enfoque de ciclo de vida y de género. A la consulta clínica diaria se le incorporaron las consultas preventivas de promoción y prevención en tres grandes actividades: atención integral al niño, niña y adolescente; atención integral a la mujer y atención integral al adulto y adulto mayor.

Toda persona que acuda a la red ambulatoria de cualquier edad, sexo u hora, debe recibir los servicios preventivos que requiera, aunque no los esté solicitando (Feo, 2003)

La organización no gubernamental Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA), en su informe anual 2000 –2001, identifica como positivo el nuevo marco constitucional en salud, el discurso estatal y la implementación de políticas que rescatan el enfoque integral de salud; destaca igualmente que en este período el aumento de la cobertura de los servicios de atención médica y la eliminación progresiva del cobro directo a los pacientes por los servicios de salud mejoró la accesibilidad. En 16 estados se inició la aplicación del modelo de atención integral, tomándose al Estado Aragua como modelo piloto, donde se evidenció un incremento de las actividades preventivas y una disminución de las consultas de emergencia en los centros de mayor complejidad (PROVEA, 2001).

PLAN ESTRATÉGICO SOCIAL (PES)

El Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud (PES) es un instrumento de planificación política, creado para desarrollar capacidad

de conducción estratégica y viabilización de cambios sustantivos en las condiciones de calidad de vida de la población venezolana.

En este plan se establecen los principios orientadores para cumplir en la práctica con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud con universalidad, equidad, participación popular, solidaridad y gratuidad.

Con este propósito se producen las directrices para una estrategia de promoción de calidad de vida y salud, éntrelos cuales puedo mencionar (Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2003):

- Orientar la función de las políticas públicas hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud.

- Adoptar la estrategia de promoción de calidad de vida y salud que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades.

- Reorientar el modo de atención mediante la estructuración de repuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas conformadas en redes públicas de calidad de vida y salud en los ámbitos nacional, estatal y municipal.

- Construir una nueva institucionalidad pública con capacidad rectora, conducción y liderazgo dentro de una estructura intergubernamental, descentralizada y participativa, comprometida con la transformación de los patrones de calidad de vida y salud.

Con el PES se establece el marco filosófico y político requerido para desarrollar los lineamientos generales del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001 – 2007 en su eje de equilibrio social. Además, se constituyó en una herramienta fundamental para la construcción de la nueva legislación en salud y el sistema público nacional de salud (OPS, 2002).

LA DESCENTRALIZACION DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

La Descentralización de las Políticas Públicas de Salud en Venezuela, se han diseñado y ejecutado bajo una concepción restringida de la salud, porque ésta ha sido asumida solamente como ausencia de enfermedad, prevaleciendo la práctica médico-asistencial curativa frente a la preventiva, lo que ha contribuido a fortalecer el modelo médico hegemónico, por lo que el sistema de salud termina siendo altamente jerárquico, burocratizado y medicalizado; en cuya planificación prevalece una tendencia centralista, que impide al Ministerio de Salud, asistir y gerenciar adecuadamente los requerimientos en términos de infraestructura, equipamiento, suministros médicos-quirúrgicos y recursos humanos, que demandan los centros de salud.

Por tanto, la descentralización de los servicios de salud estaba plenamente justificada como una estrategia que permitiría sacar de la crisis a los servicios de salud, y posibilitaría, adicionalmente, a los

gobiernos regionales influir, organizar, controlar, evaluar y administrar los recursos destinados para este sector, y así poder cumplir con las metas establecidas.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO IV

REFORMA DEL ESTADO: LA DESCENTRALIZACIÓN, LA PARTICIPACIÓN Y LA DEMOCRATIZACIÓN EN SALUD.

Para superar la situación de crisis del sector público salud que se evidenció a finales de la década de los 80 y que se agudizó durante los 90, se ha registrado la implantación de modelos de gestión cuyos ejes articuladores se apoyan en la democratización en salud y se fundamentan discursivamente en el carácter preventivo de la misma, con el propósito de superar los escollos del modelo médico vigente y la medicalización, su falta de articulación, burocratización y los residuos del modelo centralista-populista.

El proceso de reforma del sector salud que se inició, inscrito en el macro-proceso de reforma general del Estado venezolano, contempló como estrategias alternativas los procesos de descentralización, participación y democratización en salud, apoyados en la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público de 1989, introduciendo nuevos elementos y actores que condicionan el funcionamiento que actualmente tienen las instituciones médico-asistenciales.

La implantación de la descentralización en salud, fue entonces concebida para lograr incrementar la eficacia y eficiencia en el funcionamiento de los servicios públicos de salud, en el marco del proceso de reforma del Estado, con el propósito de mejorar la

administración y control de los recursos en las entidades federales, para lograr una ampliación de la red asistencial ambulatoria, un conocimiento más próximo de las realidades regionales de salud y un manejo y distribución adecuada de los recursos con relación a las necesidades regionales.

Al respecto, en Venezuela, la COPRE establece que “la:

“Descentralización debe ser entendida, básicamente, como un proceso político con expresión territorial e institucional. Significa una redistribución territorial del poder...remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, y ser un poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia” (COPRE, 1988:60).

En este contexto, la descentralización emerge no sólo como una condición para profundizar la democratización y como parte de una estrategia para enfrentar la crisis económica, sino como la forma de organización más adecuada para implantar y desarrollar un nuevo paradigma que se apoye en la complementariedad entre los sectores social, público y privado (Finot, 2001).

Sin embargo, el proceso se ha visto afectado por las reales condiciones en que actúan los actores involucrados, entre los que se ha establecido una lucha por el control de los espacios de poder y por la defensa de los intereses particulares, entre otras razones.

Ahora bien, aunado a ello, la necesidad de transformar y descentralizar al Estado ha convertido la participación en un eje fundamental de las prácticas descentralizadoras. “La participación se asocia a un proceso de profundización democrática y a una estrategia de modificación de las relaciones de poder que el Estado centralizado se mostró incapaz de alcanzar en su trayectoria histórica” (Rofman, 1996:12).

Por ello, la Participación Social es hoy uno de los desafíos más importantes en la gestión pública de salud en Venezuela, porque la crisis exige la implantación de modelos de gestión en salud que no solamente busquen liberar al Estado del compromiso y la responsabilidad de atender las necesidades de salud de la población mediante la descentralización, sino que además estén dirigidos a la democratización de los procesos de gestión que propicien la participación social en todos sus niveles (Rodríguez y Pérez, 1996).

Así, la participación social debe registrarse en un escenario global, vinculada al proceso político; donde las decisiones que tienen que ver con la implantación de políticas, programas y proyectos, van dirigidas a grandes sectores de la población; y por tanto, su radio de acción no queda circunscrito a un pequeño segmento de la sociedad.

Se contribuiría además con la democratización de la salud, la cual se apoyaría en el complejo institucional del Estado, que debe estimular diversos géneros y formas de asociación, de manera tal que se puedan

articular los derechos del individuo con la posibilidad de realización de los mismos. “

El desarrollo democrático de las relaciones entre la sociedad y el Estado significa -esencialmente- presencia y participación social, no sólo crecientes sino también genuinas en el ejercicio y en la finalidad del poder político” (Carrera, 1988:50).

Sin embargo, a pesar del avance obtenido por el proceso de descentralización, se identifican muchas dificultades asociadas con la implantación de nuevos modelos de gestión, ya que algunos de ellos han sido poco permeables a la participación, porque no se han desarrollado suficientes mecanismos que faciliten la incorporación de los ciudadanos y grupos organizados en la gestión, debido, entre otras razones, a que los valores políticos y culturales relacionados con la participación no han sido los prevalecientes en la cultura política del venezolano.

Al respecto, Ríos (200) plantea que:

“”el discurso político moderno, que ha intentado abonar el terreno para un cambio estructural de la democracia venezolana basado en el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil dentro de los procesos de toma de decisión y en la redefinición del rol del Estado, todavía no parece haber conseguido eco en las mayorías del país, donde aún prevalecen intactos algunos de los valores propios del paternalismo estatal”” (Ríos, 1995:14).

