

LA POLÍTICA DE SALUD EN VENEZUELA EN EL GOBIERNO DE HUGO CHAVEZ

THE POLITICS OF HEALTH IN THE HUGO CHAVEZ ADMINISTRATION

ISABEL R. COLMENARES¹, MARÍA T. RINCÓN² Y HAYDÉE OCHOA³

^{1,2,3} Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ).
E-mail: isarodri@cantv.net - haydeeochoa@iamnet.com - E-mail: materinbe2@yahoo.com

RESUMEN

Con el advenimiento de un nuevo gobierno en Venezuela a partir de 1998, se desarrolló un proceso constituyente que dio como resultado la aprobación de una nueva Constitución. En este trabajo se exploran algunos rasgos de la política formal de salud pública conformada desde entonces. Se parte del supuesto que la reforma iniciada en el sector salud tiene como propósito el logro de equidad y mejor calidad de vida. La investigación es de tipo documental. Los resultados revelan que formalmente: 1) El Estado garantiza el derecho a la salud; 2) gratuidad del servicio; 3) atención integral; 4) integración de lo biológico y lo social en salud; 5) descentralización hacia los ámbitos subnacionales (Estado, Municipio) y de estos a la sociedad; 6) participación comunitaria; 7) integración del individuo, la familia, la comunidad y el equipo de salud. Se concluye que formalmente se busca superar los obstáculos provenientes de la falta de integración de la política social, la concepción de salud desarrollada por el biologismo, y se observa que el avance de esta política se ha visto afectada por obstáculos vinculados a la concepción política anteriormente predominante.

PALABRAS CLAVE: Salud, Derechos sociales, Constitución Nacional de 1999, Venezuela

ABSTRACT

With the advent of the new government in Venezuela in 1998, a new constituent process brought about the approval of a new constitution. This paper, a documentary research, explores some features of formal public health policy since then. It is assumed that the reform taking place in the public health sector aims at an attainment of equity and better quality of life. The results reveal that the state guarantees the right to good health; a free health service; integral attention; integration of the biological and social elements in medicine and health care; decentralization of the central government towards subnational governments, both at the state and local levels; and from there, the incorporation of civil society and community organizations into public policy making; integration of the individual, the family, the community, and the health providers. It is concluded that public health policies aim at overcoming the hurdles stemming from the lack of organization of health services in a social context and from the overemphasis of the biological bases in medical education. It is further observed that the advancement of this policy has been affected by the political conception previously prevailing.

Kew words: Social health, rights, National Constitution of 1999, Venezuela

INTRODUCCIÓN

A partir de 1989 en Venezuela se inició un cambio en la política social, enmarcado en el proceso de reforma global del Estado, que estuvo caracterizado por la reforma en la política en los distintos sectores y la modernización del aparato estatal, teniendo como ejes fundamentales: la descentralización y la privatización.

El sector salud no escapó al proceso de reformas emprendido en Venezuela cuyo antecedente descansó en una comisión tripartita conformada por la Confederación de Trabajadores de Venezuela (CTV), la Federación

de Cámaras y Asociaciones de Comercio y Producción (FEDECAMARAS) y el Gobierno Nacional, para proponer los fundamentos jurídicos. Esta estrategia pretendía, no sólo apuntalar el marco legal en salud y la seguridad social, sino mantener también la paz social, que se había logrado hasta ese momento (Díaz Polanco, 1996).

Considera Díaz Polanco (1996) que la finalidad perseguida por esa comisión no era establecer un conjunto de leyes que orientaran el sistema de salud, como se argumentó en sus inicios, sino ser un instrumento de defensa del sistema político en sí. El resultado de ese proceso y de las circunstancias que rodearon la aprobación de la ley

fueron factores que contribuyeron a la acentuación de la crisis. La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, fue aprobada por el Presidente Rafael Caldera dos meses antes de dejar el cargo en octubre de 1998, lo que provocó, a posteriori un vacatio legis de un año.

Posteriormente, en el contexto de la Ley Habilitante de 1998, se le otorgan poderes para legislar al nuevo presidente electo Hugo Chávez, éste designó una comisión presidencial de Seguridad Social, que tenía por objeto producir un anteproyecto que todavía hoy no ha generado el suficiente consenso para ser aprobado. Actualmente, la normativa específica en salud se rige por un decreto con fuerza de ley especial que regula el funcionamiento del subsistema de salud, aprobado en octubre de 1999 en el marco de la Ley Habilitante.

El componente social se erige como uno de los aspectos más característicos de la Constitución Bolivariana, en ella se contemplan cuestiones, como: la garantía del derecho a la salud; gratuidad del servicio; descentralización y participación ciudadana, esta última es concebida como pilar fundamental en la construcción del nuevo modelo de gestión pública y está vinculada al afianzamiento de una democracia participativa (MSDS, 2000).

En materia de salud, para regir los destinos del sector, se crea en 1999 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)¹, el cual a partir del 2000 establece su estructura organizativa orientada formalmente a incrementar la capacidad de conducción estratégica gubernamental en las funciones de formulación de políticas, planificación, coordinación y regulación de los respectivos sectores de la actividad pública en el área de su competencia, en la perspectiva de contribuir a la gobernabilidad del sistema social en su conjunto, facilitando la coordinación de políticas sociales, considerando el ámbito de desarrollo social como un eje transversal a diversos sectores de actuación del Estado (www.msds.gov.ve, Consultada el 02/07/02).

En virtud del carácter de las transformaciones y de los impactos generados por todo este proceso de reformas, se hace necesario efectuar estudios que den cuenta de los

avances que esto ha suscitado. En esta dirección, un primer acercamiento tendría que ver con una reflexión sobre la política de salud en el gobierno del presidente Hugo Chávez, tema de este trabajo, con lo cual consideramos se deba abrir un debate sobre una realidad que apenas comienza a ser estudiada.

2. La Salud: derecho fundamental

La idea sobre la incorporación del derecho a la salud tiene una trayectoria histórica que rebasa los doscientos años. Esta aparece vinculada en la edad contemporánea con la Revolución Francesa², pero, es después de la Segunda Guerra Mundial cuando pasa a formar parte de acuerdos internacionales, por lo que es incorporada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos³ de la ONU en 1948, en su artículo 25, se indica que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar.

Igualmente, la OMS, creada en ese mismo año y con sede en Ginebra, tuvo como fin esencial proporcionar a todos los pueblos, el nivel más elevado de salud que fuese posible conseguir. En su carta de creación, se establece que la salud es un derecho de todas las personas, sin distinción de raza, religión, ideología política y condición económica o social. En ambas se consagra que la salud es un derecho de todo ciudadano, el cual debe ser disfrutado sin ningún tipo de condicionamiento, ello con el propósito de garantizarles a las personas el desarrollo de las condiciones materiales de vida.

Para 1974, la Asamblea General de la ONU decide trabajar para corregir las desigualdades y reparar las injusticias; para lo cual propone sean eliminados las disparidades crecientes entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Posteriormente, en 1977, la OMS en la 30^o Asamblea Mundial de la Salud, señaló que la principal meta social de los gobiernos en los próximos decenios debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que le permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (Rodríguez, 1995).

¹ De acuerdo al artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Central (1999), se fusionaron el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y el Ministerio de la Familia (MF), para crear el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). El MSAS fue creado en 1936 con funciones netamente preventivas y de promoción de la salud. A partir de los años cincuenta, comenzó a privar en Venezuela una medicina de proporciones curativas y se incrementó significativamente el gasto en salud. En cuanto al Ministerio de la Familia, fue el ente encargado de la planificación y evaluación de las políticas sociales. El MSDS nace con una estructura organizativa conformada por dos viceministerios (el de Salud y Desarrollo Social), y con cuatro direcciones generales (Salud Poblacional; Salud Ambiental; Contraloría Sanitaria; Políticas, Planes, Evaluación y Control) (MSDS, 2001b: 4-7).

² En la Convención de 1791 se establece por primera vez la obligación del Estado de proteger la salud de los ciudadanos.

³ Conformada por 30 artículos, donde descansan una serie de principios que tienen su origen en un documento anterior llamado "Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano", que surgió durante la Revolución Francesa.

⁴ La reunión donde se planteó la estrategia de la Atención Primaria de Salud para resolver los problemas de la atención se llevó a cabo en Alma-Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazajistán, bajo el patrocinio de la OMS y la UNICEF en 1978, con la participación de 134 países que firmaron el acuerdo (Sutcliffe *et al*, 1993).

Para alcanzar dicha meta se trazó la estrategia de Atención Primaria en Salud⁴, entendida como «la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación» (OMS, 1980: 106). La declaración de Alma-Ata señalaba que la atención primaria era la base para alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población y recomendaba la aplicación de programas de salud coherentes con la planificación sanitaria de los diferentes países como instrumento para el logro del objetivo global (OMS, 1978).

Empero, tal y como la OMS manejaba el concepto de la Atención Primaria en Salud da a entender que restringe las posibilidades de una real participación de las comunidades, al plantear que la asistencia sanitaria esencial debe estar basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas, entendiendo que descarta otras prácticas no médicas las que hasta muy recientemente han sido incorporadas. La idea de participación de la comunidad cuando apareció no contó con el apoyo suficiente del sector oficial, el cual continuó replegado y fijando todas las acciones en salud de manera unilateral.

Transcurridas más de dos décadas y medias, la triste realidad nos revela la crisis de un discurso institucional lleno de buenas intenciones reflejadas en palabras y objetivos, que no han logrado alcanzar ni desarrollar las políticas adecuadas que permitan superar en los países en desarrollo las grandes desigualdades en salud y la cobertura máxima, como se evidencia en algunos casos en América Latina; donde la Esperanza de Vida al Nacer, se ubica entre los 56 y los 73 años, mientras que en los 26 países más ricos del mundo el promedio de la Esperanza de Vida al Nacer fue de 78 años para 1997 (OMS citada por Kliksberg, 2002). La mortalidad infantil –un indicador de uso común– si bien ha venido declinando en la últimas décadas al ubicarse alrededor de 47 por mil nacidos vivos, refleja una situación no muy optimista por cuanto es de cuatro a seis veces más alta que en los países de Europa o en América del Norte, lo que quiere decir que unos seiscientos mil niños mueren en su primer año de vida, y lo que es peor, es que estas muertes son por lo general

prevenibles (Alleyne, 2002).

A pesar de que se han hecho grandes esfuerzos por parte de los organismos internacionales que liderizan las iniciativas sobre salud y la prevención de las enfermedades, persisten profundas desigualdades, y la posibilidad de que la mayoría de los seres humanos tengan acceso a ese derecho consagrado universalmente, se ve cada vez más distante.

2. La salud en las Constituciones de 1947, 1953 y 1961 desde que se creó en 1936 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), como organismo rector de la política de salud se puso en práctica una efectiva campaña contra la malaria y otras enfermedades que fueron consideradas como un peligro para el sostenimiento de la industria petrolera, y posteriormente para el desarrollo de los programas de modernización que requirieron los gobiernos de Eleazar López Contreras e Isaías Medina Angarita.

Finalizada la II Guerra Mundial, las condiciones sanitarias pasaron a ser uno de los aspectos en que se fija la atención en Venezuela otorgándole un valor estratégico para el mantenimiento de la seguridad interna y para el desarrollo de la explotación petrolera, por lo que se hizo relevante el control de enfermedades tales como: malaria, fiebre amarilla, parasitosis y otras de tipo tropicales que se constituyeron en el principal reto de la acción del Estado en materia de salud, por cuanto afectaban negativamente el tamaño y la estructura de la población.

En este contexto, el derecho a la salud es el reflejo de políticas sociales y económicas que requería el Estado. En la Constitución de 1947 es donde por primera vez, se plantea constitucionalmente la función que el Estado debía asumir en materia de salud pública. El artículo 51, rezaba que el Estado se comprometía a ofertar los servicios de salud tanto curativos como preventivos y en el artículo 52, se plantea que los habitantes tenían el derecho de vivir protegidos contra los riesgos de carácter social que podían afectarlos, por lo que el Estado se comprometía en forma progresiva a diseñar un sistema de seguridad social y a la generación de unidades habitacionales destinadas a aquellos sujetos económicamente menos favorecidos⁵.

Según Delgado y Gómez (2001: 85) el mantenimiento de la salud pública era responsabilidad del Estado tanto desde el punto de vista preventivo como curativo,

⁵ En estos años se introdujo el sanitarismo en Venezuela y fueron promovidas las políticas de saneamiento ambiental que se tradujeron en mejoras sustantivas en las tasas de mortalidad y que hoy se recuerda como la época dorada de la salud pública en el país.

asimismo afirman estos autores que las características del derecho a la salud estaban basadas en términos de: “a) ser un derecho natural, inherente al hecho del ser humano e independientemente de su condición social, b) inversión en la mano de obra del país, c) asistencial, curativo para las enfermedades, y d) se prestaría en hospitales que debían ser construidos por el Estado”.

De acuerdo a los autores anteriormente señalados (2001: 88) “el legislador preservó y extendió el derecho a la salud establecido en 1947. Se infería que el Estado seguía siendo el sujeto activo principal en la garantía de este derecho, ya que era quien debía comprometerse para establecer condiciones de prevención y asistencia a aquellos que no podían proveérselas por sus propios medios”. Por otra parte, consideran que esta normativa reflejaba: a) que el Estado era el garante de dicho derecho, manifestando de esta manera rasgos intervencionistas y rígidos controles; b) predominio de la prevención antes que lo asistencial, garantizando la atención médica sobre todo para aquellos que no tenían los recursos.