Aun así, se puede dar cuenta de todo un conjunto de procesos y acciones ejecutadas en función de la transformación del Estado venezolano y de la redefinición de espacios, actores y valores para el ejercicio de la democracia y para la administración de la salud en Venezuela; por lo que hay que considerar la presencia de algunos nuevos modelos de gestión en salud, como alternativas válidas para enfrentar los problemas existentes en los establecimientos que prestan los servicios, a la luz de un enfoque sociológico que permita identificar las variables involucradas, con el fin de contribuir al conocimiento y comprensión de estas nuevas expresiones para determinar si son cónsonas con las exigencias que plantea la modernización del país.

www.bdigital.ula.ve

GESTIÓN GUBERNAMENTAL, DESARROLLO LOCAL Y NUEVOS ACTORES EN SALUD

En la década de los 90 se evidenció con fuerza en Venezuela, la necesidad de buscar y desarrollar mecanismos que posibilitaran e incrementaran el mejoramiento de la capacidad para gerenciar los servicios públicos, entre ellos los de salud, por estar sometidos a las exigencias que plantean los procesos modernizadores y de cambio político-administrativo y de redistribución de funciones en la burocracia gubernamental.

En este sentido, las herramientas tradicionales desarrolladas, en el marco de la gestión gubernamental, no contemplaban la interconexión

entre estos procesos, que han generado nuevos fenómenos a nivel de la gestión pública; porque asistimos a un gran proceso de transformación, no sólo de la actividad humana, sino también del funcionamiento de los sistemas de relaciones de poder (Crosier, 1997:9).

Al respecto, Dror (1997), plantea que:

“aunque los gobiernos no son los principales impulsores del cambio social, ni son capaces por sí solos de producir los adelantos deseados, desempeñan un papel clave en la orientación y en la macro-gestión que demandan las transformaciones sociales, políticas y de gestión, incluyendo la movilización y el estímulo para que los múltiples actores que se desenvuelven en la escena social y política cumplan con los roles que hacen falta para lograr dichas transformaciones.
(PG.85)

Se identifica, en este contexto, el escenario local como el espacio idóneo para el ejercicio democrático, asumiendo el desarrollo local como el proceso que parte de la realidad existente para transformarla, atendiendo a principios de solidaridad y de sostenibilidad tanto en lo político como en lo económico, ambiental, social y cultural, concepción que confiere al poder local el papel fundamental en la acción de desarrollo del Estado, imponiéndoles a las municipalidades como misión: Impulsar el desarrollo local con la participación activa, auténtica y consciente de la población (Jiménez, 2001: 6/7).

En este orden de ideas, el Estado venezolano, dentro de su proceso de reforma, contempló la modernización de la administración pública, al

punto de crearse en los niveles regionales las Comisionadurías para la Modernización de las gobernaciones, desde donde se planificarían y ejecutarían las acciones encaminadas a implantar nuevos procedimientos y mecanismos para la transformación de las instancias gubernamentales.

Aunado a ello, diferentes reformas jurídicas avalan los procesos identificados, registradas tales reformas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, sancionada en 1999, que establece una reformulación significativa del Régimen Municipal, al incorporar como elemento fundamental la participación ciudadana, la cual estaba limitada en la Constitución anterior de 1961 al derecho al sufragio como mecanismo por excelencia de la democracia representativa (Barrios, 2001: 21).

La nueva Constitución establece entonces “...que todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho a participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes...un cambio fundamental con respecto a la Constitución del 61...este derecho llevado al terreno municipal, implica la incorporación de la participación ciudadana al proceso de definición y ejecución de la gestión pública y el control y evaluación de sus resultados, en forma efectiva y oportuna...hacer del municipio el motor fundamental de la ordenación y promoción del desarrollo económico y social local, de la dotación y prestación de los servicios públicos...” (Herrera, 2006: 41).

MODELOS DE GESTIÓN EN SALUD EN LA DÉCADA DE LOS

90

En Venezuela, desde mediados del año 1999, se generan varios Decretos, entre los que vale la pena destacar el N° 119, mediante el cual se establecen las bases para la organización, funcionamiento, administración y control de los servicios de salud y de los establecimientos que los conforman. Dicho Reglamento es el marco normativo más general donde se pauta, entre otras cosas, el funcionamiento de las instancias de gestión local de salud. Cuando entra en vigencia este Decreto, se inicia la estrategia para dar cabida a lo que podría concebirse desde el punto de vista oficial como participación social de salud en la gestión local.

Ahora bien, dentro de los nuevos modelos de gestión en salud, que se registran en Venezuela durante la década de los 90, se destacan las juntas socio sanitarias y socio hospitalarias, los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los Municipios hacia la salud, las Fundaciones y las Microempresas, entre otros.

Las Juntas Socio-sanitarias y Socio-hospitalarias: Las Juntas Socio-hospitalarias y Socio-sanitarias surgen como instancia de participación para la gestión en salud, ya que representan el mecanismo de organización participativa institucional correspondiente al primer nivel de atención. De acuerdo a los Reglamentos oficiales, las Juntas Socio-sanitarias tiene como objetivo promover la participación del equipo de

salud y de la comunidad organizada residente en el área geográfica de ubicación del establecimiento de salud, con la finalidad de efectuar los estudios necesarios y aportar las soluciones a los problemas sanitarios, de acuerdo a lo planteado por el Reglamento Interno para el funcionamiento de las Instituciones Locales de Gestión Comunal de 1993, del Sistema Regional de Salud.

Al respecto, se puede evidenciar que para la década del 90, los resultados sobre el proceso de participación en salud han sido bastante tímidos.

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS): Para darle respuesta al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), en Venezuela, se busca incorporar la táctica SILOS con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde recién iniciada la década de los 90, cuando el MSDS como órgano rector de las políticas de salud asumió con carácter prioritario la Resolución No. G-414 del 30/04/90, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución XV, aprobada por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS celebrada en Washington, D.C., en septiembre de 1988; donde se insta a los gobiernos miembros a desarrollar actividades dirigidas al Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS, como base fundamental para la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.

Para la implantación y desarrollo de la táctica operacional SILOS, se requiere conquistar ciertos objetivos, entre los cuales destacan: la

sectorización, el sistema de información, la descentralización, la intersectorialidad y la participación social. El modelo SILOS busca implantarse en Venezuela, casi simultáneo al proceso de descentralización en el país, lo que permite la creación de varios SILOS, en los primeros años de la década del 90, llevados a cabo en forma lenta y enfrentando diversos obstáculos, por la incidencia de los factores políticos en el proceso de toma de decisiones; sobre todo por la limitada competencia en materia de salud otorgadas a las municipalidades.

Los Municipios Saludables: Los Municipios hacia la salud, constituyen otra modalidad de gestión en salud. En 1999 se inicia en Venezuela la ejecución del proyecto “Municipios hacia la salud”, que no es más que la adaptación del proyecto Ciudades sanas” que se realiza en Europa desde 1986, colocándose la salud en un nivel elevado en la agenda política de los gobiernos locales y de las comunidades. El proyecto ha establecido alianzas políticas, administrativas y técnicas para la salud y buenas bases para la acción de cambio e innovación, mediante el desarrollo conceptual que se realiza con el apoyo técnico de la OPS.

El municipio asume el rol de gestor de los recursos destinados a la ejecución de los planes y programas elaborados por la comunidad, como proyectos a ser realizados para la prevención, mantenimiento y consolidación de su salud; desarrollándose una metodología que tiene como pilar fundamental la participación social en la cogestión de la salud, entendida como la acción de actores con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades,

y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La metodología establecida está sustentada en la promoción de la salud y en la programación local participativa.

En la actualidad, desde el año 2000; y las nuevas políticas de gobierno en cuanto a salud se refiere ha implementado en sus zonas aledañas, y centrales; nuevas políticas y programas de salud pública, como Berrio adentro, ambulatorios, hospitales, centros de atención a los ciudadanos, entre otros; que aunado a las necesidades y a la gran demanda de pacientes, no son suficientes para atenderlos, se necesita de políticas de salud más viables, como construcción de hospitales en cada comunidad con todas las maquinarias necesarias, en caso de emergencias.

www.bdigital.ula.ve

ESTRUCTURA DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD

Según la normativa del Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Desarrollo Social, el Sistema Público Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas que prestan servicios de salud, reguladas todas, incluyendo las del sector privado, por el ministerio. Está conformado por un conjunto de servicios y establecimientos de salud, organizados en redes que corresponden a diferentes niveles de atención y escalones de complejidad. Se reconocen dos tipos de redes de establecimientos de salud: La red municipal de

salud conformada por uno o varios establecimientos de primer nivel y por un establecimiento de referencia de mayor complejidad. Para su conformación puede recurrirse a la mancomunidad de municipios. Y la red regional de salud, conformada por redes municipales y por los establecimientos de tercer nivel de complejidad, ubicados en las ciudades capitales de estado. Es responsable de su organización el director de Drspns (Dirección Regional del Sistema Público Nacional de Salud).