Posteriormente a lo expresado en la Constitución de 1947, en la carta magna de 1953 el derecho a la salud no fue incluido explícitamente. Esto pudo haber estado relacionado con el carácter que adquirió el Nuevo Ideal Nacional, el cual privilegió el equipamiento físico de la ciudad. Si bien es cierto no fue incluido explícitamente el derecho a la salud en la constitución la atención a la salud se reflejó en obras sanitarias que alcanzaron importantes inversiones⁶.

Después del derrocamiento de la dictadura militar de Marco Pérez Jiménez –1958- diversos actores políticos lograron acuerdos en materia constitucional, y es así como en la Constitución de 1961 se formulan una serie de derechos sociales que quedaron sintetizados, en esa carta magna; en materia de salud, el artículo 76 consagró que todos tienen derecho a la protección de la salud. En este derecho subyacía el elemento de presencia del Estado como proveedor de los recursos para la atención médica, el mantenimiento de la infraestructura de la red de los servicios, para lo cual debían establecerse los medios que contribuirían a fortalecer la asistencia a quienes carecían de ella, prevaleciendo la acción curativa frente a la preventiva⁷.

Para ese momento la responsabilidad rectora del sector salud se ubicó en el entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), como organismo del Estado

puesto que el artículo 30 de la Ley de Administración Central, señalaba que “corresponde al MSAS la planificación y la realización de las actividades del Ejecutivo Nacional en el sector salud que concierne la protección, promoción y recuperación de la salud, los programas de saneamiento y descontaminación ambiental, referidos a la salud pública, la atención médica y la asistencia social”.

El artículo 136 de dicha ley, se planteó “el establecimiento de normas administrativas y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de la salud pública”. Es curioso observar como para ese entonces la salud era vista como elemento más de defensa que de garantía a través de mecanismos de prevención y de promoción, y lograr de esta manera responder por la salud a la población venezolana. La Constitución de 1961, dejó explícita la doctrina unitaria e integralista del Estado Venezolano y la necesidad de superar conceptos de caridad y beneficencia (Gómez Cova, citado por Díaz Polanco, 1996).

3. La salud en la nueva Constitución de 1999

A partir de la elección de 1998 se puso en marcha un proceso de reforma constitucional mediante la convocatoria de la Asamblea Nacional Constituyente, la cual se erigió como eje central de la propuesta política del Presidente Hugo Chávez.

La formulación y aprobación de la Constitución de 1999 se llevó a cabo dentro de un proceso que batalló con vicios del estilo populista de hacer política y en un clima de tensiones que saturó la posibilidad de superar, en algunos aspectos específicos, las limitaciones que las reformas en salud habían planteado, lo que originó la ausencia de discusión de los distintos anteproyectos de Ley de Salud que habían sido planteados tanto por los gremios (el de bioanalistas, la Federación Médica Venezolana, entre otros), y así como las propuestas de los partidos políticos, caso específico del Movimiento Electoral del Pueblo (MEP), en el cual privó el interés político, pues se exigía la incorporación de los derechos de los pueblos indígenas.

En general, en materia de derecho social y de salud, se registra en esta Constitución la introducción de un conjunto de preceptos que son novedosos porque los derechos sociales son considerados en forma integral y aparecen interconectados. En materia de salud el Estado asume una posición definida con respecto a la atención

⁶ En 1954 las obras sanitarias alcanzaron una inversión de 155 millones de bolívares de un total de 1.600 millones, presupuestados para obras de infraestructura, ubicando de esta forma a las obras sanitarias asistenciales como la segunda prioridad del gobierno (República de Venezuela, 1971).

⁷ La orientación del gasto en salud a partir de la década del sesenta estuvo orientado hacia la mayor proporción a lo curativo y no a lo preventivo (Kornblith y Maingón, 1995).

de la salud, rescata la política de inclusión, participación y de responsabilidad con respecto al cuidado de aquellas personas que padecen trastornos de salud que exceden sus posibilidades económicas y sociales de vida por ser enfermedades crónicas y altamente discapacitantes, como son: sida, cáncer, los enfermos del riñón, entre otros, lo cual supone que son personas en situaciones de máximo riesgo, y el Estado debe asumir una atención especial sobre ellos.

A continuación se desglosará los aspectos relevantes que la investigación sobre la política de salud en el gobierno de Chávez ha arrojado.

3.1. Garantía estatal del derecho a la salud

El texto constitucional, aprobado en 1999 en la Asamblea Nacional Constituyente en su artículo 83, destaca que la salud “es 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. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa...”. Este artículo refleja un amplio radio de acción, puesto que todas las personas que habitan en nuestro país tienen derecho a disfrutar de protección a la salud, sin ningún distingo de raza, credo, color o condición social. Esta Constitución, al igual que la de 1961, contempla la salud como un derecho de todo individuo pero a diferencia de aquella es más precisa en relación al compromiso que debe asumir el Estado en materia de política de salud, por cuanto se propone que él debe garantizar condiciones de bienestar que permitan elevar el nivel y calidad de vida de los sujetos.

Este mismo artículo plantea que “los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados”. En este artículo, la actual Constitución evidencia un marcado hincapié sobre la no privatización del servicio de salud, con lo cual crea condiciones para garantizar el derecho a la salud. Es preciso señalar que la Constitución de 1961, no expresaba en ninguno de sus artículos la prohibición de la privatización de este tipo de servicio, tan sólo hacía referencia a que era un servicio de utilidad pública.

Por su parte, en el artículo 84 contempla que el Estado “creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud. Esto deja ver que la rectoría en materia de salud descansa en el Estado Nacional y comprende la

incorporación de la descentralización político-territorial como un instrumento con características administrativas que veremos más adelante.

3.2. Gratuidad del servicio de salud

El artículo 84 de la Constitución de 1999, indica que el Estado gestionará un sistema de salud regido por los principios de gratuidad, siendo interpretado como el no pago por el disfrute de cualquier servicio de salud. El anteproyecto de Ley en materia de Salud, ratifica este principio, al referir que no se permitirán “cobros directos” a las personas por los servicios de salud prestados en el sistema público. Sin embargo, el analista jurídico Garay (2001), refiere que el principio de gratuidad “no impide a los trabajadores y patronos a cotizar” al Seguro Social, esto implica un pago por cartera obligatoria, por lo que automáticamente incorpora una erogación particular para el disfrute del derecho a la salud, denotando de esta manera un mecanismo de financiamiento para el sector, a nuestro juicio, contrario al principio de gratuidad.

El artículo 85 refiere que el Sistema Público Nacional de Salud, a través del Estado “integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la Ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria”. Estamos concientes de la gran responsabilidad que el Estado está asumiendo en dicha materia y de la necesidad de instrumentar mecanismos ágiles, confiables y seguros que faciliten la integración de dichos recursos; aspecto éste que requerirá de un cierto período de tiempo para que se pueda consolidar.