Aclara la normativa que el Ministerio de Salud y desarrollo Social favorecerá la acreditación de los proveedores de medicina tradicional para su incorporación y coordinación en las redes de salud.

La nueva estructura, que aún no tiene vigencia, define ámbitos de gestión a escala nacional, regional, municipal y local. A nivel nacional, se ubica el Ministerio del Poder Popular para Salud y Desarrollo Social, que se constituye en el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional. En las regiones, la estructura a aprobarse definitivamente con la nueva ley de salud, contempla la Dirección Regional del Sistema, encargada de articular políticas nacionales y la gestión municipal, coordinar la gestión de servicios de salud en el estado. Vincula la gestión regional las decisiones tomadas en asambleas de ciudadanos y ciudadanas, canalizadas a través de los Consejos Locales de Planificación Pública y desde éstos a través del Consejo de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas. Asimismo, se contempla la Dirección Municipal del Sistema Público Nacional de Salud, responsable de la

gestión compartida con la comunidad organizada a través del establecimiento de los Comités de Salud y es responsable de la administración de las Cuentas Municipales de Salud. Se encarga de vincular a la gestión municipal de salud, las decisiones sobre salud tomadas en asambleas de ciudadano y ciudadanas y a través de los Consejos Locales de Planificación Pública. Finalmente, los Comités de Salud, que constituyen la estructura social de base comunitaria, encargada de asumir la gestión compartida de participación ciudadana en salud en el marco de sus competencias y de acuerdo con el marco legal en vigencia. En la organización y funcionamiento de la red de atención de salud del Sistema Público Nacional de Salud se ratifica la estrategia atención primaria de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud incorporándose en la red de atención de salud nacional las denominaciones: consultorios populares, clínicas populares y hospitales del pueblo. Se contemplan tres niveles de atención:

Primer Nivel: corresponde a modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción de calidad de vida, salud y prevención de la enfermedad, la consulta ambulatoria y de referencia a niveles de atención en salud de mayor complejidad. Este nivel de atención está conformado por los Consultorios Populares y brigadas móviles de salud, constituyéndose en la puerta de entrada al sistema. Como unidades de apoyo a este nivel se encuentran los Centros de Diagnóstico Integral y los Centros de Rehabilitación Integral.

Segundo Nivel: corresponde a las modalidades que requiere atención ambulatoria de mayor complejidad y a la hospitalización de observación en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente, traumatología. Las unidades operativas de este nivel son las Clínicas Populares. Como unidades de apoyo se encuentran los Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología (CAT).

Tercer Nivel: corresponde a la consulta ambulatoria de especialidades y supra especialidades, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los Hospitales del Pueblo.

Se contempla la formación de Redes Sociales de Salud constituidas por las correspondientes Organizaciones Territoriales de Base y los Comités de Salud en el ámbito urbano y rural, de acuerdo con sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias, reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas, indígenas y originarias y de los niños, niñas y adolescentes.

MODELO DE SALUD DE GESTION EN EL SIGLO XXI

LA ATENCIÓN REAL, ACIERTOS Y RESISTENCIAS

BARRIO ADENTRO POR DENTRO

Misión Barrio Adentro es un programa social promovido por el presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez con ayuda del gobierno de Cuba, que se caracteriza en la utilización de médicos cubanos y venezolanos, para ofrecer servicios de salud a la población venezolana en las zonas pobres del país (llamados, barrios), en ambulatorios pequeños construidos y dotados de insumos médicos en zonas inaccesibles y que quedan lejos de los hospitales. El gobierno anunció la aplicación del **Barrio Adentro II**, que consiste en ampliar los servicios médicos, con la construcción de ambulatorios más grandes, mientras que en 2005 se creó **Barrio Adentro III** que consiste en la construcción de 600 Centros Diagnósticos integrales y 600 Salas de Rehabilitación integral, en el 2006 se inicia **Barrio Adentro IV** con la inauguración de centros especializados como el Hospital Cardiológico Infantil en Caracas.

La difícil situación que atravesó la población venezolana entre 2001-2002 perfiló una nueva manera de asumir la política en las comunidades y su relación con el Estado. Las organizaciones populares mostraron un nivel creciente de autonomía y articulación para la acción política.

En febrero de 2003, la Alcaldía de Caracas contactó a la Embajada de Cuba en Venezuela para solicitar la colaboración de la Misión Médica Cubana. En abril de ese año llegaron los primeros médicos de la Brigada Cubana de Salud, con quienes se planificó y dio inicio al Plan Barrio Adentro en un conjunto de barrios del Municipio Libertador del Distrito Metropolitano. Los médicos y médicas fueron alojados en las viviendas de familias que se ofrecieron voluntariamente para recibirlos y se instalaron y equiparon consultorios en espacios diversos de la comunidad, la mayoría en casas de familia. La llegada de estos médico, así como sus acciones en las comunidades, fueron posibles por la presencia de diferentes formas de organización existentes en las mismas, como, por ejemplo, los Comités de Tierra Urbana (Alayón, 2005).

Entrevistas e investigaciones de campo muestran cómo fue la vivencia para las comunidades; primer, cierta incredulidad ante la posibilidad de contar realmente con atención médica gratuita y tan cerca de sus casas, y también la alegría, el entusiasmo de disponer de una atención a la que antes no se tenía acceso. La presencia de los médicos, así como de otros profesionales que fueron llegando a los barrios con la Misión Barrio Adentro, como odontólogos, optometristas, entrenadores deportivos, generaron en las comunidades una creciente movilización y organización, que produjo el nacimiento de nuevas Misiones. La Misión Barrio Adentro y la presión desde las comunidades hacia las instituciones de gobierno local y nacional, generaron nuevos mecanismos de articulación interinstitucional (OPS, 2006; Ubieta, 2006 y Alayón, 2005).

En diciembre de 2003 el Plan Barrio Adentro se extendió a todo el territorio nacional, mediante decreto presidencial que lo estableció como misión social permanente.

La Misión Barrio Adentro tendrá como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas (Decreto Presidencial de creación de la Misión Barrio Adentro, 2004).

Para el año 2006, la Misión Barrio Adentro llegó a 8,686 puntos de consulta para el cuidado médico primario (Ministerio de Salud, 2006) que progresivamente comenzaron a trasladarse a estructuras construidas en las comunidades para funcionar como consultorios populares.

En la medida en que la Misión Barrio Adentro fue llegando a las comunidades, la metodología de trabajo de las médicas y médicos cubanos, que incluye los censos comunitarios, el diagnóstico de riesgos y problemas de salud y las visitas domiciliarias, permitió poner en evidencia una enorme deuda social acumulada que dio origen a nuevas estrategias de respuesta y a nuevas misiones.

Así fue, por ejemplo, con las Casas de Alimentación, que es un programa de la Misión Alimentación destinado a garantizar al menos dos comidas diarias a la población más vulnerable (niños, ancianos y mujeres embarazadas en situación de extrema pobreza).

Estas casas funcionan en viviendas dentro del barrio, dotadas con equipos y suministro de alimentos para atender a 150 personas diariamente, y son manejadas por la propia comunidad. Igualmente, la Misión Robinson nació una vez que se detectó el analfabetismo y a través de ésta se conoció la deuda social de atención oftalmológica, misma que dio origen a la Misión Milagro.

Esta red primaria de atención incluyó la entrega gratuita de 106 medicamentos esenciales, que cubren las necesidades a ese nivel. Por otra parte, se identificó la necesidad de fortalecer la capacidad resolutive y se concibió Barrio Adentro II con la construcción y dotación tecnológica de Centros de Diagnóstico Integral (CDI) y Centros de Alta Tecnología (CAT). Otra deuda social acumulada atendida a través de Barrio Adentro es la rehabilitación para personas con discapacidad, mediante la creación de las Salas de Rehabilitación Integral (SRI).

La Misión Barrio Adentro se configuró en redes a partir de la ampliación progresiva de las capacidades de dar respuesta y solución a las necesidades reales de las comunidades, interrelacionada con el resto de las misiones sociales. Las misiones sociales son estrategia supra sectorial que cuentan con recursos financieros extraordinarios

provenientes de la renta petrolera, lo cual es posible después de la recuperación de la estatal petrolera, a partir de 1999. En las misiones participan las instituciones de todos los niveles del Estado, de manera articulada, y tienen como objetivo acelerar la inclusión social y garantizar los derechos humanos universales contenidos en la CRBV en: salud, educación alimentación, tierra, vivienda y trabajo.

Constituyen una política social que se diferencia radicalmente de las políticas de focalización asistencialistas, ya que avanzan hacia un cambio estructural. Facilitan un nuevo tejido social, una nueva institucionalidad de Estado y tienen como propósito actuar sobre los determinantes sociales de la calidad de vida. Cada una de las misiones sociales funciona bajo la coordinación de una Comisión Nacional, que preside el Ministro del área respectiva.

Hasta el presente, junto con Barrio Adentro, se han consolidado: Misión Robinsón I y II (alfabetización y educación primaria), Misión Ribas (educación secundaria) y Misión Sucre (educación universitaria), Misión Identidad (registro de nacimientos y de identificación), Misión Negra Hipólita (atención a niños y adultos en situación de calle), Misión Piar (atención a comunidades mineras), Misión Mercal (creación de circuitos de comercialización de alimentos subvencionados), Misión Che Guevara (formación para el trabajo y empleo), Misión Milagro (atención a personas con enfermedades visuales), Misión Hábitat y Vivienda (atención a familias sin vivienda), Misión Guaicaipuro (atención a los

pueblos indígenas), Misión Cultura (acceso a la expresión y divulgación cultural), Misión Ciencia (acceso a la producción y uso del conocimiento y la tecnología) y Misión Zamora (tenencia de la tierra, financiamiento y recursos para la producción). Los nombres de las misiones corresponden a personajes y hechos de la historia y cultura de Venezuela (Ministerio del Poder Popular para la Información y Comunicación, 2007).

MISIÓN BARRIO ADENTRO, 2003-2011

En el año 2003 aparece la Misión Barrio Adentro (MBA), como producto de un agudo conflicto político e institucional que abrió un nuevo escenario en el que el gobierno decidió, después que el Presidente Chávez ganara el referendo revocatorio de 2004 y las elecciones de 2006, desviarse de la Constitución de 1999. La MBA nació como parte de un mecanismo político-electoral con la ayuda de Cuba, a través de un Convenio de Cooperación firmado con ese país el año 2000. El uso de las misiones como recurso electoral fue descrito por el mismo Presidente en Reunión de Alto Nivel de Gobierno en noviembre de 2004 y sirvió para fijar nuevos objetivos estratégicos desde un concepto de Estado centralista, cívico-militar y popular, como medio de consolidación del poder frente a los “adversarios”.

La MBA tuvo una rápida expansión y se ofreció inicialmente como modalidad de Atención Primaria de Salud (APS). En apenas dos años se instalaron más de 14.000 médicos de nacionalidad cubana en casas de familia de sectores populares urbanos, traídos al país y coordinados por

el gobierno de Cuba a través de la Misión Médica Cubana. Su instalación fue posible por el apoyo de las comunidades, más de 50.000 efectivos de las Fuerzas Armadas y el apoyo financiero y técnico de Petróleos de Venezuela (PDVSA). No obstante, a partir de 2005 la MBA comenzó a declinar llegando a menos del 10% de la población debido a: el retiro de unos 4.500 médicos cubanos de los “consultorios populares” que representaban más del 80% de los puestos de salud instalados y cuyas condiciones de improvisación dejaron de ser sostenibles; el incumplimiento en más de un 60% de las metas de construcción y dotación de módulos de servicio donde se instalarían estos médicos; y la decisión de abrir una nueva modalidad de centros para un alcance poblacional menor (los Centros de Diagnóstico Integral, CDI) con personal médico y equipos de procedencia cubana.

La declinación de la MBA fue admitida por el gobierno en el año 2009, cuando el Presidente de la República manifestó en el Aló Presidente N° 341: “...Detectamos 2.000 módulos de Barrio Adentro abandonados; sin médicos...” y más específicamente, en Venezolana de Televisión (VTV), declaró que habían 2.149 abandonados, 1.199 funcionando a medio turno y sólo 950 con médicos permanentes. Señaló también que estas cifras provenían de la propia Misión médica

Cubana; y que se iniciaría una etapa de “reimpulso de la Misión”. Esto significa un 50% de módulo inoperativos, sobre la base de 4.298 módulos de Barrio Adentro I (suma de los indicados en la misma fuente),

y una reducción de actividad en el 27,8% de los módulos restantes a “medio turno”. Las razones de este acelerado declive fueron:

1. El haber surgido –al igual que todas las misiones- de un profundo cuestionamiento y rechazo al orden institucional establecido, razón por la cual adoptaron un modelo operativo no institucionalizado y, de hecho, renuente a la institucionalización, es decir, a ser regido por decisiones de las autoridades competentes, a ser incorporadas a los planes y políticas públicas en curso, y a ser sometidos a la regulación supervisión de los órganos contralores.

2. El configurarse como un modelo de inclusión social sujeto a la adhesión de la población a los fines parcializados del proyecto político de gobierno, usando para ello constantemente un esquema de polarización. Las misiones adoptaron la forma de un “emblema” de la gestión de gobierno, donde el reconocimiento de los “excluidos” se hacía como consecuencia de la negación de la que fueron objeto por parte de “otros”, siendo éstos todos aquellos que en algún momento se convirtieran en críticos o adversarios del proyecto de gobierno.

3. La ausencia de un modelo institucional de gestión y de práctica en salud probado. En el 2004, la Defensoría del Pueblo señalaba que los médicos cubanos debían ser formados por especialistas venezolanos en terapéutica y que era necesario aumentar el personal médico venezolano en los puestos de salud. A partir del 2005, comenzó el reclutamiento de jóvenes venezolanos para formarse en la carrera de medicina integral

comunitaria (MIC) bajo la tutoría de los cubanos. Pero, hasta el presente, la práctica médica de estos profesionales no ha sido certificada por autoridades académicas nacionales ni es objeto de regulación por parte del Ministerio de salud.

De esta forma, seis años después de su inicio, el gobierno hubo de reconocer el fracaso de la MBA, sobre todo en lo relacionado con la APS que se supone era desarrollada por el nivel I de la MBA y que, como toda forma de APS, hacía énfasis en la prevención y estaba enfocada, en gran medida hacia la salud de la madre y del niño. Las evidencias muestran que después de doce años de ser creada la MBA, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) no ha descendido en respuesta a la inversión realizada y la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) ha aumentado alcanzando niveles similares a los de 1989.

Para el año 2006, con la reelección del Presidente Chávez, se pone en práctica la intención de crear un nuevo modelo de “Estado Comunal”, en el marco de una sociedad que ya no será democrática y republicana—como lo dicta la Constitución de 1999— sino revolucionaria y socialista. Esta intención se concretó en el Proyecto Nacional Simón Bolívar o “Los 5 motores” —programa de gobierno del Presidente Chávez— usado para proponer otra Constitución —que fue rechazada en referendo de 2007— y en la cual se establecía el concepto de Poder Popular, entendido como una forma de soberanía del Estado en la que el pueblo y la sociedad organizada no es autónoma, sino que ejecuta sus directrices provenientes de un sistema de gobierno de planificación centralizada.

Con base en este concepto, en el artículo 141 de la Propuesta de Reforma Constitucional, las misiones se definieron como: “organizaciones de variada naturaleza, creadas para atender a la satisfacción de las más sentidas y urgentes necesidades de la población, cuya prestación exige de la aplicación de sistemas excepcionales, e incluso experimentales, los cuales serán establecidos por el Poder Ejecutivo mediante reglamentos organizativos y funcionales” , sin estar sometidas a los controles de la constitución ni las leyes, como si la burocracia tradicional.

A pesar de que la Reforma Constitucional fue rechazada, en el 2008 se reformó la Ley de la Administración Pública, en cuyo artículo 131 se estableció que las misiones son potestad del Presidente y serán decretadas por éste cuando las circunstancias lo ameriten, bajo la ejecución de órganos o entes públicos, conforme a la planificación centralizada.