Según Cursio (1999) en la medida que el financiamiento de la salud sea garantizado por el gobierno para toda la población, se reducirá el problema de la exclusión de algunos grupos. Por otro lado, considera que la intervención del Estado no sólo debe ser como financiador y prestador de servicios, en donde la supremacía, utilizando el término de Bobbio (citado por Cursio, 1999), debe ser, la pública sobre la privada, sino también rechaza categóricamente todo proceso privatizador del servicio, por considerar que la salud es materia de Estado y como tal debe ser garantizada por él, principio que compartimos, puesto que la salud, como la propia Constitución de 1999, lo señala en su artículo 83, es parte del derecho a la vida.

Autores como Bresser y Cunill (1998: 66-67) señalan que el Talón de Aquiles de los defensores de la vía privatizadora fueron los fracasos en la prestación de

los servicios sociales cuando estos han sido asumidos bajo la modalidad de la empresa privada. No es que en estos sectores no se registren grandes ineficiencias, despilfarros e incapacidades que pueden ser transformadas en ganancias. Las hay y muchas. Sin embargo, una vez alcanzadas las primeras ganancias en eficiencia, las tasas de beneficios comienzan a caer en la misma proporción en la que disminuye la renta de la población atendida.

4. La concepción de salud en la política del gobierno de Chávez de acuerdo a los análisis planteados por diferentes autores (Maingón, 1996; Díaz Polanco, 1996; González, 2001), los servicios de salud en Venezuela han atravesado por una profunda crisis que arranca desde finales de la década del setenta, donde se destacó que existían elevadas tasas de mortalidad infantil y maternas. Dos décadas después (1999) se tenía que de cada 100 nacidos vivos, murieron 19 niños antes de cumplir un año, morían diariamente 4 madres por cáncer de cuello uterino, 63 personas por enfermedades cardiovasculares, aunado a todo ello, se presentaban otras causas como: la violencia, la cual generaba un promedio de 48 muertos por homicidio los fines de semana, y las malas condiciones en las cuales se atendían los pacientes en los hospitales y demás establecimientos de salud.

Esta crisis fue caracterizada y analizada en múltiples oportunidades, sin embargo, las respuestas oficiales no fueron dirigidas hacia la atención sobre la relación o la integración de lo biológico, lo social, lo individual y lo colectivo, por lo que históricamente, el modelo de atención ha separado lo preventivo de lo curativo, colocando el énfasis en éste último aspecto, sin diseñar políticas acordes con el perfil epidemiológico de las poblaciones, y sin focalizar la atención de salud bajo una propuesta integradora.

En este sentido, la propuesta de política de salud planteada desde el 2000, busca corregir la disociación existente entre los distintos componentes que inciden en la relación salud-enfermedad, por ello ha sido propuesta la Atención Integral en Salud.

4.1. Atención Integral en Salud

A partir de 2000, se declara la Atención Integral⁸ en los servicios de la red ambulatoria como parte sustantiva del modelo de atención de salud, para vigorizar los

programas, fortalecer la capacidad resolutive de los servicios, estimulando y procurando una mayor participación de la población.

La atención integral, es entendida como la forma de organización del sistema de salud, orientada a satisfacer las demandas y necesidades de la población gracias al diseño y a la ejecución de procesos administrativos, que requieren la presencia de mecanismos organizativos y administrativos que permitan articular los recursos humanos y financieros con la capacidad física de infraestructura y tecnologías instaladas (MSDS, 2001a), capaces de emprender la transformación del sector, conllevando de esta manera al logro de la eficiencia, calidad, universalidad, equidad y mejoramiento de la calidad de vida del ser humano, lo que está en estrecha correspondencia con los principios planteados en la Constitución de 1999 y en el Plan Estratégico Social.

El Modelo de Atención Integral de salud expresa: a) las políticas y estrategias de la organización sanitaria; b) la concepción que se tiene de la salud-enfermedad en la población; c) importancia que se le atribuye a los componentes de la salud-enfermedad y, d) concepción de cómo participa la comunidad en el proceso sanitario (MSDS, 2001). Por ello, entre los objetivos más resaltantes del Modelo de Atención Integral, se registran el aseguramiento de los servicios de promoción, protección, atención y rehabilitación en términos oportunos y adecuados para toda la población; responder a las necesidades de salud de los grupos específicos de la población de acuerdo a su perfil epidemiológico; lograr que las comunidades se incorporen en forma organizada al sistema de salud; establecer normas para garantizar la calidad, equidad y estándares de servicios; adelantar planes de capacitación de los equipos regionales y locales de salud, y garantizar la sustentabilidad del modelo, utilizando mecanismos de negociaciones permanentes dentro de un sistema intergubernamental, donde estén involucrados lo más altos niveles de decisión.

La implementación de la atención integral se apoya en la descentralización y desconcentración del Estado, promoviendo cambios profundos tanto a nivel local como nacional. Para lo cual se formuló el decreto número 016 donde se incorpora la Atención Integral en todos los servicios de la red ambulatoria, con la intención de: fortalecer la capacidad resolutive; estimular la

⁸ El Modelo de Atención Integral tiene su primera experiencia en el Estado Aragua durante el proceso de descentralización, momento en el cual gobierno regional decide darle prioridad a la salud y elevar la calidad de los servicios. Para darle sustento institucional se diseñaron políticas y estrategias dirigidas a enfrentar los problemas de salud del Estado (Rodríguez, 2000).

participación y desarrollar un plan nacional de capacitación, que potencie las habilidades y herramientas de todo el personal que labora en estos establecimientos de salud (Asamblea Nacional, 2000). Simultáneamente, este esquema de desarrollo requiere de la integración interinstitucional e intersectorial; en tal sentido, se plantea en el artículo 4 del decreto la necesidad de contar con la afiliación de las Universidades Nacionales en la implementación del Modelo de Atención Integral, con el propósito que los estudiantes de medicina y de otras áreas de la salud puedan incorporarse en sus actividades prácticas a la red de los servicios de dichos centros asistenciales; así también se aspira que las universidades revisen sus respectivos diseños curriculares con lo cual se garantiza la sostenibilidad de dicho modelo (MSDS, 2001c).

Como es de ver, con este modelo se pretende fortalecer la red ambulatoria, encargada fundamentalmente de la atención primaria, lo que a su vez puede reflejar el incremento de una mayor atención, puesto que dicha estrategia intenta desarrollar actividades de promoción y prevención orientadas a la equidad y mejora de la calidad de vida. Adicional a ello, se procura acercar los usuarios a las instituciones responsables de prestar el servicio, facilitando así el incremento en los niveles de accesibilidad al sistema de salud.

4.2. Integración de lo biológico y lo social en salud

Con relación a la integración de lo biológico y lo social en salud se pretende romper con el paradigma biogisista-individualista que concibe a la salud como una condición disociada de los factores de tipo cultural, educativo, social, económico y ambiental.