A partir de entonces, el gobierno inició una política de centralización de la administración pública mediante la promulgación de decretos-ley por facultad habilitante. En este proceso de centralización, el gobierno revirtió inconstitucionalmente competencias estatales en materia de salud de estados gobernados por sectores de oposición: Distrito Metropolitano y Miranda-, además de transformar todos los ministerios en órganos del Poder Popular –que transformó al de salud en Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)- y crear 6 Vicepresidencias Ejecutivas con la finalidad de convertir la conducción del Ejecutivo en un

“ente político y no meramente administrativo para luchar contra la burocracia y los retardos administrativos”. El efecto de la recentralización, como bien lo señaló el MPPS en su Memoria y Cuenta de 2009, generó fuertes obstáculos financieros para cumplir con las obligaciones y los compromisos de pagos contractuales.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO V

GLOBALIZACIÓN, SOCIEDAD DE RIESGOS Y SALUD PÚBLICA

En los últimos años el término globalización ha pasado a formar parte del discurso cotidiano en todos los ámbitos: político, económico y social. “Es un tema significativo de la vida contemporánea y de la teoría social emergente” (Universidad de Antioquia, 2005).

El diccionario nos da una acepción fundamentalmente económica, sobre el significado de globalización, estableciendo que es la tendencia de los mercados y de las empresas a extenderse, alcanzando una dimensión mundial que sobrepasa las fronteras nacionales (Diccionario de la Real Academia Española, 2008).

Franco (2006) destaca dos versiones diferentes de la globalización, una desde el enfoque del sistema-mundo y de otros autores, la cual está dada por la sucesiva expansión del sistema capitalista desde la época del descubrimiento y la otra corresponde a la revolución tecnológica y electrónica actual, en la cual los actores sociales, culturales y políticos y no solo los económicos, se ven atrapados por complejas redes en los mercados financieros y en los medios de comunicación de INTERNET. En ésta lo político, queda subordinado a lo económico y al interés

universalista de las fuerzas económicas y del capital financiero internacional.

Por otro lado, Monsalve citado por Franco (2006), señala que son variadas las interpretaciones de la globalización en una sociedad capitalista. Se la entiende como una mega cognición, como el planetarismo, como totalidad (comprensión), consistente en superar marcos locales y regionales; para otros, el mundo está inmerso en nuestra casa, en nuestra privacidad, las distancias se acortan dramáticamente, el tiempo se concentra y vivimos en directo acontecimientos lejanos; algunos la consideran como un conjunto de interacciones económicas, políticas, culturales y valorativas a nivel planetario o un conjunto de procesos, conocimientos y valores particulares que se universalizan y de universalismos que se localizan y por último otros la interpretan como conjunto de sociedades interrelacionadas, cruzadas de conflictos y problemas transnacionales.

Franco (2006) resume las siguientes expresiones de la globalización: expansión de la economía de mercado, desmonte y crisis del Estado de bienestar, origen de grandes bloques económicos y políticos en el mundo, pauperización y marginación de los Estados periféricos (ajuste estructural), pérdida de soberanía de los Estados, expansión del concepto de “democracia norteamericana” en el mundo y la globalización de valores e ideologización.

Para Echeverri (2006) la globalización entendida como proceso de interdependencia y conexión del mundo no es nueva, ya que desde el siglo XVI, las guerras, los viajes, las migraciones, el comercio, el desarrollo del capitalismo y la difusión de conocimientos han cumplido ese papel; lo que se considera novedoso son los desiguales procesos de integración y dependencia, con la pérdida de poder de las economías nacionales frente al mercado, a las entidades de calificación de deuda y a los circuitos financieros internacionales, lo que ha llevado a una concentración sin precedentes de la riqueza y la pobreza mundial.

En este orden de ideas, De Negri (2006) expone que el fenómeno de la globalización, está constituido por una secuencia histórica de procesos de globalización, ubicados en globalizaciones más o menos amplias de territorios del planeta. Este autor diferencia lo que fue la globalización como un aspecto de integración cultural y económico-social con distintos productos a lo largo de la historia, positivos o negativos, con la actual etapa globalizadora la cual simplifica en dos grandes esferas, la mundialización del capital y la globalización como fenómeno cultural y social facilitado por los medios de comunicación cada vez más dinámicos.

De Negri (2006) expone la existencia de raíces históricas de la propuesta hegemónica globalizadora que hoy se impone al mundo, y así

nos recuerda al austríaco Hayek quien en su crítica al Estado de Bienestar en los años cuarenta, se oponía a un Estado sometido al interés de los sindicatos obreros y a las demandas sociales y pregonaba la justificación de las diferencias sociales como motor del desarrollo económico capitalista. Posteriormente, Williamson en Estados Unidos, siguiendo el camino de Hayek en defensa del mercado, aduce que las fallas de éste pueden ser eliminadas, a través de una economía mundializada, cuyas etapas de producción estén bajo control de las grandes empresas.

Continuando este proceso de aproximaciones y desenmarañamiento conceptuales sobre la globalización, Granda (2006) nos recuerda que cuando los seres humanos no disponemos de respuestas seguras y probadas ante algo nuevo y complejo que ocurre en nuestro panorama, recurrimos a la elaboración de metáforas construidas desde distintos puntos de vista. De allí que ante el fenómeno de la globalización exista una gran diversidad de enfoques e interpretaciones diseñadas desde diversas lógicas. Granda propone la necesidad de asumir la diferenciación que hace Ulrich Beck de los términos Globalidad, Globalismo y Globalización, para así poder “descubrir las potencialidades del obrar ético-político desde el campo de la salud en un ambiente inmensamente complejo de la globalización...”

Según Beck citado por Granda (2006) Globalidad significa que hace ya bastante tiempo que vivimos en una sociedad mundial, donde “mundial” significa “diferencia y pluralidad” y “sociedad” significa estado de “no-integración”; el Globalismo es la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político, prima la dimensión económica sobre lo ecológico, cultural, político y social. Se pretende con esto que el Estado, la cultura, la sociedad, la política exterior sean tratados como una empresa. En cuanto a la globalización, la define como procesos en los cuales los Estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales, en donde existe una afinidad entre distintas lógicas de las globalizaciones ecológica, cultural, económica, política y social no reducibles las unas a las otras, que se entienden y resuelven mutuamente en mutua interdependencia.

Llegado a este punto, los aportes de Beck nos aclaran el sesgo ideológico neoliberal de embarcarnos en una única visión del complejo proceso de globalización, bajo la simplicidad cínica del globalismo como supuesta revolución racional apolítica. De allí que según Beck, la globalidad y globalización connotan no-Estado mundial, sociedad mundial sin Estado mundial, ni gobierno mundial, lo que significa que vivimos en una sociedad mundial políticamente multidimensional, policéntrica y contingente, donde los agentes transnacionales y nacionales juegan al gato y al ratón. El Globalismo se comprende

entonces, como una transformación capitalista, con supremacía económica, que intenta dominar los ámbitos político, social, cultural, ecológico, dominio que no se da automáticamente, debido a que dentro de la propia globalización, emergen amplias potencialidades político-ideológicas que luchan por establecer una sociedad políticamente multidimensional, policéntrica y contingente (Granda, 2006).

Citando a Castells, Granda (2006) refiere que esta sociedad políticamente multidimensional, policéntrica y contingente, emergió en la década de los sesentas y setentas donde hubo una coincidencia histórica, de tres hechos independientes: la crisis económica tanto del capitalismo como del estatalismo, la revolución de la tecnología informática y la aparición de movimiento sociales y culturales tales como el libertarismo, derechos humanos, feministas, ambientalistas, entre otros.

Es en este marco sociohistórico de infinitas relaciones reales y virtuales entre los habitantes del planeta, que emerge según refiere Granda (2006) un nuevo mundo que perfila la sociedad del riesgo y que tiene impactos profundos sobre la teoría y práctica de la salud pública, medicina social o salud colectiva. Este nuevo mundo se sustenta en nuevas relaciones de producción cuyos ejes fundamentales son la productividad y la competencia, que cada vez exige más a los trabajadores para cumplir con los requerimientos innovativos; quien no

pueda cumplir una tarea es rápidamente sustituido por una máquina, lo que conlleva al incremento de la desocupación y fragmentación del trabajo, amén que también se debilitan las instituciones solidarias y de protección ante el desempleo. El nuevo mundo del globalismo, además de desocupación genera amplias masas de excluidos y está produciendo sin lugar a dudas un incremento de la inequidad, la polarización de las poblaciones y la creciente exclusión social. La flexibilización del trabajo está conduciendo la sociedad hacia un capitalismo sin trabajo y con precarización del trabajo que sobra.