La Atención Integral plantea cambios en la prestación de los servicios a los usuarios por cuanto entiende que la salud depende de una serie de componentes complejos entre los que están involucrados los ambientales, sociales, culturales, individuales y colectivos por lo que no puede ser entendida sólo desde el punto de vista biológico. Igualmente esta estrategia responde a un enfoque biosicosocial y sistémico que persigue no solamente la integración de las acciones en salud, sino que busca la integración de diferentes profesionales que puedan contribuir a desarrollar equipos transdisciplinarios en salud (MSDS, 2001c). En este sentido, se pretende priorizar el mejoramiento de las condiciones del medio ambiente, tomando en cuenta los grupos sociales de acuerdo a sus creencias, valores y principios para que las acciones en salud no provengan solamente de la construcción de la visión unilateral del ente público,

sino que ellas sean la resultante de acciones que estén en sintonía con las formas y modos de ver de las personas, por lo que la puesta en práctica del modelo requiere de una amplia participación social, por cuanto los individuos definirían conjuntamente con el equipo de salud cuales son los problemas que consideran prioritarios, así como cuales deben ser los mecanismos a ser incorporados, de acuerdo a los medios cónsonos con sus representaciones, valores y visión en las acciones de salud.

Desde mediados de la década de los ochenta, se ha sostenido que uno de los graves problemas para hacer más eficaz los programas de salud es que la gente acepte e interiorice conductas que vayan en pro de elevar su condición de salud, siendo lo cultural y lo socio-educativo la principal barrera a vencer, por lo que inferimos que este modelo busca entrar en sintonía con los elementos culturales de los distintos grupos sociales y étnicos del país.

4.3. Integración del individuo, familia, comunidad y equipo de salud

El Modelo de Atención Integral parte del enfoque de la vinculación de la familia y el entorno comunitario en estrecha relación con el equipo de salud, con la finalidad de que puedan ser reforzadas las actividades de promoción de la salud y poder atenuar las influencia negativas que algunos esquemas conductuales se pueden convertir en trabas para llegar a ser mas eficientes en cuanto a las medidas sanitarias que se requieren.

Se parte del principio de fomentar un encuentro entre el equipo de salud, el individuo y la comunidad para actuar mancomunadamente en las estrategias de control y retroalimentación que la ejecución de los programas requieren, así como también acercar la gente a los procesos de evaluación de los planes, programas y proyectos de salud y fomentar el autocuidado individual y colectivo (MSDS, 2001a).

Interpretamos que la propuesta en términos normativos esta orientada a la búsqueda de una interrelación que no se limita sólo a contemplar la participación de la comunidad como accesorio para aliviar la carga económica que representan las acciones en salud. La intención está dirigida a crear programas que atiendan simultáneamente al individuo y a la familia, teniendo como soporte la integración del equipo de salud y de los actores de la comunidad que contribuyan eficazmente hacer de los programas de salud algo propio.

5. Hacia un nuevo modelo de gestión en salud en el Gobierno de Hugo Chávez.

El proceso de descentralización que surge en Venezuela a partir de 1989, puede ser considerado como uno de los acontecimientos que ha dado origen a una serie de cambios políticos y sociales más significativos que ha experimentado el Estado venezolano (Contreras, 1999), y su impacto, se ha hecho sentir en el sector salud creando respuestas a partir de la incorporación de reformas en la estructura organizativa y funcional del ente rector de salud y de la implantación de modelos de gestión, así como ha abierto canales de participación ciudadana en la gestión de salud.

Así tenemos que en Venezuela se han registrado diversos intentos de reformas del sistema de salud, cuyas opciones han girado en torno a acciones al interior de dicho sistema como a las dirigidas a la modificación de las políticas que son específicas, como por ejemplo, los servicios básicos, constituyendo los objetivos de la reforma la búsqueda de soluciones a la cobertura de los servicios, mejoramiento de la calidad de la atención de la reordenación de las instancias administrativas o las que tienen que ver con el financiamiento (González, 2001).

5.1. Descentralización y Participación

Tanto la Descentralización como la participación, han venido conformando un proceso que ha dado lugar a distintos tipos de experiencias en el contexto histórico latinoamericano y conforman un binomio clave para el análisis de toda política social.

Vintro (1995: 189), plantea que la política de descentralización, además de dar respuestas técnicas sobre la distribución de funciones y competencias en el territorio, es una de las bases para promover y gestionar la política social con sentido de participación. Teóricamente, la descentralización supone una redistribución del poder entre el Estado y los niveles subnacionales con el propósito formal de alcanzar cuotas de efectividad. Lleva implícita un conocimiento de la realidad social y de los problemas que en ella se concretan. Igualmente se supone que ésta se ancla con un sentido de participación ciudadana que contribuye a generar respuestas más ágiles, coordinadas e integrales en un territorio.

En el caso venezolano, en materia de descentralización y participación, se cuenta con la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (LODDTP, 1989),

la cual en su artículo 1, evidencia la revitalización del federalismo venezolano, puesto que condujo al desarrollo de “los principios constitucionales para promover la descentralización administrativa, delimitar competencias entre los poderes públicos del Estado, determinar las funciones de los Gobernadores como agentes del Ejecutivo Nacional, las fuentes de ingreso de los Estados ... Facilitar la transferencia de la prestación de los servicios del Poder Nacional a los Estados”.

En este sentido, el artículo 4 de dicha Ley, lista el conjunto de servicios que deberán ser “transferidos progresivamente a los Estados...”, en el ordinal número 16, se destaca a la salud pública como uno de los servicios objeto de transferencia. Es preciso puntualizar que esta ley, representa una salida a la democracia venezolana concebida más en términos de ordenación que de actuación, es decir, establece las pautas para el proceso de descentralización, pero no concreta per sé la descentralización. Deja así a la voluntad soberana pero consciente de cada Estado la última palabra...” (Ayala, 1994: 120).

Con respecto a la materia de Participación, la LODDTP no es muy explícita al respecto, es sólo el artículo 25 el que hace referencia que el “Gobernador dictará el Reglamento del comité planificador y podrá organizar su funcionamiento interno por materias o programas de actividad, como también podrá establecer la participación en el comité de los Parlamentarios nacionales y de los sectores económicos, sociales, laborales y culturales de la comunidad”.

El mencionado artículo refiere que los ciudadanos pueden intervenir en la vida pública regional, en asuntos de “coordinación, planificación, evaluación y control de los programas y acciones que se ejecuten en la Entidad Federal”, pero no se señala a través de que medios e instancias se puede ejercer dicha participación. Sin embargo, el Reglamento Parcial No. 9 de la LODDTP de los servicios de salud pública, en el artículo 5, destaca que “una vez transferida la competencia, corresponde a los Estados en materia de servicios de salud las actividades de promoción social con énfasis en la salud y la participación de las comunidades en todos los niveles y etapas del proceso de programas y ejecución de la actividad de los servicios de salud”. El artículo 17 del referido Reglamento, sugiere que los Estados crearán los mecanismos y las instancias de participación de la comunidad, tanto en los Estados como en los centros asistenciales.

Estos instrumentos legales conformaron el basamento sobre los que se erigió el proceso de descentralización,

hasta finales del noventa cuando se gesta el proceso constituyente que da origen a la aprobación de la nueva carta magna y al surgimiento de nuevas leyes que en su conjunto forman el marco jurídico.

5.1.1. La Política de Descentralización

La intención manifiesta de la descentralización en la Constitución Bolivariana de Venezuela, aparece consagrada inicialmente en los artículos 4 y 6, respectivamente, en los que se señalan que: “La República Bolivariana de Venezuela es un Estado Federal Descentralizado y será siempre democrático, participativo, electivo, alternativo, responsable, pluralista y de mandos revocables”, esto refleja el derecho que tiene el ‘pueblo’ para tomar parte activa en la vida social y política de la República tanto en cualquiera de los niveles de gobierno como en los asuntos que le concierna. Asimismo, se deja ver la intención de los legisladores para dar continuidad a la política de descentralización iniciada a fines de los ochenta y reforzada en la actualidad, con la finalidad expresa de fortalecer las bases para la construcción de un nuevo orden político, jurídico y social en el país como se desprende de lo formulado en el plan de gobierno que guarda correspondencia con lo planteado en la Ley Orgánica de la Administración Pública.

En la Constitución se evidencia con fuerza lo concerniente a la descentralización, así el artículo 157 señala al respecto: “La Asamblea Nacional, por la mayoría de sus integrantes, podrá atribuir a los Municipios o a los Estados determinadas materias de la competencia nacional, a fin de promover la descentralización”. Consideramos por tanto que este artículo se constituye en el eje central sobre el cual se articula lo relacionado a la materia de descentralización, ya que promueve el traspaso de funciones del Estado-Nación a los niveles subnacionales.

El artículo 158, se ocupa de la descentralización como política de Estado, al señalar que “la descentralización, como política nacional, debe profundizar la democracia, acercando el poder a la población y crear las mejores condiciones tanto para el ejercicio de la democracia como para la prestación eficaz y eficiente de los cometidos estatales”. Como bien se indica, con esto lo que se pretende de manera formal es propiciar un acercamiento más estrecho del ‘pueblo’ al poder.

Por otro lado, el artículo 184 se plantea que la Ley “creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y los Municipios descentralicen y transfieran

a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos, promoviendo la transferencia de servicios... y la participación de las comunidades y de ciudadanos o ciudadanas, a través de las asociaciones vecinales y organizaciones no gubernamentales...”.

Una vez más en el texto constitucional se plantea la descentralización como una alternativa real para llegar hasta el ciudadano, las comunidades y los grupos organizados para que ellos puedan tener una intervención directa en la gestión de los servicios en las distintas materias: salud, educación, deporte, cultura, entre otros, siempre y cuando demuestren capacidad para prestarlos. Formalmente, la intención del constituyente queda expresa con respecto al problema de descentralización cuando plantea en el numeral sexto de dicho artículo que se crearán nuevos sujetos de descentralización a nivel de las parroquias, comunidades, barrios y vecindades con la finalidad de hacer valer el principio de corresponsabilidad en la gestión de lo público, lo que lleva implícito que los individuos asuman una cuota de responsabilidad en dichas materias así como, también, poder intervenir en el proceso de toma de decisión, lo que se amalgama con el sentido de participación que en este mismo texto se promueve.

La Ley Orgánica de la Administración Pública (2001), contempla una serie de artículos que permiten darle una orientación más amplia al proceso de descentralización. Así se tiene que el artículo 18 señala los principios de financiamiento, planificación, control de gestión y de resultados alcanzados por la Administración. Por otra parte, el artículo 29 establece los principios de potestad organizativa de la descentralización funcional tanto para los entes públicos que no realicen actividades de producción y servicios que generen lucro, como aquellos que no van destinados a la venta. En el artículo 30, se plantea el principio de descentralización territorial en los aspectos de tipo funcionales y territoriales, así señala “que con el propósito de profundizar la democracia y de incrementar la eficiencia y eficacia de la gestión de la Administración Pública, se podrá descentralizar competencias y servicios autónomos de la República a los Estados y Municipios, y de los Estados a los Municipios...”, con este artículo se resalta la municipalización de las competencias y de los servicios en Venezuela.

Por último, el artículo 32, refiere a la titularidad de la competencia y, en “consecuencia transfiere cualquier responsabilidad que se produzca por el ejercicio de la competencia o de la gestión del servicio público correspondiente, en la persona jurídica en los funcionarios

y funcionarias del ente descentralizado”. Como podemos observar este nuevo instrumento jurídico, aprobado en el 2001, que deroga el antiguo decreto con rango y fuerza de Ley Orgánica de Reforma de la Ley Orgánica de Administración Central, ha venido a reforzar el proceso de descentralización de la Administración Pública Venezolana.

Vale destacar, que dicha Ley da paso a la instauración de nuevos modelos de gestión en materia de salud, puesto que la ley es clara al referir que el Estado podrá crear fundaciones cuyo objetivo sea de “utilidad general, artístico, científico, literario, benéfico, social u otro... siempre y cuando su patrimonio inicial se realice con aportes del Estado en un porcentaje mayor al cincuenta por ciento” (Art. 108).

Pensamos que con la propuesta formulada por la Constitución y las leyes respectivas, las acciones en salud cuentan con un basamento legal que contribuyen a consolidar las estrategias propuestas en el Modelo de Atención Integral. Además, cabe destacar que en materia de salud el hecho de que estos artículos consagren la descentralización, es congruente con lo que se venía adelantando con las políticas de salud por parte del Ministerio, ya que le otorga una base legal mucho más sólida.

5.1.2. La Participación

Según Delgado (2001), la participación es un proceso social que crece y se fortalece con apoyo de las herramientas legales que lo respaldan; ella se manifiesta como un derecho de los ciudadanos y de las comunidades que encuentra su cauce de acuerdo a los principios que el Estado y los poderes públicos le otorgan.

Delgado y Gómez (2001: 96), consideran que el artículo 84 de la Constitución de 1999 crea un Sistema Público Nacional de Salud regido y gestionado por el Estado; pero debido a que asigna a la comunidad organizada el derecho a participar en la toma de decisión contrarresta la responsabilidad exclusiva asignada al Estado. A nuestro juicio la participación ciudadana, es decir, la intervención de los ciudadanos en el aparato estatal, distinto del traslado de responsabilidades a la Sociedad Civil, no debilita la capacidad del Estado para garantizar la salud, por el contrario la fortalece, en tanto que estamos en presencia de un Estado Participativo en la formulación de políticas públicas.

La participación ciudadana no fue contemplada en

la Constitución de 1961, mientras que en el nuevo texto constitucional ocupa un gran espacio, pues la misma es considerada como una exigencia para el ejercicio de la gestión pública. Esta novedosa introducción se señala en los artículos 62, 70, 206 y 296, donde por primera vez aparece en forma explícita una definición de la necesidad del protagonismo tanto de lo que se conceptualiza ambiguamente como pueblo y Sociedad Civil. Con esto se busca rescatar el verdadero rol protagónico de participación de las asociaciones de vecinos, las cuales han estado reguladas por una ley, y colonizadas por los partidos políticos, mermándoles su potencial real de participación.