Beck establece cuatro tipos de riesgos presentes en la sociedad del riesgo:

- Tecnológicos: químicos, atómicos y genéticos.
- Sociales: flexibilización del trabajo, debilitamiento de las clases sociales tradicionales, cambios en la familia pequeña e individualización.
- Políticos: debilitamiento del Estado y forja de subpolíticas.
- Culturales: persistencia de una interpretación de la ciencia que no comprende sus limitaciones, las causas no conocidas y los efectos no deseados.

A estos riesgos agrega Granda (2006) los riesgos económicos como la desterritorialización de la economía y la falta de su control por los

Estados Nacionales, sobre todo de los países periféricos y riesgos relacionados con fundamentalismos, violencia, guerra y crimen global.

Como señala Martínez (1997) en este mundo de incertidumbres, caracterizado por sus interconexiones a un nivel global, en el que los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales son recíprocamente interdependientes; por lo que para descubrirlo adecuadamente se requiere una nueva perspectiva más amplia, holista y ecológica, que no pueden ofrecer las concepciones reduccionistas del mundo, ni las diferentes disciplinas aisladas, se necesita un nuevo paradigma, un paradigma de la complejidad.

El concepto de salud en nuestros días está inmerso en esta diatriba epistemológica y por ende como lo señala Granda (2004) se debate o dialoga entre las ciencias de la salud dominadas por el discurso médico y de la enfermedad y el discurso de las ciencias sociales que ha logrado avanzar superando múltiples problemas y es esta diatriba, la que subyace en la llamada “crisis de la Salud Pública” definida como “la incapacidad de la mayoría de las sociedades para promover y proteger la salud en la medida de sus circunstancias históricas” (Organización Panamericana de la Salud, 1993). El paradigma científico que aún domina el campo de la salud pública y que se reproduce en los ámbitos universitarios, se caracteriza por explicar la salud desde el presupuesto filosófico y teórico de la enfermedad, utilizando para su abordaje el

método positivista para explicar el riesgo de enfermar la población y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad. Además, hace énfasis en la preeminencia del Estado para asegurar la prevención de la enfermedad (Granda, 2004).

Para la superación de esta crisis se amerita la construcción de un marco teórico-conceptual que reconfigure el campo social de la salud y supere las evidencias de agotamiento del paradigma científico que sustenta sus prácticas; de allí que en América Latina desde hace más de 20 años se inició un proceso de búsqueda de un nuevo norte epistémico, a través de la emergencia de un amplio movimiento crítico y contra hegemónico, esforzado en acercar el centro de gravedad hacia el “objeto salud”, el cual constituye un punto ciego de la investigación contemporánea en el área (Almeida Filho y Silva Paim, 1999).

Ante esta nueva realidad global, la Salud Pública debe repensarse en sus planteamientos y es así como Granda (2006) expone los siguientes:

- Presupuesto filosófico-teórico centrado en la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
- Métodos integradores de diversas metáforas y variadas hermenéuticas (incluida la científica-positivista).
- Prácticas sociales con la integración de diversos actores sociales sustentados en una nueva relación con el Estado.

Con estos planteamientos se avanzaría hacia una práctica de salud pública más comprometida con la interpretación-mediación antes que con la intervención técnico-normativa de la salud pública del siglo XX.

ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

En los últimos años, las organizaciones internacionales, han visto con gran preocupación la reaparición de antiguas enfermedades de importancia por su morbilidad y/o mortalidad y la aparición de otras nuevas. En 1992 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) definió como enfermedades emergentes aquellas cuya incidencia se ha incrementado desde las pasadas dos décadas o amenaza incrementarse en un futuro. Las enfermedades reemergentes se refieren al resurgimiento de enfermedades que ya habían sido aparentemente erradicadas o su incidencia disminuida. Las enfermedades nuevas se definen como aquellas que no existían antes de 1900.

Es por esto, que algunos señalan que en aras de evitar malas interpretaciones se debe sustituir el ambiguo concepto de “enfermedad nueva” por el de “enfermedad emergente”. Una enfermedad puede clasificarse como emergente en, al menos, cinco situaciones históricas: 1) Si ya había sido identificada, pero desde un punto de vista médico se le había pasado por alto debido a la imposibilidad de conceptualizarla como entidad nosológica; 2) Si ya existía, pero no se reparó en ella hasta que

hubo cambios cualitativos o cuantitativos en sus manifestaciones; 3) Si no existía en una región en particular antes de que se introdujera en ella procedente de otras regiones; 4) Si hasta entonces sólo existía en la población animal y no en la población humana; 5) Si es completamente nuevo, el agente desencadenante de la enfermedad o no existían las condiciones ambientales antes de que aparecieran las primeras manifestaciones clínicas.

Las enfermedades infecciosas constituyen la primera causa de muerte en el mundo, tanto en adultos como en niños. Más de 13 millones de personas mueren anualmente por enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes tales como la malaria, la tuberculosis, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida), la fiebre hemorrágica producida por el virus Ébola, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), la infección por el virus del Nilo occidental y el dengue. Solo tres de estas infecciones (el sida, la tuberculosis y la malaria) cobraron 5,7 millones de vidas durante el año 2001, la mayor parte de ellas en países en desarrollo. A pesar de que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) han estado presentes desde hace más de 20 años, aún se incluyen en la mayoría de los análisis nacionales y regionales relacionados con las enfermedades emergentes debido a su elevado costo social y sanitario. En la Región de las Américas, las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes que tuvieron una mayor repercusión sobre la salud de la población, por su incidencia y por el número de muertes ocasionadas durante el quinquenio

1999–2003 fueron: malaria, fiebre amarilla, dengue hemorrágico, sida, carbunco y el SARS, así como la infección por hantavirus y por el virus del Nilo Occidental (2,5). Algunas de estas enfermedades, como el SARS, presentan una distribución geográfica focal, mientras que otras, como el dengue, se dispersan ampliamente y se han convertido en un problema mundial.

La aparición de enfermedades emergentes y reemergentes se asocia con factores de diversas índoles. Si bien el origen y la evolución de los agentes etiológicos han sido suficientemente documentados en la mayoría de los casos, la aparición de estas enfermedades depende de una compleja interacción de distintos factores, tanto biológicos (variabilidad y adaptabilidad genética de los microorganismos causantes) como sociales (el auge del comercio internacional y de los movimientos poblacionales por razones turísticas o migratorias, el hacinamiento, la inadecuada manipulación de los alimentos y el analfabetismo, entre otros) y económicos (la ausencia de servicios básicos de saneamiento ambiental, la desnutrición, la falta de agua y de sistemas de alcantarillado).

Todos estos factores crean, además, las condiciones propicias para la propagación de estas infecciones, facilitando la circulación de los agentes patógenos y la transmisión de las infecciones y epidemias entre los diversos países y regiones, situación agravada por la ineficiencia de los sistemas de salud pública, entre ellas una vigilancia epidemiológica deficiente, un número insuficiente de laboratorios de salud pública para

la detección y el diagnóstico de las enfermedades, y mecanismos de prevención y de control inadecuados. La experiencia acumulada demuestra, que una gran parte de las muertes que se producen debido a las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, podrían evitarse mediante la elaboración y puesta en marcha de estrategias preventivas y terapéuticas eficaces.

Para poder evitar o mitigar los graves efectos de estas epidemias, los países deberán darle un lugar prioritario en la agenda nacional a la vigilancia de las enfermedades emergentes y reemergentes y poner en marcha un conjunto de medidas para combatirlas. El elemento básico de cualquier estrategia de lucha contra las enfermedades emergentes y reemergentes y las epidemias que éstas pueden causar, es el establecimiento de un sistema de vigilancia orientado a detectar la presencia de esas enfermedades a tiempo, para tomar las medidas de control adecuadas.

La red de vigilancia es una organización constituida por un conjunto de instituciones que funcionan articuladamente, con el propósito de establecer los vínculos y relaciones para facilitar el intercambio, la coordinación y cooperación necesarios en función del conocimiento sobre la salud de la población. Un rol fundamental para certificar el diagnóstico lo cumplen los laboratorios participantes de la red. Un ejemplo lo constituye la definición del área geográfica de distribución de los serotipos de dengue, de fiebre hemorrágica venezolana, del área

epizoótica de fiebre amarilla, de encefalitis equina venezolana y otras enfermedades emergentes.