El texto constitucional promueve la participación del ciudadano, de las comunidades y de los grupos organizados en la formación, ejecución y control de la gestión pública; formalmente esto constituirían un medio necesario para lograr estimular el protagonismo ciudadano y la garantía para alcanzar el completo desarrollo tanto individual como colectivo, que en caso de salud se patentizaría con la intervención de los sujetos en la política y en las acciones en dicha materia. Esto además se ve fortalecido con lo planteado en los artículos 135 y 136 de la Ley Orgánica de la Administración Pública cuando se establece que las personas podrán, directamente o por medio de las organizaciones públicas no estatales legalmente constituidas, presentar propuestas y formular opiniones sobre la gestión en los órganos públicos. Y en el artículo 136 se indican los procedimientos mediante los cuales las comunidades organizadas y las organizaciones públicas no estatales deben ser consultadas sobre las normas legales, el establecimiento de reglamento u otras materias mediante el envío del anteproyecto correspondiente para que ellas puedan opinar al respecto. Claro está que el resultado de estas consultas no adquiere un carácter vinculante pero deja asentado la posibilidad de una intervención más activa de las comunidades organizadas y de las organizaciones públicas no estatales.

Esto ha traído como consecuencia que se produzcan instrumentos legales más específicos, así aparece el ante proyecto de la Ley Orgánica de Participación Popular, Ciudadana y Comunitaria que actualmente está en proceso de discusión. Dicho ante- proyecto comprende diez títulos y sesenta y cuatro artículos que toman como base los cuatro artículos contemplados en la constitución: el 62 relacionado con el derecho de los ciudadanos a participar; el 70 vinculado a los medios a partir de los cuales se puede dar la participación; el 132 sobre lo que se denominada participación solidaria, y el 184 que como indicamos anteriormente plantea la descentralización,

pero contempla varios aspectos relacionados con la participación.

Este anteproyecto contiene una serie de principios de la más diversa amplitud: progresividad de los derechos humanos, solidaridad; subsidiariedad; y cooperación; y procesos complementarios, tales como: descentralización; coordinación; desconcentración; planificación y simplificación de procesos administrativos. Igualmente la participación es concebida como una interacción entre el Estado y la Sociedad, la cual puede adquirir diversas modalidades en atención a los sujetos que intervienen, los medios que se utilizan y los procedimientos que se adelantan para hacer efectivo dicho derecho. Asimismo, la participación se concibe como un mecanismo orientado a propiciar una adecuación eficaz de la gestión gubernamental en cualquiera de sus niveles.

Por otra parte, en el texto constitucional aparece en forma explícita el derecho a la participación, el cual sirve de soporte normativo a la generación del anteproyecto de Ley Orgánica de Participación⁹ para obtener un dispositivo legal y unos mecanismos de afianzamiento de la participación social en todos aquellos aspectos inherentes a las decisiones de política y la organización de la sociedad.

6. Barrio Adentro una política de salud

Mientras se avanza en el marco institucional de salud, se ha adelantado un programa compensatorio para la prestación del servicio de salud dirigido a los sectores más pobres del país, denominado “Programa Barrio Adentro”¹⁰, el cual tiene una doble condición: se constituye en una nueva política de salud y en nuevo un modelo de gestión, que se encuentra fundamentado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de comunidades organizadas. A partir de Barrio Adentro emerge en el país la concepción de una nueva educación en materia de salud, donde las comunidades asumen el rol protagónico de participación directa para la solución de sus problemas prioritarios.

Barrio Adentro nace como una alternativa para mejorar la calidad de vida y salud de la población del Municipio Libertador, en virtud de sus resultados se extiende como política nacional de salud. Este programa se ha desarrollado en varias fases; una primera de experimentación entre abril y junio de 2003 que consistió en medir el impacto y el apoyo de las comunidades, la constitución de los primeros Comités de Salud, la adaptación de los médicos y médicas cubanas y la evaluación de las enfermedades más frecuentes en cada localidad. Esta fase piloto se desarrolló en el Municipio Libertador a través del Instituto de Economía Local (IDEL) de la alcaldía de dicho municipio; una segunda fase entre junio y agosto de 2003 que consistió en la expansión de Barrio Adentro hacia diversos estados del territorio nacional como Barinas, Trujillo, Lara, Vargas y Zulia. Y una tercera fase, entre septiembre y diciembre de 2003, que consistió en la extensión masiva del programa hasta alcanzar todos los estados y el distrito capital.

Esta misión penetra en la sociedad para reivindicar no sólo la condición de la salud de la población sino que se vincula con el proceso educativo a través de las Misiones¹¹ Robinson I y II, Sucre y Ribas, y además se relaciona con la alimentación por medio de Mercal, y además se enlaza con el desarrollo económico produciendo la organización de cooperativas o el acceso a sistemas crediticios; entre otros, lo que se busca es la construcción de una gran red social que genera fortaleza y poder al pueblo venezolano.

Con este modelo, se pretende que la atención primaria en salud se convierta efectivamente en el eje de las políticas, las cuales estén orientadas a desarrollar actividades que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los venezolanos; y busquen erradicar la mercantilización de los servicios con el fin de establecer la solidaridad como la principal fortaleza del modelo.

CONCLUSIÓN

La interpretación hasta aquí presentada giró en torno a los aspectos normativos, sin embargo es prematuro aseverar sí la introducción de estos cambios van a traer

⁹ Solamente existen en tres países de América Latina Ley de Participación: Bolivia, Colombia y Perú.

¹⁰ Posteriormente, a inicios de 2004, es cuando se nombra formalmente una Comisión Presidencial “Misión Barrio Adentro”, cuyo propósito es formular los lineamientos de dicho programa.

¹¹ Misión Robinson I, Plan de alfabetización que adopta la metodología cubana del programa “Yo sí puedo” al contexto venezolano, su objetivo fundamental, enseñar a leer y escribir a un millón de venezolanos, a través de una labor de carácter cívico-militar. Misión Robinson II, su propósito es que las personas alfabetizadas logren aprobar el sexto grado de educación primaria. Misión Ribas: persigue como objetivo formar a todas aquellas personas que no han podido culminar el bachillerato. Misión Sucre: ofrece educación a nivel universitaria, y la misión Mercal, se propone conformar todo un sistema logístico de adquisición, transporte, almacenaje, distribución y venta de los alimentos y medicamentos genéricos que constituyen nuestra canasta alimentaria básica y los productos medicinales más requeridos en zonas deprimidas. Ambos rubros son puestos a la venta a precios inferiores a los regulados por el gobierno, aumentando el acceso a millones de venezolanos a la salud, a las fuentes energéticas y proteicas de bajo costo (MRE, 2003).

resultados positivos o negativos, eficaces o eficientes en atención a su meta máxima que es el logro de la equidad y una mejor calidad de vida.

Podemos indicar algunos aspectos, que a nuestro juicio reportan un avance significativo con respecto al soporte legal, donde además, se evidencia una articulación entre los distintos instrumentos que se han generado en política de salud.

El hecho de que el Estado garantice el derecho a la salud y la gratuidad del servicio, brinda un sentido de seguridad porque el ciudadano se siente protegido, y al mismo tiempo, se convierte en un factor que frena los intentos de la privatización que adquirieron presencia con la aplicación de políticas sociales de corte neoliberal. Ya que queda explícita la definición de una estrategia política de seguridad de Estado en materia de salud, que persigue la integración intra e intersectorial.

El planteamiento de la integración de lo biológico, cultural y social en salud remite a la adopción de un enfoque de salud que trasciende la concepción biologicista, donde el individuo se concibe como un ser solamente biológico y no sujeto a la circunstancia del entorno, por ello, la relación de lo biológico y lo social busca entrar en sintonía con aquellos factores en los cuales el individuo desempeña sus distintos roles en la sociedad, que también, puede, afectar su condición de salud, de allí que, se plantee la atención integral del individuo, la familia, la comunidad y los miembros del equipo de salud para que en su conjunto sean resueltos los principales problemas mediante la formulación de estrategias dirigidas a resolverlos, colocando el énfasis en la participación de los individual, así como aquellas organizaciones de la sociedad, tanto de la economía social como de las ONG's que actúan a favor de la comunidad, que sirvan de enlace entre los organismos dispensadores de salud y la comunidad en general.

Para finalizar, creemos estar ante la presencia de la generación de una estrategia apoyada en los preceptos constitucionales que han dado paso al diseño del nuevo sistema de salud y crear conciencia por parte de los sujetos con respecto a la relación entre los factores del medio ambiente, los valores culturales y los económicos que condicionan su estilo de vida y el mantenimiento de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEYNE, G. 1995. Las perspectivas y los desafíos para la salud en las Américas. En www.paho.org Consultada el 08/07/02.
- ASAMBLEA NACIONAL. Anteproyecto de la Ley del Subsistema de Salud Pública.
- ASAMBLEA NACIONAL. Anteproyecto de la Ley Orgánica de Participación.
- ASAMBLEA NACIONAL. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial No. 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. Caracas, Venezuela
- ASAMBLEA NACIONAL. Ley Orgánica de Administración Pública del 17/10/2001. Gaceta Oficial No. 37.305
- ASAMBLEA NACIONAL. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. República de Venezuela. Decreto del Modelo de Atención Integral. No. 016 del 14/01/2000. Gaceta Oficial No. 36.876. Caracas, Venezuela.
- AYALA, C. 1994. "Naturaleza y Alcance de la Descentralización Estatal". Leyes y Reglamentos para la Descentralización política de la Federación. Colección de Textos Legislativos N° 11. 3era Edición. Editorial Jurídica Venezolana. Caracas, Venezuela.
- BRESSER, L. Y CUNILL, N. (1998). "Entre el Estado y el mercado lo público no estatal". En BRESSER, L. y CUNILL, N. (Editores). Lo público no estatal en la reforma del estado. CLAD. Piados. Buenos Aires.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público. Gaceta Oficial No. 4.153, de fecha 28 de Diciembre de 1989. Caracas, Venezuela.
- CONTRERAS, J. 1999. "La descentralización y la burocracia participativa. En Memoria Política N°6. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- DELGADO, A. Y GÓMEZ, L. 2001. "Concepciones de la ciudadanía social en las constituciones venezolanas de 1947, 1961 y 1999. En Cuadernos del Cendes. No. 46. UCV. Caracas, Venezuela.
- DÍAZ POLANCO, J. 1996. La Reforma de salud en Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de los servicios de salud y

- sus opciones de cambio (RESVEN). Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas-Venezuela.
- GARAY, J. 2001. La Constitución. Segunda versión. Gaceta Oficial del 24 /03/00. Caracas, Venezuela.
- GONZÁLEZ, M. 2001. "Reformas del Sistema Salud en Venezuela (1987/1999): Balance y Perspectiva. En SERIE ESTUDIOS ESPECIALES. N°111. Chile
- GONZÁLEZ, M. 2000. "Descifrando la reforma del sector salud". En Revista SIC, No, 622. Centro Gumilla. Caracas, Venezuela 84-89 pp.
- GONZÁLEZ, R. Y RODRÍGUEZ, E. 2003. "Barrio Adentro reivindica necesidades de las clases más desposeídas". En www.msds.gov.ve, fecha de consulta 15-02-04.
- KLIKSBERG, B. 2002. Hacia una Economía con Rostro Humano. OPSU, FCES, LUZ. Maracaibo, Venezuela.
- KORNBLITH, M. Y MAINGÓN, T. 1985. Estado y Gasto Público en Venezuela 1936-1980. Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca. Caracas-Venezuela.
- MAINGÓN, T. 1996. "La descentralización de los servicios de salud en Venezuela (Reconstrucción de un proceso)". En Revista Espacio Abierto. Vol. 5, No. 3, Maracaibo-Venezuela. 329-353 pp.
- MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES (2003). "Planes Sociales del Gobierno Nacional". En www.mre.gov.ve, fecha de consulta 13-05-2004
- MSDS. 2000. La Revolución Social en la V República. La Política Social de Venezuela. Cumbre Mundial de Desarrollo Social celebrada en Ginebra.
- MSDS. 2001a. Documento Base sobre el modelo de atención integral de salud en Venezuela. 7ma versión preliminar. Caracas.
- MSDS. 2001b. Memoria y Cuenta 2000. Caracas, Venezuela.
- MSDS. 2001c. Modelo de Atención Integral. Tríptico Caracas, Venezuela.
- MSDS. Organización del Ministerio. www.msds.gov.ve, fecha de consulta 12-05-2000
- OMS. 1978. Alma Ata. Atención Primaria de Salud. Salud para todos No. 1.
- OMS. 1980. "Estrategia de Salud para todos en el año 2000". Washington D.C
- PASCUALINA, C. 1999. "La salud: ¿espacio público o privado?". En Cuadernos del Cendes. No. 42. UCV. Caracas, Venezuela.
- REPÚBLICA DE VENEZUELA. 1971. Mensajes Presidenciales 1940-1959. Tomo V. Ediciones de la República de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- RODRÍGUEZ, I. 2000. Descentralización en Salud. Décadas de los 90. En **Revista Venezolana de Ciencias Sociales**. Vol. VI, No. 2. Maracaibo- Venezuela. 311-334 pp.
- RODRÍGUEZ, R. 1995. "Realidad Social, Salud y calidad de Vida". En Gualda, M.; Delgado, J. y Rodríguez F. (coord.). **Avances en Política Social**. Diputación Provincial de Granada. Granada, España.
- SUTCLIFFE, F. y DUIN, N. 1993. Historia de la Medicina. Natural, S.A. Barcelona, España.
- VINTRO, E. 1995. "La participación ciudadana y las políticas sociales". En Gualda Vargas et al (coord.) **Avances en Política Social**. Diputación Provincial de Granada. España.