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIONES

La descripción y el análisis del actual Sistema de Salud en Venezuela y el estado de salud de la población con énfasis en enfermedades emergentes y reemergentes que presentamos, permite indicar que estamos en presencia de una situación extremadamente compleja que afecta todo el sistema. En líneas generales, el sistema confronta, tal como hemos señalado, grandes limitaciones en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones estructurales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad.

Las principales restricciones identificadas para la gestión general del sistema en los últimos años son:

1. Limitaciones constitucionales para alcanzar un sistema moderno de salud:

A pesar de que la Constitución de 1999 incorpora avances en el financiamiento de salud y en la concepción de la salud como derecho, limita las posibilidades de reformas efectivas al considerar que los bienes y servicios públicos de salud son propiedad exclusiva del Estado. El Sistema de Salud está expuesto a serias amenazas determinadas por la aplicación de instrumentos jurídicos y decretos contrarios y violatorios de la Constitución, que influirán negativamente sobre los principios normativos del Derecho a la Salud, a saber: la universalidad, la equidad,

la promoción y la participación. Estas decisiones tendrán efectos negativos sobre los principios y valores del derecho a la vida en democracia, que involucra la salud de los venezolanos y afectarán negativamente la organización del Sistema de Salud, descentralizado y democrático que será sustituido por un sistema socialista centralizado, autoritario y no bien definido, si no se corrigen estas desviaciones.

2. Fracaso en la aprobación de la legislación específica: Luego de casi diez años, y contando con el apoyo mayoritario en la Asamblea Nacional, el gobierno no ha aprobado la ley Orgánica de Salud.

3. Incapacidad de gestión Institucional del Ministerio del Poder Popular para la Salud y pérdida de la continuidad de la supervisión y monitoreo de la Misión Barrio Adentro hacia el desarrollo de un sistema eficaz de salud.

4. Caos y anarquía de la organización del sistema por abandono de las responsabilidades del MPPS en la conducción, modulación, desarrollo, regulación, control y evaluación del sistema intergubernamental de salud descentralizado y por la promoción e implantación simultánea de un modelo de salud centralizado.

5. Deficiente coordinación de las fuentes de financiamiento público del sistema y graves fallas en la planificación, determinación, asignación, uso, control y evaluación de los recursos, no enfocados en objetivos definidos por los principales determinantes de la salud y carencia de un

plan de financiación basado en Cuentas Nacionales de Salud. Además, por la exclusión de fuentes privadas de financiamiento.

6. Paralización del proceso de descentralización: de los principales nosocomios por la falta de los enlaces de las red ambulatorias.

7. Prestación insuficiente de servicios de promoción de la salud y prevención, simultáneamente, desarrollo desordenado y no integrado de redes y niveles de servicios de asistencia médica con déficit de acceso a las prestaciones por carencias crónicas de insumos y pobre calidad de los servicios.

8. Ausencia de definición del conjunto de prestaciones de salud: El gobierno no ha propuesto el conjunto de prestaciones universales de salud. Como resultado, los ciudadanos no saben cuáles son los servicios de salud que recibirán con cargo al presupuesto público.

9. Interrupción de las estrategias de control de las enfermedades endémicas: En el inicio del gobierno, se interrumpieron las actividades de control contra la malaria y el dengue y se debilitó la capacidad de vigilancia epidemiológica y de respuesta. Como resultado, el aumento de los casos de malaria y dengue ya señalados y los peligros de aparición de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes que se creían extinguidas.

10. Insuficiente énfasis en la prevención de enfermedades. Se ha debilitado el enfoque preventivo, y se ha enfatizado el enfoque medico-

curativo. No se dispone de información oficial confiable sobre la magnitud de la epidemia y el impacto sobre la población.

11. Pobre desempeño en el Plan Ampliado Nacional de Inmunizaciones cuyas bajas coberturas han facilitado la reaparición de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles, controlables mediante vacunas y el riesgo de aparición de otras con grave impacto epidémico de enfermedades que fueron erradicadas hace muchos años.

12. Escasez de políticas nacionales intersectoriales para el control de la violencia, los accidentes y uso ilícito y consumo de drogas de adicción, enfocados como grandes problemas de salud.

13. Ausencia de una estrategia general contra las enfermedades crónicas: La atención de los problemas crónicos (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, los trastornos mentales), no ha contado con una estrategia ni programas integrados coherentes que hayan producido resultados.

14. Inexistencia de mecanismos de seguimiento de las condiciones de salud de la población.

15. Desviación de los esfuerzos de Participación ciudadana en salud de base comunitaria, hacia intereses y objetivos político-ideológicos impuestos y tutelados por el poder del gobierno nacional con fines partidistas.

16. Política de Recursos Humanos carente de un plan basado en información confiable y con profundos desequilibrios de distribución, asignación, construcción y cooperación de equipos de trabajo en salud. Exclusión de centros académicos y de investigación, gremios y sociedades científicas en la planificación y desarrollo de los recursos humanos. Creación de un sistema paralelo de educación superior en salud no acreditado que no garantiza la calificación y competencia de egresados. Carencia de incentivos económicos y sociales y promoción directa e indirecta de la precarización profesional y sus consecuencias: deserción y emigración profesional.

17. Pobre enfoque intersectorial de las políticas y estrategias de salud que limita la integración de las acciones destinadas a resolver los determinantes estructurales e intermedios de la salud y de la carga de morbilidad crónica, que están fuera del sector salud; que mejore la educación, las fuentes de trabajo, la calidad del ambiente, el agua potable, las excretas, la vivienda, la seguridad, el bienestar y el desarrollo.

18. Errada Política de relación y cooperación con organismos Internacionales y de acuerdos bilaterales de cooperación con otros Estados, que ha permitido la intervención directa de los primeros como operadores políticos del diseño de estrategias, proyectos y en la toma de decisiones sobre asuntos que exceden funciones asesoras.

Para contar con un sistema de salud moderno requerimos cambios fundamentales enfocados en las áreas de financiamiento, organización y prestación de servicios.

Otras acciones deberán ser tomadas para atender áreas fundamentales como la intersectorialidad, la participación social, los recursos humanos la educación e investigación en salud, y la cooperación internacional.

www.bdigital.ula.ve

SUGERENCIAS

- Apoyar a los profesionales de la salud para un ejercicio más eficiente, eficaz, seguro en el lugar de trabajo.
- Mejorar el acceso a servicios de calidad y bajo costo a la población.
- Asegurar la calidad de los servicios evitando los errores médicos que puedan afectar a los usuarios.
- Realizar auditoría de servicios y acreditación de profesionales para optimizar la atención de la salud.
- Vigilar la salud pública y tomar las acciones pertinentes para evitar la aparición de enfermedades emergentes y re-emergentes, y controlar las endemias existentes.
- Garantizar la gestión de la atención de enfermedades crónicas y enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Fortalecimiento institucional a través de la capacitación profesional y técnica continua y la promoción de las innovaciones que permitan a la organización sanitaria responder a los cambios y requerimientos de la sociedad.
- Facilitar la integración de redes de atención, que permitan dar respuesta a las necesidades complejas de salud individuales y comunitarias.
- Facilitar los canales de participación a los usuarios y a las comunidades organizados para participar como sujetos y no simples objetos del sistema progresivo de atención.

- Permitir la descentralización eficiente y eficaz de los servicios de salud para mejorar la atención del individuo y comunidades en sus propias localidades, y de esta manera apoyar el desarrollo del país.
- Integrar al país en el concierto de las naciones, aprovechando los beneficios de la globalización de los conocimientos.
- Facilitar la interacción entre los usuarios y los proveedores de servicios de la salud facilitando la información y evitando de esta manera la gran asimetría del mercado de servicios de salud, origen de las iniquidades existente.
- Mejorar la eficiencia de los programas de salud en la lucha contra las enfermedades que afectan la salud pública.
- Optimizar la asignación de recursos en el sistema de atención de salud.
- Mejorar la competitividad del sistema de servicios nacional en comparación al resto de los países, y establecer mecanismos de cooperación e intercambio tecnológico.
- Abrir canales de participación que aseguren la contribución de profesionales y técnicos al mejoramiento de los servicios de salud.
- Permitir el desarrollo de un liderazgo que pueda ayudar a motivar a los miembros de la organización sanitaria a alcanzar los objetivos propuestos, a través de una comunicación continua y efectiva.
- Facilitar la gobernanza (transparencia, consenso, responsabilidad, equidad e inclusión, efectividad y eficiencia, contraloría social), la

administración de los servicios y el liderazgo del sistema de servicios de atención para alcanzar los objetivos de salud.

- Desarrollar la investigación clínica, básica y administrativa para mejorar los procesos realizados en los componentes del sistema sanitario y así asegurar servicios de alto valor.

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Abreu, Maglée et al. (1995). Perfil y potencialidad de los Sistemas Locales de Salud en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia. Tesis de Grado. Universidad del Zulia. Escuela de Sociología.

Alcántara, Gustavo (2006). La Globalización y sus Implicaciones para el Proceso Salud-Enfermedad en el Siglo XXI, (Tesis Maestría en Ciencias Políticas, CEPESAL, ULA). Merida, Venezuela.

Almeida Filho N, Silva Paim J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, 75, 5-30.

Archila R. Historia de la sanidad en Venezuela., Caracas. Imprenta Nacional. Tomo I, 1955.

Armada, F (2001). Las reformas de salud y seguridad social en América Latina: la convergencia de la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y las Corporaciones Transnacionales. Int J Health Serv, 31 (4):729-8.

Benítez J. Programa Nacional de Control de Chagas. Situación 2006. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2006.

Barrios, Fermín (2001). “La Constitución y la participación ciudadana en la gestión municipal”. En Elecciones y poder local en la nueva gestión municipal. Consejo Nacional Electoral. Caracas, Venezuela.

Berti A.L: Arnoldo Gabaldón. Testimonios de una vida al servicio de la gente. Ediciones de la Cámara de Diputados del Congreso de la República de Venezuela. p 65. Caracas, Venezuela 1997.

Carquéz, Freddy. Y León, José. (1995). La crisis sanitario-asistencial venezolana, los proyectos privatizadores y las políticas del Estado. Carabobo, Venezuela: Editorial Tatum, C.A.

COPRE (1988). “La reforma del Estado”: Proyecto de Reforma Integral del Estado. Volumen 1, Caracas, Venezuela.

Constitución Nacional (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 36.860, diciembre 30, 1999

Chaves, Mario. Salud y Sociedad. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Traducción 2º . Edición Portuguesa. ULA.

Franco A. El Auge de la Protección Social. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2005

Ferrer Véliz, Edilberto. Teoría General de los Sistemas y los Complejos Ambientales. FUDECO. Venezuela. Barquisimeto. 1994.

Gabaldón A. Una Política Sanitaria. Tomo I, XXVI, MSAS 1965.

Gabaldón A. Una Política Sanitaria I; 409.

González M J. ¿Cuáles son los acuerdos que requiere el sistema de salud? 2006. En: Venezuela: un acuerdo para alcanzar el desarrollo. Equipo Acuerdo Social 2006. p: 173-203. Publicaciones UCAB, Caracas

Granda E. (2004). ¿A qué llamamos salud pública? Rev. Cubana.

IAES “Dr. Arnoldo Gabaldon”. La participación y la construcción de ciudadanía. 2005

La Pierre JW. El análisis de los sistemas políticos, p:3845. Edit. Península, Barcelona 1976.

López Ramírez Tulio. El ministro Arnoldo Gabaldón: un lustro de progreso de la Salud Pública Venezolana en: Berti A.L: Arnoldo Gabaldón. Testimonios de una vida al servicio de la gente. Ediciones de la Cámara de Diputados del Congreso de la República de Venezuela. p 101. Caracas, Venezuela 1997.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de enfermedad de Chagas: Guía para el diagnóstico, manejo y tratamiento de enfermedad de Chagas en fase aguda a nivel de los establecimientos de salud. Primera edición. Diciembre 2007.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de Mortalidad. 1997-2006. Venezuela

Organización Panamericana de la Salud. (1993) La crisis de la salud pública. Washington D.C: OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. (1.999). Boletín epidemiológico. Vol. 20, No 3

OPS, Promoción de la Salud: Mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad. Comité ejecutivo del Consejo Directivo. 13ª reunión, Washington D.C., 1993.

OMS Atención Primaria en salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención Primaria. Alma Ata. Ginebra, 1978.

Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS (1990)

OPS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2005

OPS. Respuestas de políticas e intervenciones sobre los determinantes sociales de salud. 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. En: La salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2002. (Publicación Científico y Técnica No. 587).

OPS. Programa de Enfermedades Transmisibles. Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes. Boletín Epidemiológico 1995, sept; 16 (3): 1-7.

OPS. Programa de Enfermedades Transmisibles. Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes. Boletín Epidemiológico 1995, sept; 16 (3): 1-7

Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria I; 445.

Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria I 69-70.

Op.Cit. 4 Una Política Sanitaria. I;I 297-298.

Op. Cit 4 Una Política Sanitaria. I; 241.

Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria. II; 465

Op. Cit. 3 El ministro Arnoldo Gabaldón: un lustro de progreso de la Salud Pública Venezolana 117-119.

Oletta López JF. Hacia un Contrato Social de la Salud. Conmmoración del 62º Aniversario de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, 20 de marzo de 1998.

OPS, Promoción de la Salud: Mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad. Comité ejecutivo del Consejo Directivo. 13ª reunión, Washington D.C.

Participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. OMS, serie Informes Técnicos, 809, Ginebra, 1991.

República de Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Memoria y Cuenta. Año 1963. Exposición. Ministro Arnoldo Gabaldón. Caracas.

Sánchez N, Amador J. Enfermedades emergentes: Factores causales situación epidemiológica por regiones. Reporte Técnico de Vigilancia Vol. 2, No. 4 Marzo 27, 1997. La Habana, Cuba.

Universidad de Antioquia (2005). Facultad Nacional de Salud Pública. IV Congreso Internacional de Salud Pública: Globalización, Estado y Salud. Documento para la discusión. Medellín: La Facultad

REFERENCIAS ELECTRONICAS

De Negri, A (2006). El desarrollo social en la globalización. Futuros [Revista en línea], 4 (14) Disponible: <http://www.revistafuturos.info/> [Consulta: 2.008, marzo 3]

Diccionario de la Real Academia Española (2008). [Diccionario en línea]. Disponible: <http://buscon.rae.es/draeI> [Consulta: 2.008, marzo 3]

Dieterich, H (2000). Identidad nacional y globalización. Ciudad de la Habana: Casa editora Abril.

Echeverri, M (2006). Derecho a la salud, estado y globalización. Futuros [Revista en línea], 4 (14) Disponible: <http://www.revistafuturos.info/> [Consulta: 2.008, marzo 3]

Franco, A (2006). Globalización, gobernabilidad y salud. Futuros [Revista en línea], 4 (14) Disponible: <http://www.revistafuturos.info/> [Consulta: 2.008, marzo 3]

Granda, E (2006). Globalización de los riesgos en salud. Futuros [Revista en línea], 4 (14) Disponible: <http://www.revistafuturos.info/> [Consulta: 2.008, marzo 3]

Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo (s.f.). Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV). [Página Web en línea]. Disponible: <http://www.sisov.mpd.gob.ve> [Consulta: 2.008, febrero 27]

Organización Panamericana de la Salud. (2006). Barrio adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.ops-oms.org.ve>. [Consulta: 2.008, marzo 1]

Organización Panamericana de la Salud (2008). Agenda de salud para las Américas 2008-2017. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.paho.org/> [Consulta: 2.008, marzo 3]

OMS. Informe de la Salud Mundial, 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra www.who.org

OMS. Informe de la Salud Mundial, 2003. Forjemos el Futuro. www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index7.html

Sistema de Naciones Unidas en Venezuela (2004). Cumpliendo las metas del milenio. [Documento en línea]. Disponible: http://www.gobiernoenlinea.ve/misc-view/sharedfiles/Metas_Milenio.pdf [Consulta: 2.008, marzo 1]

Rojas Ochoa F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba Modelo de lucha contra epidemias. Rev Cubana Salud Publica. 2003;29: 157-69. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu11203.htm. Acceso el 8 de septiembre de 2008.

Suarez, Alexander. Evolución de la Salud Publica Venezuela. <http://www.aporrea.org/actualidad/a184904.html>